Memorias del Congreso Nacional de Universidades Promotoras de Salud

Año 1, No. 1,
Octubre 2014 – Octubre 2016
Bianual
ISSN: En trámite

Comité Ejecutivo

Presidente
M.C. ESP. Adrián Moya Escalera
UAEH/ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Vicepresidenta
MPC. Carmen Rodríguez Juárez
UAA/Universidad de Autónoma de Aguascalientes

Secretario Ejecutivo
Lic. Arturo Herrera Robles
UACJ/Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Comité Científico Editorial

Universidad de Guadalajara
Mtra. Fabiola Santos Ávila
Dra. Rosa Martha Meda Lara

Universidad Autónoma de Aguascalientes
Dr. J. Jesús Rosario Vargas García
MPC. Orlando Medina Camacho
Dr. Onésimo Ramírez Jasso

Universidad Autónoma de Baja California
Mtro. Marco Antonio Villa Vargas

Universidad Autónoma de Zacatecas
Dra. Fabiana Mollinedo Montaño

Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
Mtra. Norma Lara Flores

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
M.C.ESP. Adrián Moya Escalera

Editor responsable: Anahí Suárez Araoz

V Congreso Nacional de Universidades Promotoras de Salud y III Congreso de Universidades Saludables PREVEIMSS
Del 23 al 25 de Octubre de 2014

Información legal

MEMORIAS DEL CONGRESO NACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD, año 1, No. 1, Octubre 2014 – Octubre 2016, es una Publicación bianual editada por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Dirección de Servicio Médico Universitario / Dr. Eliseo Ramírez Ulloa No. 400, Col. Doctores C.P. 42070, Pachuca de Soto, Hidalgo Teléfono (771)7172000 Ext. 2375, www.uaeh.edu.mx, anahi_suarez@uaeh.edu.mx. Editor responsable: Anahí Suárez Araoz. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-060809290700-203, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Unidad de Informática INDAUTOR, Dirección de Tecnologías Web y Webmetría, Torres de Rectoría, 6° piso, carretera Pachuca-Actopan Km. 4.5, Col. Campo de Tiro, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 48900, fecha de última modificación, 25 de Noviembre de 2015.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Contenido

ACCIONES PROMOTORAS PARA REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR, REFORZAR LA SEGURIDAD DE TODO TIPO DE USUARIOS. 8

ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES EN EL USO DEL CONDÓN COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA PREVENIR EL VIH/SIDA 17

ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON OBESIDAD EN JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO 26

ADAPTACIÓN DE MUJERES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE MASTECTOMIA 32

APORTACIONES DE LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA A LA SALUD DE LOS UNIVERSITARIOS. EL MODELO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO 39

ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO 43

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO 48

VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD POR LA COMUNIDAD DOCENTE DE UN CENTRO ESCOLAR 52

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA 57

TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 67

TRABAJO POR PROYECTOS: LA TECNOLOGÍA Y SU IMPACTO COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD 72

TRABAJO POR PROYECTOS “VIOLENCIA DE GÉNERO Y ESCOLARIDAD. FACTORES Y BARRERAS QUE INTERFIEREN EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO” 86

TRABAJO EDUCATIVO POPULAR FRENTE A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 98

TOXICOMANÍAS EN ESTUDIANTES EN EL ÁREA DE LA SALUD 108

SUJETO SOCIAL-EDUCATIVO 112

SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO DE LA UAM-XOCHIMILCO 120

SOFTWARE NUTRICIÓN UNIVERSIDAD SALUDABLE 123

SISTEMA DE CONTROL DE LA CAMPAÑA “PARA VIVIR SIN DENGUE” 125

SIGNFICADO DE DIETA MÉXICO BRASIL 137

SALUD PSICOSOCIAL EN EL PROFESOR DE NUEVO INGRESO A LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO 144

SALUD MENTAL: LA VULNERABILIDAD EN ESTUDIANTES 148

RESIDUOS SÓLIDOS URBANOS 150

RELACIONES PERSONALES Y SOCIALES FRENTE AL VIH/SIDA DE HOMBRES JÓVENES 152

RELACIÓN DEL ÁREA PERSONAL Y FAMILIAR CON LA ADAPTACIÓN ESCOLAR EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO 158

RELACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SALUD BUCAL EN LOS HABITANTES DE SAN MIGUEL QUETZALTEPEC, MIXE, OAXACA 174

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES PERSONAL Y ESCOLAR CON LA DEPRESIÓN EN JÓVENES UNIVERSITARIOS 177

PROYECTO: UNIVERSIDAD SALUDABLE Y GESTORA DE LA SALUD 185

PRUEBA PILOTO DE UN INSTRUMENTO ELECTRÓNICO PARA IDENTIFICAR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 194

AULAS VIRTUALES COMO HERRAMIENTAS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO A LA SALUD EN UNIVERSITARIOS 200

AVANCES DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL “INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL”: CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN JÓVENES 212

CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS APARENTEMENTE SANOS 220

CAMINANDO HACIA UNA ESCUELA LIBRE DE HUMO 224

CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA UNIVERSIDAD PROMOTORA DE LA SALUD UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO 227

CONSUMO DE CIGARRILLOS DE TABACO EN LA MUJERES UNIVERSITARIAS. ESTUDIO DE CASO EN EL PLANTEL "CASA LIBERTAD"DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 248

CULTURA PARA LA SALUD: UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN 260

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE COMALCALCO, TABASCO..... 265

DIAGNÓSTICO DE SALUD Y CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE MÉXICO 271

EDUCACIÓN PARA EL OCIO EN ADULTOS MAYORES SONORENSES: UN ESTUDIO PILOTO NO CONTROLADO..... 284

EDUCANDO CON PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y GÉNERO EN LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO 289

EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DEL BULLYING EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS 292

EL ATLETISMO COMO UN PREVENTOR DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROMOTOR DE LA ACTIVIDAD FÍSICA 296

EL CONCEPTO DE SALUD 2.0. ANTECEDENTES, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS PRINCIPALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 299

EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO PREVENIMSS EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES..... 303

EL PROGRAMA DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN 306

PROPUESTA PARA REDUCIR ACCIDENTES DE TRANSITO DE VEHICULO DE MOTOR DIRIGIDA A TODO TIPO DE USUARIOS..... 315

PROMOVIENDO MANIOBRAS QUE SALVAN VIDAS POR ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA DIVISIÓN ACADEMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO 321

PROPUESTA DE UN CONSULTORIO DE EDUCACIÓN Y PROMOCION EN SALUD.. 325

PROMOCIÓN E INFLUENCIA GLOBAL DE UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO «HUMANO»: TEORÍA UNIFICADORA 328

PROMOCIÓN DE LA SALUD, CON UN MODELO EDUCATIVO CAPAZ DE CREAR ESPACIOS Y ALTERNATIVAS, QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE LA CIUDADANÍA..... 338

PROMOCIÓN A LA SALUD EN LA ASIGNATURA DE INGLÉS BÁSICO DE LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO 346

PROGRAMA SALUD INTEGRAL DES-SALUD-UAGro: AUTOCUIDADO, AUTOAPRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN SALUD 350

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 8 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS. 359

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD (PROPAS): UNA ESTRATÉGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO 362

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “ABC POR TU SALUD” EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA 370

PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ERA DE MARGINACIÓN SOCIAL 375

PREVENIMSS EN ESCUELAS Y UNIVERSIDADES, 10 AÑOS DE DESARROLLO EN MÉXICO 381

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA 384

PREVALENCIA DE SOBREPESO U OBESIDAD EN ALUMNOS DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DEL CICLO 2013A A UN AÑO DE SU INGRESO. 386

PREVALENCIA DE DEFECTOS POSTURALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO. 2013 391

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO 395

ESTRATEGIAS, RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA: 400

PERCEPCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES Y DIRECTIVOS UNIVERSITARIOS ACERCA DEL EXAMEN CLÍNICO INTEGRAL DEL PROGRAMA SU SALUD-UAQ 410

PAISAJES URBANOS DE RIESGO: LA CRISIS ECONÓMICA DE 2008 Y LA SALUD URBANA 414

OBESIDAD, HÁBITOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 422

NIVEL DE DEPRESIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL: *PROMOCIONANDO LA SALUD MENTAL* 426

MODELO UNIVERSITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO 431

MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS E INTERVENCIÓN CON ALUMNAS DE PREPARATORIA SOBRE TEMAS DE EMBARAZO, ABORTO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS 443

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN ALUMNOS DE LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO 445

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD AMBIENTAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS COMUNIDADES HUMANAS Y ECOSISTEMAS, LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y EL BIENESTAR 449

LAS REDES SOCIALES NO VIRTUALES Y SU INFLUENCIA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LOS UNIVERSITARIOS 453

LA UNIVERSIDAD COMO PROMOTORA DE SALUD EN LA COMUNIDAD 456

LA POSTURA SOCIAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD* 464

LA FAMILIA COMO PROMOTORA DE LA SALUD: RESILIENCIA 468

LA ENFERMERÍA COMO PROMOTOR DE SALUD SEXUAL EN EL AMBITO UNIVESITARIO 474

JUVENIMSS EN ESCUELAS 2011-2014 477

JÓVENES EN HEMODIÁLISIS: TRASPLANTE RENAL Y SU RELACIÓN CON EL PLAN DE VIDA 480

INCIDENCIA DE CARIES EN LA REGIÓN SURESTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA (CASO CHIAPAS) 485

IMPACTO DEL AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL MODULO DE UNA UNIDAD MÉDICA 490

FORMACIÓN DE ALUMNOS PARA PROMOCIONAR LA SALUD SEXUAL 496

FATIGA CRÓNICA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA 499

FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES INDÍGENAS DE BACHILLERATO DE SAN ANDRÉS PAXTLÁN, OAXACA MÉXICO 507

FACTORES QUE CONDICIONAN EL USO DE ESTIMULANTES ANTI ESTRÉS Y ANSIOLÍTICOS, EN ESTUDIANTES DE MÉDICO CIRUJANO 520

EXPERIENCIAS UNIVERSITARIAS EN LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO Y LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES 524

EXPERIENCIAS CON EL ABORTO EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO 524

EXAMEN CLÍNICO INTEGRAL DEL PROGRAMA SU SALUD-UAQ 530

EVALUACIÓN POR MEDIO DE REDES SEMÁNTICAS DE LA PERCEPCIÓN DEL ESTÍMULO FUMAR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 535

EVALUACIÓN NUTRIMENTAL DE LA CARTA DE PLATILLOS EN 6 CAFETERÍAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUÉRETARO 544

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CONSUMO EN TRES CAFETERÍAS DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL SUPERIOR 547

ESTUDIO DE USABILIDAD POR GÉNERO EN UN BUSCADOR WEB DE CONSULTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN ÁREA DE SALUD. CASO: UJAT-DAMC 550

ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS PROMOTORES DE LA SALUD: UN COMPROMISO SOCIAL O SOLO UN REQUISITO CURRICULAR 559

ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN INTERSECTORIAL Y POLÍTICA UNIVERSITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS 572

ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN A LOS DOCENTES SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE LUBANGO EN LA REPÚBLICA DE ANGOLA 576

ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA Y ATENCIÓN EN POBLACIÓN GERIÁTRICA Y CORRELACIÓN DE LOS ESTADOS COGNITIVOS CON POBLACIÓN JUVENIL 584

ESCUELA SALUDABLE MATARÓ - CATALUÑA 591

¿ES SALUDABLE EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA? 595

ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES 600

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE AGUAS ALMACENADAS PARA DISMINUIR LA PROLIFERACIÓN DEL VECTOR AEDES AEGYPTI TRANSMISOR DEL DENGUE 607

EL TRABAJO POR PROYECTOS Y LAS TUTORÍAS COMO UNA FORMA DE INTERNACIONALIZAR EL CONOCIMIENTO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE-DOCENTE DESDE LA SALUD PÚBLICA 613

CAMINA: SISTEMA DE RECOMENDACIÓN DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA 621

PROPUESTA PARA RESPONDER A NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 630

PROMOVIENDO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA ESTUDIANTIL Y PERSONAL 635

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN PREADOLESCENTES 642

EFECTO DEL CONSUMO DE EDULCORANTES ARTIFICIALES EN VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS E INGESTA DE MACRONUTRIMENTOS EN UNIVERSITARIOS DE QUERÉTARO 655

EL SÍNDROME DE ULISES: MIGRANTES CON SÍNTOMAS DE ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE Y EL PAPEL DE AGENTES DE ALUD CULTURALMENTE COMPETENTES. 661

PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA Y CONSEJERÍA EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (PRODOCITS)..... 672

PROBLEMAS DE SALUD BUCAL PERCIBIDOS Y HÁBITOS DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DE LA UAM-XOCHIMILCO..... 676

ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN BECARIOS DEL PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL IZTACALA 679

ASOCIACION DE VIOLENCIA DE PAREJA CON DISFUNCIÓN EN LA FAMILIA DE ORIGEN DURANTE EL NOVIAZGO 707

DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN EN UN GRUPO DE PERSONAS DE UN PLANTEL DEL IEMS*..... 731

ESTILOS DE VIDA, FACTORES DE RIESGO, PROTECCIÓN Y VULNERABILIDAD A LA SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS..... 736

NIVEL DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES..... 746

PERFIL LIPIDICO Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR 2013-2014 775

FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO UTERINO..... 790

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. UNA EXPERIENCIA EN LA ASOCIACIÓN ESPLAIS VALENCIANS. (AEV)..... 805

ACCIONES PROMOTORAS PARA REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR, REFORZAR LA SEGURIDAD DE TODO TIPO DE USUARIOS

Autor: Roberto Omar Pérez Esquivel, Lya Zeltzin Medina

RESUMEN: En este trabajo se presenta un análisis de la situación de los Accidentes de Tránsito de Vehículo de Motor con ocurrencia en el estado de Aguascalientes registrados en el periodo enero – abril del año 2013.
Se pretende contribuir a la toma de decisiones de todos los actores involucrados en esta problemática.
El actor centra el análisis en todos los usuarios a las vías por las cuales se transita de manera cotidiana y son un riesgo para la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Una característica indiscutible de nuestra época es el proceso de urbanización que en gran escala se observa tanto a nivel global, así como a nivel local: y cuyos efectos marcan un cambio substancial en la forma de vida de la sociedad. En nuestro país, el crecimiento de las ciudades y sobre todo, la transformación de algunas de ellas en impresionantes áreas urbanas son aspectos evidentes del cambio, y sobre todo la orientación de la distribución de la población bajo la influencia de las nuevas tendencias de estructuración urbana.
El entorno urbano, es un contexto de interacciones, es un paisaje cultural en expansión, es una realidad dinámica donde quedan expresados los problemas de reorganización interna del espacio, reestructuración urbana y sobre todo, la interacción social.
En el caso particular de Aguascalientes, para comprender el modelo de ciudad generado hasta hoy; se vuelve necesario ahondar en sus primeras etapas de crecimiento, puesto que este modelo implica la consideración de bases profundas que remontan tanto a su historia urbana como urbanística; si bien, la primera se refiere más que nada a la historia de la ciudad que relaciona hechos sociales en el espacio físico, es decir, la historia que no confronta el proceso histórico de la ciudad al predominar la simple descripción desde perspectivas sociales, económicas y/o políticas, en donde se enfatiza lo social sobre el espacio.
La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud, la salud ambiental es un factor importante que se relaciona con los accidentes de tránsito de vehículo de motor ya que como hemos estado avanzado en el tiempo, la contaminación a nuestro planeta tierra a traído por consecuente muchos cambios drásticos como poca visibilidad, carreteras inseguras , fuertes vientos, calor insoportable, lluvias intensas ,que han servido como factor en el aumento de accidentes de tránsito de vehículo de motor.

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO:

Tipo de estudio:
Por sus características el diagnóstico situacional tiene un planteamiento DESCRIPTIVO-TRANSVERSAL.
Se realizó un análisis acerca de las características y variables que presenta y maneja el formato único del observatorio estatal de lesiones, así como sus fuentes de información primaria y secundaria y las dimensiones que este formato maneja.
Unidad de Análisis:
Población:

La población en la que será analizada la información sobre siniestralidad es la población de total de Aguascalientes (1, 184,996 personas) y usuarios de las vías terrestres del estado, independientemente de su residencia habitual.
Los registros de ATVM serán aquellos existentes en el período de tiempo seleccionado, que será el primer cuatrimestre de 2013
TRABAJOS REALIZADOS: Se trabajó en conjunto con áreas de profesionales diferentes, 2 estudiantes de la Licenciatura en Salud Pública y un Licenciado en Derecho, alrededor de las 2 de la tarde se llegó al domicilio “Licenciado Adolfo Ruíz Cortínez, Boulevard Juan Pablo II”, (Frente al Salón del Alba), kilómetro 70, Aguascalientes, México, para inspeccionar la vía y observar irregularidades que pudieran provocar un accidente y pongan en riesgo a los usuarios de la vía, se transitó la vía de manera peatonal para poder ver los peligros que tiene los peatones , se pudo observar que la banqueta es

pequeña y el puente no cumple por completo con la debida protección para el peatón. Existe una parada de autobús la cual no brinda la protección para los usuarios, que también genera un caos de tráfico.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA
CARRETERA: n/p
AVENIDA: Primaria
CALLE: n/p
KILÓMETRO: 70
EXTENSIÓN: con tramo de 250
ESTADO: Aguascalientes
MUNICIPIO: Aguascalientes

CONDICIONES DE TIEMPO AL MOMENTO DE LA AUDITORÍA: Soleado con aproximadamente 20 grados centígrados

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VÍA:

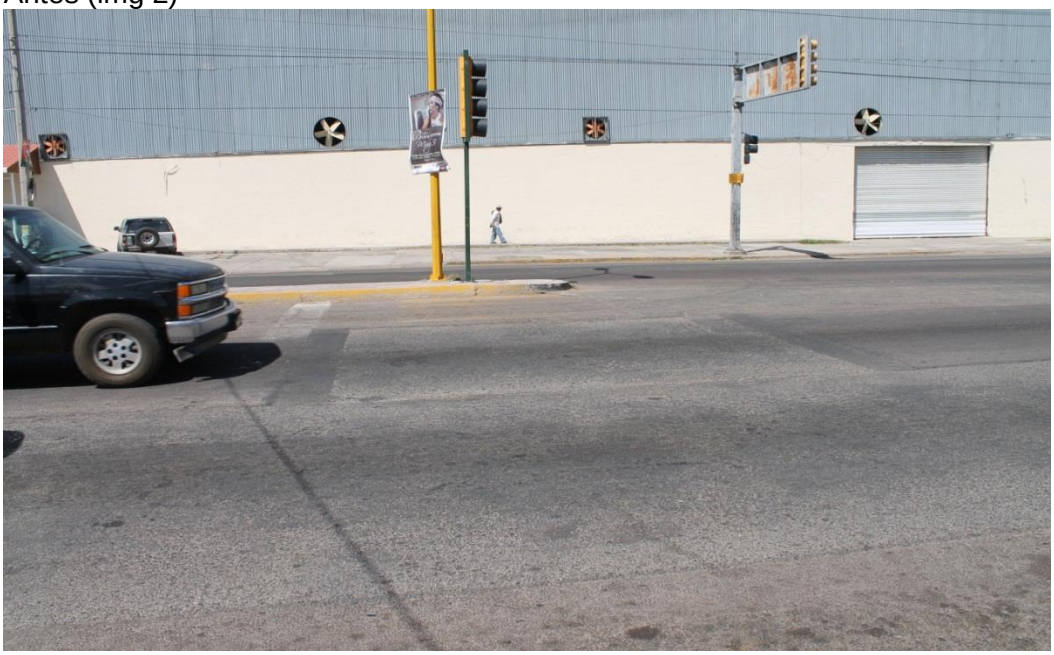
Alto flujo vehicular
Vía rápida
Trasporte ligero
Superficie de rodamiento asfalto
La vía permite usuarios de transporte ligero, familiar, motocicletas, bicicletas Por la vía cruza el Rio San Pedro

RECOMENDACIONES Y RESULTADOS GENERALES

Antes (img 1)

Después (img 1)

Antes (img 2)



Después (img 2)

Antes (img 3)

Después img (3)

Antes (img 4)

Después (img 4)

Antes (img 5)

Después (img 5)

Antes (img 6)

Después (img 6)

ANALISIS POR FACTOR

Img 1, el paso peatonal en el retorno no es visible tanto para el conductor como para el peatón, con el hecho de darles mantenimiento sabrías por donde transitar y tendría la seguridad que es el camino adecuado.

Img 2, el paso peatonal no es visible por lo que común se invade por parte del conductor.

Img 3, las líneas cebras no son altamente visibles.

Img 4, el señalamiento no es visible para el conductor la palmera tapa una parte por lo que no se sabe hacia donde dirige, con el hecho de darle un poco de mantenimiento a la palma podría ser altamente visible y así el conductor sabría hacia donde dirige esta.

Img 5, existe una para de autobús que no es visible por lo que los vehículos no oficiales no respetan esta, el pintar haría oficial la parada de este y así lo vehículos repetirían y el usuario se sentiría más seguro.

Img 6, cuando se transita en la vía, el conductor invade otros carriles y esto hace que sea peligroso y ocasione un accidente al darle mantenimiento se tendrá control sobre el vehículo y se reduciría el riesgo de que el vehículo invada otro carril.

CONCLUSIONES FINALES

Con este trabajo podemos observar las irregularidades en esa vía, que solución hay y que propones, en la vía hay muchos usuarios por lo que es importante mantener en óptimas condiciones de seguridad y el tránsito de esta, al darle mantenimiento con lo que se propone en este trabajo se reducirían los accidentes tanto de peatones como de conductores de vehículo de motor y con esto también reducirías costos que general tanto a las familias como al estado.

ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES EN EL USO DEL CONDÓN COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA PREVENIR EL VIH/SIDA

Presenta:

Presenta: MAPS Juan Mario Naranjo Sánchez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Colaborador: Mtro. Robert Gender de la Cruz Arellano
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Colaborador: Elena Dolores Domínguez Pérez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Colaborador: MAPS Silvia Vázquez Jiménez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Guadalupe Córdova Montiel
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: Actualmente siguen sorprendiendo las múltiples perspectivas con las que se ha descrito la pandemia VIH/SIDA. La Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA, 2011), menciona una estimación de 62 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con evidente afectación, en mujeres y menores de 15 años, presentándose la mayor incidencia en individuos de 10 a 24 años. **Objetivo:** identificar la Actitudes de los adolescentes en el uso del condón como método de planificación familiar para prevenir el VIH/SIDA. **Resultado** 300 adolescente. La edad promedio fue de 17 años con una desviación estándar de $^{+}_{-}$1.5593 (33.8%) los adolescentes varones están de acuerdo en que las mujeres deben solicitar el uso del condón en un encuentro sexual. 185 adolescentes (61.6%) refieren estar totalmente de acuerdo en que el hombre es el que debe comprar los condones, con el 45.4% varones y el 26.9% mujeres 185 (61.6%) de los adolescentes siendo 104 (34.6%) hombres y 81 (27%) mujeres consideran estar totalmente de acuerdo en que el hombre es el responsable de usar los condones durante un encuentro sexual. **Conclusión:** Dado al creciente número de personas que adquieren el VIH/SIDA, causantes de problemas familiares, sociales económicos, de salud y por las muertes causadas en todo el mundo, se necesita acciones efectivas de solución inmediata. Pero de forma importante la actitud de los adolescentes para realizar intervenciones educativas multidisciplinarias, con el liderazgo enfermeras contribuye desde su formación y función social para el cumplimiento de disposiciones.

Palabras Claves:

(1) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(2)Profesor Investigador, Encargado de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:
(3)Estudiante de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:lolygnr@hotmail.com

(4) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(5). Enfermera del Instituto Mexicano del Seguro Social, sede Clínica 43 de Villahermosa, Tabasco.

Background : Currently multiple perspectives that describes HIV/AIDS pandemic, are still being amazing, from its beginnings in the 80's to the present day. In a social context, the major impact within any society in the world. The United Nations AIDS prevention (UNAIDS, 2011), had estimated that there were 62 million people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV), with apparent involvement in women and kids under 15 years, presenting the higher incidence in individuals from 10 to 24 years.
Objective: Identify the attitudes of adolescents in the use of condoms as a family planning method to prevent HIV / AIDS.
Results : 300 adolescents. The average age was 17 years with a standard deviation of + _1.5593 (33.8%) male adolescents are agree that women should request the use of condoms in sexual encounters. 185 adolescents (61.6%) reported being totally agree that the man is in charge to buy condoms, with 45.4% male and 26.9% female 185 (61.6%) of adolescents being 104 (34.6%) men and 81 (27%) women feel totally agree that man is the responsible to use condoms during sex.
Conclusion: Due to growing number of people who acquire HIV / AIDS, causing family, social, economic and health problems as well as deaths worldwide, effective actions and immediate solutions are needed. But significantly the attitude of adolescents for multidisciplinary educational interventions, with nurses contributing from their leadership training and social function for fulfill their provisions.
Keywords: Adolescents, prevention, attitude, HIV / AIDS.

(1) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(2)Research Professor, Responsibleof the Bachelor of Medicine at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:
(3) Student nursing degree, at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:lolygnr@hotmail.com
(4) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(5). Nurse from the Instituto Mexicano del Seguro Social, at Clínica 43 in Villahermosa, Tabasco.

1.- **INTRODUCCIÓN**

La Enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA, en la actualidad ha pasado a ser una enfermedad predominante en los jóvenes, puesto que los individuos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de persona infectadas con el esta enfermedad, considerándose que 5 millones de nuevos casos se suman a las estadísticas cada año en el mundo. No obstante ante este problema de salud, los jóvenes suelen carecer de información, conocimientos prácticos y los servicios que necesitan para protegerse a sí

mismo. Según estimaciones, cada día unos 6,000 jóvenes adquieren el Virus de Inmunodeficiencia Humana, es decir cada 14 segundos, siendo la mayoría de ellos adolescentes mujeres, considerado que abarcan un tercio de la cantidad total de personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo.1

A pesar de que el mundo actual ofrece a los adolescentes no solo una diversidad de oportunidades notables, sino también una serie de riesgos para su integridad y salud, en lo que es evidente que todas las medidas de prevención tienen que incrementarse debido a la problemática universal con respecto al SIDA, al igual que una serie de consideraciones que enmarcan la complejidad de las actitudes y comportamientos de los adolescentes, tales como:

Los adolescentes se consideran inmunes ante las Infecciones de Transmisión Sexual y no recurren a algún método de barrera para su protección individual y de pareja, se consideran inmortales ante los potenciales accidentes que puedan producir alguna lesión discapacitante y de mortandad, no tienen consideración de los riesgos, ni los alcances y magnitud de los mismos, creen que no puede ocurrir un embarazo no esperado y por lo tanto no utilizan medios de barrera anticonceptiva.2

La epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han convertido en un problema prioritario de salud Pública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. A este respecto la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA), estimó que existían en el mundo aproximadamente 62 millones de personas que vivían con el virus del VIH, con afecciones predominantes en individuos de 10 a 24 años. (ONUSIDA 2011)A pesar de que el crecimiento global de la epidemia se ha estabilizado, el número de nuevas infecciones. México se clasifica como un país con una epidemia de VIH/Sida concentrada. Aunque la prevalencia en la población general es menor al 1%, la epidemia se concentra en grupos específicos. Para esta población, en 2009 la prevalencia estimada era del 11% en hombres que tienen sexo con (HSH), 15% en hombres trabajadores (TS) y del 5% en usuarios de drogas inyectables (UDI). (UNGASS-SIDA 2010).

Sin embargo, en el 2011 se refieren prevalencias mayores, en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) asciende a 17.1%, los Trabajadores Sexuales con una prevalencia estimada de16.6% y UDI del 5.77%.2 (UNGASS-SIDA 2010).

Dado al creciente número de personas que adquieren el VIH/SIDA, causantes de múltiples problemas de tipo familiar, social económico y de salud. (Río C.1996) (ICIPD, El Cairo 1994).

Antecedentes.

Trepka, Kim, Pekovic, Zamor, Vélez, y Gabaroni, (2008) realizaron un estudio similar al presentado por Poulson et al (2008) en donde al entrevistar a las mujeres, con la finalidad de comprender los factores y creencias que motivaban actitudes negativas, mencionaron que no utilizaban condón ni pedían su utilización, porque las movían un sentimiento denominado “amor hacia su pareja” (Trepka et al, 2008) y éstas deseaban tener relaciones sexuales sin el uso del preservativo (Poulson et al, 2008); en contraparte, los hombres por lo general, aseguraron que “se les olvidó”(Trepka et al, 2008).

De los argumentos ofrecidos por las mujeres, parece existir una representación social del condón negativa, es decir, el hecho de sugerirlo indicaría que no se ama a la pareja. El uso del condón se entiende pues como una práctica derogativa e insultante, quizás debido a que la asociación del condón con la prevención de las ITS.

En los resultados de Pulido et al (2011) se encontró que la mayor parte de los estudiantes es sexualmente activo, 42.67% reportó actividad sexual una o más veces por semana y de esos seis de cada diez estudiantes, aceptaron haber tenido relaciones sexuales sin utilizar el condón en alguna ocasión, a su vez, 14.06% de ellos declaró haber tenido relaciones sexuales sin uso del condón, al menos una vez en la última semana.
Objetivo:

Actitudes de los adolescentes en el uso del condón como método de planificación familiar para prevenir el VIH/SIDA.

MATERIAL Y METODO
Tipo de Estudio:
Se realizó un estudio observacional descriptivo, con un diseño transversal.

Población

La población objetivo, está constituida por 1,250 adolescentes de ambos sexos, obtenida mediante la revisión del censo que realiza al inicio del año de ejercicio, del Centro de Salud Villa Tecolutilla, Comalcalco responsable de la localidad.

Muestra.

300 Adolescentes, los que se seleccionaron visitando las escuelas de nivel secundaria y preparatoria a conveniencia. Fuente: tarjeta censal 2013.
Criterios.

Inclusión:
adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 19 años de ambos géneros.
Exclusión:
Adolescentes menores de 12 y mayores de 19 años, adolescentes cuyos padres o tutores no autorizaron su participación en la investigación y quienes presentaron signos de intoxicación etílica o por drogas

Eliminación:
Adolescentes que respondieron mal el instrumento, o incompletos.

Descripción del instrumento.
Para medir la variable actitud el investigador utilizo un cuestionario con un formato de respuesta tipo Liker creada por Kasen, Vaughan y Walter, validada en los Estados Unidos de Norte América en 1979, y adaptada por López Rosales y colaboradores denominada SELF-EFFICACY FOR AIDS (SEA 27) con 41 ítems, más 10 preguntas con respuestas de opción múltiple, la cual fue adaptada en el año 2003, para aplicarse en adolescentes Mexicanos, cuya validación se realizó en las instalaciones de los Centros de Salud durante la consulta de los adolescentes, del Estado de Nuevo León México, con un alto nivel de consistencia por el alpha de Cronbach de 0.91

El mismo instrumento se aplicó en una prueba piloto en la comunidad de Tierra Colorada perteneciente al municipio de Huimanguillo, Tabasco, con 20 adolescentes y una confiabilidad de 0.84 por el alpha de Cronbach.
De este instrumento se utiliza la parte que identifica las actitudes considerado necesario para dar respuesta al objetivo planteado, constando de la primera parte de aspectos socio demográficas (edad, genero, último año escolar cursado y lugar de residencia), la segunda parte para identificar la actitud, planteándose en que tan de acuerdo están ante diversas aseveraciones en el uso del condón, tercera parte con preguntas con diferentes opciones de respuesta para la identificación de fuentes de información con respecto a sexualidad y una ultima el patrón sexual (debut sexual, edad del debut sexual, persona con quien se tuvo el debut sexual, la utilización de condones en la actualidad y razón por lo que no se usa el condón)

Descripción de la recolección de datos

Se solicitó por oficio la autorización del representante legal de la localidad, para realizar la aplicación del instrumento en los habitantes adolescentes y Director de las escuelas de nivel secundaria y preparatoria para cumplir con las legalidades de la investigación, se presentó el proyecto al delegado municipal y a los directores de las escuelas así como el instrumento conjuntamente con su consentimiento informado, conseguido la autorización, se procedió visitar a los estudiantes en las aulas de clases, se dio el consentimiento informado para que fueran firmados por sus padres o tutores y al día siguiente se aplicó el instrumento a los adolescentes, al aceptar la participación en la investigación se les informo a los adolescentes las generalidades del proyecto explicando el llenado del cuestionario, siendo muy claro en la privacidad de su identidad e información, concluida la encuesta se preguntó al adolescente si presentó algún problema con las aseveraciones, se procedió a agradecer la participación y que además si en dado momento quisieran tener conocimiento con respecto a los resultados se les dotara en el término de la investigación, además de mostrarle lo importante de la investigación en el desarrollo de estrategias de intervención por parte de la Secretaría de Salud, dirigidas a los adolescentes.

Procesamiento de datos.

Después de la aplicación del cuestionario y obtención de los datos, se realizó una base de datos para realizar los cálculos estadísticos en el programa SPSS 21.0 para medir grado de confiabilidad de instrumento, medidas de tendencia central, tales como promedio, porcentajes, desviación estándar, para las edades, género y la realización de cuadros generales para la concentración de frecuencias, porcentajes y genero para identificar la actitud de los adolescentes en el uso del condón, con las tres probables respuestas como son “ nada de acuerdo, medio de acuerdo y totalmente de acuerdo”. Así como las preguntas con respuestas de opción múltiple

Aspectos éticos de la investigación.

Se siguió con lo establecido conforme a las disposiciones legales, solicitando autorización al delegado municipal, al padre y al adolescente participante, tal como lo solicita lo siguiente:

Artículo 87, Frac. IV, que menciona que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto a quien se realizara la investigación y de su padre, tutor o representante legal.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Internacional.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del participante y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad. En toda investigación con humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el investigador debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Consentimiento informado de las personas que participaron.

RESULTADOS

Resultados demográficos.

En el levantamiento de la información existe un resultado de 300 instrumentos aplicados a adolescentes. La edad menor fue de 12 años cumplidos, mientras que la mayor fue de 19 años. La edad promedio fue de 17 años con una desviación estándar de $^{+}$–1.55. El 48% (144) son hombre y el 50% (156) mujeres. (Ver Tabla 1)

Tabla 01

Sexo		Edad								Total
		12	13	14	15	16	17	18	19	
	Hombres	19	43	19	20	20	13	9	1	144
	Mujeres	26	50	9	14	18	26	12	1	156
Total		45	93	28	34	38	39	21	2	300

Fuente: cuestionario auto administrado.

Variable “actitudes hacia el uso del condón”

205 (68.3%) de los adolescentes consideran estar totalmente de acuerdo en que las mujeres deben solicitar el uso del condón en un encuentro sexual, siendo el 33.3% adolescentes hombres y el 34.9% son adolescentes mujeres. (Ver Tabla 3)

Tabla 03

Sexo		" La mujer debe solicitar el uso del condón"			Total
		Nada de acuerdo	Medio de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
	Hombres	10	34	100	144
	Mujeres	16	35	105	156
Total		26	69	205	300
porcentaje		8.6%	23%	68.3%	

Fuente: cuestionario auto administrado.

185 adolescentes (61.6%) refieren estar totalmente de acuerdo en que el hombre es el que debe comprar los condones, con el 45.4% varones y el 26.9% mujeres. **(**Ver Tabla **04)**

Tabla 04

Sexo	" El hombre es el que debe comprar los condones"			
	Nada de acuerdo	Medio de acuerdo	Totalmente de acuerdo	total
Hombres	7	47	90	144
Mujeres	12	49	95	156
Total	19	96	185	300
porcentaje	6.3%	32%	61.6%	100%

Fuente: cuestionario auto administrado.

185 (61.6%) de los adolescentes siendo 104 (34.6%) hombres y 81 (27%) mujeres consideran estar totalmente de acuerdo en que el hombre es el responsable de usar los condones durante un encuentro sexual. (Ver Tabla 5)

Tabla 05

Sexo	"El hombre es el responsable de usar el condón durante la relación sexual"			Total
	Nada de acuerdo	Medio de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Hombres	18	45	81	144
Mujeres	20	32	104	156
Total	38	77	185	300
Porcentaje	12.6%	25.6%	61.6%	100%

Fuente: cuestionario auto administrado.

92 (30.6%) de los adolescentes hombres considera no estar nada de acuerdo en que la mujer debe traer condones. (Ver Tabla 06)

Tabla 06

Sexo	" La mujer debe traer condones"			Total
	Nada de acuerdo	Medio de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Hombres	43	64	37	144
Mujeres	49	61	46	156
Total	92	125	83	300
Porcentaje	30.6%	41.6%	27.6%	100%

Fuente: cuestionario auto administrado.

Respecto a la aseveración de que el uso del condón es bueno para su salud, 122 Adolescentes hombres (40.6%) y 121 (40.3%) mujeres manifestaron total acuerdo en esta aseveración. (Ver Tabla 08).

Tabla 08

Sexo	" El uso del condón es bueno para su salud"			
	Nada de acuerdo	Medio de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Hombres	8	14	122	144
Mujeres	9	26	121	156
Total	17	39	243	300
Porcentaje	5.6%	13%	81%	100%

Fuente: Cuestionario auto administrado.

Refieren tener como fuente de adquisición de información, la escuela (35.6%), en altos porcentajes, los libros (14%) y la mama (20%), teniendo la inquietud el de tener más información sobre los temas de Infecciones de Transmisión Sexual, el acto sexual y salud sexual. (Ver Tabla 09)

El 78 (26%) de los adolescentes han tenido debut sexual, con edades predominantes se encuentran entre los 13 y 15 años, siendo 54 hombres y 24 mujeres. Trepka, M., Kim, S., Pekovic, V., Zamor, P., Vélez, E. y Gabaroni, M. (2008). High-risk sexual

El 51% de los individuos no usaron el condón en su debut sexual con clara evidencia en los adolescentes hombres (20%), con predominio entre los 13 a 15 años, teniendo como compañero en el debut, en su mayoría a personas con lazos de amistad y en menos proporción a novios/a, bajo circunstancias de encuentros no planeados**.** 22 de los adolescentes activos sexualmente no utilizan condón en sus relaciones actuales, por que argumenta no traerlos durante sus encuentros.

Tabla 09

Sexo	"La información sobre sexualidad"								Total
	Amigos	Libros	Revistas	Televisión	Escuela	Papa	Mama	Medios electrónicos	
Hombres	5	20	6	9	54	31	10	9	144
Femenino	9	22	1	5	53	7	50	9	156
Total Porcentaje	14 4.6%	42 14%	7 2.3%	14 4.6%	107 35.6%	38 12.6%	60 20%	18 6%	300 100%

Fuente: cuestionario auto administrado.

Discusión.

Los resultados encontrados en esta investigación se encuentran que a diferencia de lo encontrado por Trepka et al, 2008 en donde las mujeres mostraban actitudes negativas, mencionaron que no utilizaban condón ni pedían su utilización, porque las movían un sentimiento denominado "amor hacia su pareja", se diferencian de este estudio porque el contexto social es totalmente diferente además de que este grupo si presenta un puntaje alto en la aceptación del condón.

A si mismo esta muestra concuerda con lo encontrado por Pulido et al (2011) en donde encontró que la mayor parte de los estudiantes es sexualmente activo, 42.67% reportó actividad sexual una o más veces por semana y de esos seis de cada diez estudiantes, aceptaron haber tenido relaciones sexuales sin utilizar el condón en alguna ocasión, a su vez, 14.06% de ellos declaró haber tenido relaciones sexuales sin uso del condón, al menos una vez en la última semana.

RECOMENDACIONES

Debido a que la edad de formación de personalidad es la etapa de adolescencia y es el grupo que en un futuro serán los padres de familia, los encargados de cumplir con los roles sociales que les toquen cumplir según el medio en que se desarrollen, por lo tanto se considera que se debe reforzar la información emitida por las instituciones educativas y del sector salud, para fomentar una actitud positiva en los jóvenes, que les permitan tener comportamientos que vayan dirigido al auto-cuidado, pero también el que sean los emisores con las personas con convivencia cotidiana. Reflejando así la salud individual, familiar y social, permitiendo tener personas productivas y familias integras y no mortalidad y orfandad debido al problema del VIH/SIDA.

Por lo que se debe impulsar con de manera permanente las acciones ya conocidas , que son: las acciones contenidas en la Semana Nacional de Salud del Adolescente,

ofertar por parte de los trabajadores de la salud, los elementos necesarios para tener sexo seguro, sexo protegido por medio del uso del condón.

Bibliografía

Castañeda, AI, Gálvez GAM. Programa Docente, Metodología de la Investigación, Escuela Nacional de Salud Pública. 2006.

Pineda EB. De Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud.

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Cañadas OI, Sánchez BA. Psicothema, 1998, Vol., 10, N 3 pp., 623-631. Universidad de la Laguna.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Internacional.
Ley de Salud del Estado de Tabasco. Artículo 87, Fracción IV.
López RF, Moral RJ. Validación de una escala de auto eficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. Salud Pública, Méx. 2001: 43:421-432. Disponible en www.insp.mx/salud/index.html.

Trepka, M., Kim, S., Pekovic, V., Zamor, P., Vélez, E. y Gabaroni, M. (2008). High-risk sexual.

ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON OBESIDAD EN JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Orozco-Álvarez María Yesenia, Olalde-Mendoza Liliana, Aguilar-Galarza Beatriz Adriana, Solís-García Pablo, Hernández Banco José Inés, Romero Márquez Rubén, García-Gasca Teresa y Anaya-Loyola Miriam Aracely (*)

Facultad de Ciencias Naturales. Programa SU-SALUD-UAQ. Universidad Autónoma de Querétaro. Avenida de las Ciencias S/N, Juriquilla, Querétaro. 76230. *aracely3270@yahoo.com

RESUMEN
Introducción. La reducción de la actividad física (AF) se ha incrementado en jóvenes. Una causa es la realización de actividades con bajo gasto energético, llegando incluso al sedentarismo, lo cual se relaciona con la alta prevalencia de obesidad y enfermedades crónico no transmisibles. Objetivo. Relacionar el nivel de actividad física con los indicadores antropométricos, obesidad y composición corporal en jóvenes universitarios de Querétaro. Material y métodos. Estudio de tipo transversal con participación de 2111

alumnos de 17-25 años de ambos sexos. Los cuales fueron evaluados antropométricamente, se les determinó su composición corporal y contestaron un cuestionario de estilo de vida y AF. Se realizaron análisis descriptivo, ANOVA y Chi^2. Resultados. El 34% de los sujetos son sedentarios. Se observó relación directamente proporcional del nivel de AF con la estatura e inversamente con el porcentaje de grasa. Siendo en promedio 2.5 cm mayores aquellos que realizan AF, con una reducción en grasa corporal de 2.8-3.5% en los jóvenes activos comparados con los sedentarios, lo cual también impactó en el promedio de cintura (por casi 1 cm) y la reducción del índice de masa corporal (IMC) de 23.5 kg/m^2 a 22.8 kg/m^2. Entre los sedentarios hay mayor porcentaje de sujetos con sobrepeso, obesidad y grasa corporal elevada, contrario a lo observado en los físicamente activos. Conclusiones. Hay que fomentar la práctica de AF en universitarios ya que es baja y ésta disminuye los factores de riesgo de enfermedades crónico no transmisibles.

Palabras Clave: actividad física, indicadores antropométricos, composición corporal, universitarios.

Introducción.

En México ha aumentado la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como lo son hipertensión, enfermedades coronarias, el sobrepeso y la obesidad, presentándose ésta última en un 32.8% de los adultos mexicanos lo cual ha sido relacionado con la falta de actividad física (AF) en este grupo de edad (FAO, 2013).

La AF se define como cualquier movimiento corporal realizado por el sistema músculo esquelético y que produce un consumo de energía, se clasifica de acuerdo a los criterios establecidos en el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) en nivel de AF alto, moderado o bajo (IPAQ, 2005) pudiendo llegar al total sedentarismo. La prevalencia de sedentarismo también ha ido en aumento, siendo hoy en día el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), se estima que el sedentarismo afecta a un 31% de la población mexicana de 18 años y más que el 16.5% de ellos eran inactivos físicamente, cifra que aumentó en un 47.3% en comparación a las cifras de la encuesta del 2006 (Medina, et al., 2013). Por esto es que se ha planteado en México el promover la AF como objetivo principal de la prevención y control del sobrepeso, además de que la AF tiene múltiples beneficios en jóvenes ya que mejora la resistencia aeróbica, flexibilidad y la fuerza muscular y también disminuye los factores de riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Soto & Gallegos, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa en personas de 18 años o más para mantener en buen estado las funciones cardio-respiratorias y musculares (OMS, 2010); de acuerdo a estas recomendaciones sólo el 21.5% de los mexicanos cumple con un nivel suficiente de actividad física (INEGI, 2014). Por su parte, en Querétaro se ha reportado que el 77% de los jóvenes presentan al menos una conducta de sedentarismo (IMJUVE, 2010).Por lo cual el objetivo de este estudio fue relacionar el nivel de actividad física con los indicadores antropométricos y de composición corporal en jóvenes universitarios de Querétaro.

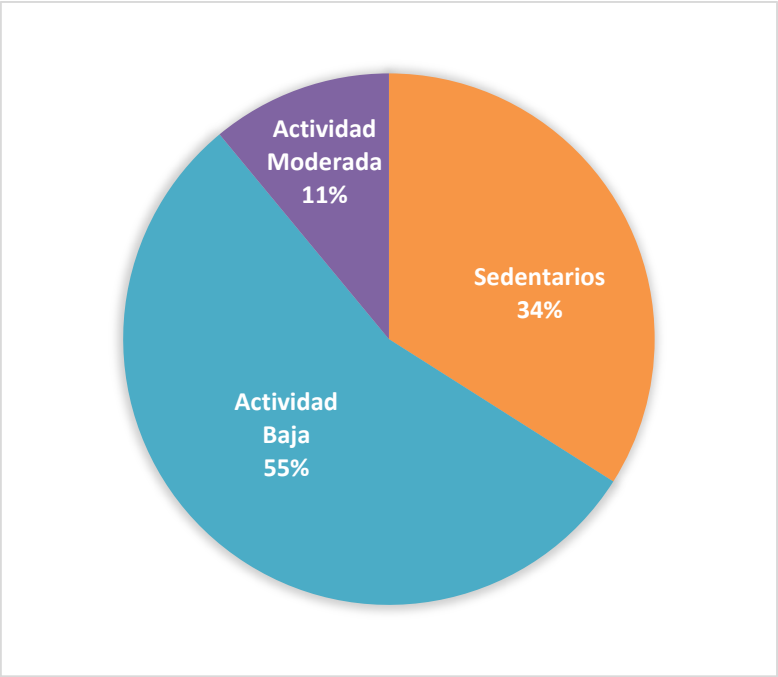
Material y métodos.

Estudio transversal donde se incluyeron a 2111 estudiantes universitarios de cinco distintas facultades de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Los datos se recolectaron entre los años 2012 a 2014 en las clínicas de cada facultad. Cada participante firmó un consentimiento informado. Se les realizó una valoración antropométrica, de composición corporal, así como un cuestionario de estilo de vida y actividad física.

La valoración antropométrica se realizó por la mañana y en ayunas; en la cual se tomó la talla, peso, circunferencia de cintura y de cadera. Las mediciones fueron con un mínimo de ropa y por duplicado, utilizando estadímetro (mecánico de pared marca Seca 222, con precisión de 1mm) y cinta de fibra de vidrio (marca Seca 201, con precisión de 1mm). Posteriormente con un equipo ScanPlus X de bioimpedancia eléctrica se estimó la composición corporal, el porcentaje de grasa y la masa libe de grasa.
El índice de masa corporal (IMC) se calculó dividiendo el peso en kg entre la talla en centímetros al cuadrado (IMC = Peso (kg) / Talla^2 (cm)) y se utilizó la clasificación de la OMS. El índice de cintura-cadera resulta de dividir la circunferencia de cintura entre la de la cadera (ambas en centímetros), la OMS establece como niveles ideales máximos 0,8 en mujeres y 1 en hombres. Para clasificar el diagnóstico de grasa fue de acuerdo a los puntos de corte de SEEDO 2000 en baja, adecuada y elevada.
Del cuestionario de estilo de vida y actividad física, se utilizaron los registros de las horas que realizan actividad física al día y a la semana. La clasificación de los niveles de actividad física fue de acuerdo al IPAQ:
Nivel de actividad física alto: Actividades de intensidad vigorosa al menos 3 días por semana o 7 días de actividad física moderada.
Nivel de actividad física moderado: Actividades de intensidad vigorosa por 3 días o más por semana de al menos 20 minutos al día o 5-7 días de actividad física moderada de al menos 30 minutos por día.
Nivel de actividad física bajo: En este si sitúan los individuos que no caen en las otras dos categorías pero que reportaban realizar actividad física.
Se agregó otra categoría para fines de este estudio, la de Sedentarios, donde se situaron a los sujetos que reportaron no realizar actividades físicas extras a sus actividades habituales.

Análisis estadístico
Se manejaron los datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 19.0 para Windows. Se realizaron análisis descriptivos mediante frecuencias y porcentajes. Se presentan tablas con medias y desviación estándar. Un análisis ANOVA para comparar las medias de las características de los grupos en base al nivel de actividad física y Chi^2 para comparar las prevalencias de IMC y los diagnósticos de grasa corporal de acuerdo al nivel de actividad física.

Resultados
De los 2111 alumnos, el 48% eran mujeres y 52% hombres, La edad media fue 19.3±1.4 años. De acuerdo al nivel de actividad física, se encontró que del total de la población evaluada el 34% de ellos fue sedentario, el 55% se clasificaron con actividad física baja y el 11% con actividad física moderado (Gráfica 1). Cabe resaltar que ninguno de los estudiantes se clasificó en la categoría de actividad física alta.
Al analizar los resultados en base al sexo de los participantes, se encontró que las mujeres presentaban mayor proporción de sedentarismo (56%) a diferencia de los hombres.



Gráfica 1. Caracterización de la población de acuerdo al nivel de actividad física.

La estatura se encontró directamente relacionada con el nivel de AF en los jóvenes que realizan actividad comparados con los sedentarios, siendo mayor la estatura de los jóvenes que realizan actividad física moderada por casi 3 cm comparados con los sedentarios. También se observó que en promedio la cintura disminuyó aproximadamente 1 cm, en aquellos estudiantes que reportaron realizar actividad física moderada, así como una reducción del índice de masa corporal (IMC) de 23.5 kg/m^2 a 22.8 kg/m^2 entre los estudiantes con actividad física moderada y los sedentarios (Tabla 1).

Tabla 1. Características antropométricas de los participantes de acuerdo a su nivel de actividad física.

	Sedentarios				Actividad Baja				Actividad Moderada			
VARIABLE	Media	±	DS		Media	±	DS		Media	±	DS	
Edad, años	19.3	±	1.4	a	19.2	±	1.5	abc	19.3	±	1.3	ac
Talla, cm	165.2	±	9.0	a	166.7	±	9.0	b	168.4	±	9.1	c
Peso, kg	64.6	±	14.2	a	64.9	±	13.7	abc	65.0	±	12.4	ac
Índice de masa corporal, kg/m^2	23.5	±	4.1	a	23.3	±	3.9	ab	22.8	±	3.2	bc
Cintura, cm	77.2	±	10.4	a	77.5	±	9.8	abc	76.4	±	8.5	ac
Cadera, cm	96.6	±	8.2	a	96.7	±	7.9	ab	95.4	±	6.9	c
Índice cintura-cadera	0.8	±	0.1	a	0.8	±	0.1	abc	0.8	±	0.1	ac

ANOVA, significancia <0.05

Letras diferentes indican significancia estadística

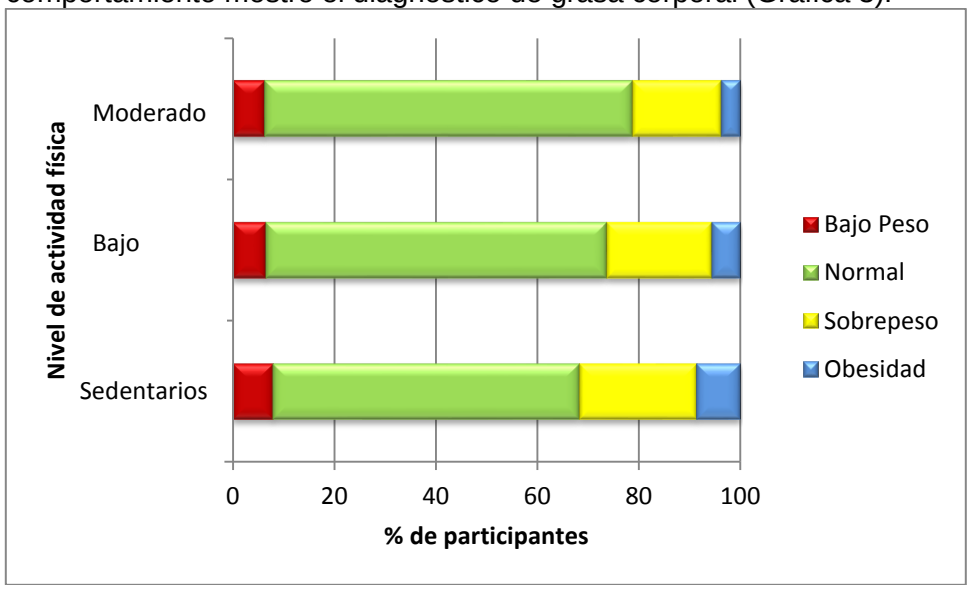
Se observó una relación inversamente proporcional en el porcentaje de grasa corporal con el nivel de actividad física, entre 2.8-3.5%. La masa libre de grasa fue significativa mayor en entre los participantes que realizan alguna actividad física comparados con aquellos sedentarios (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la composición corporal de jóvenes universitarios por BIA.

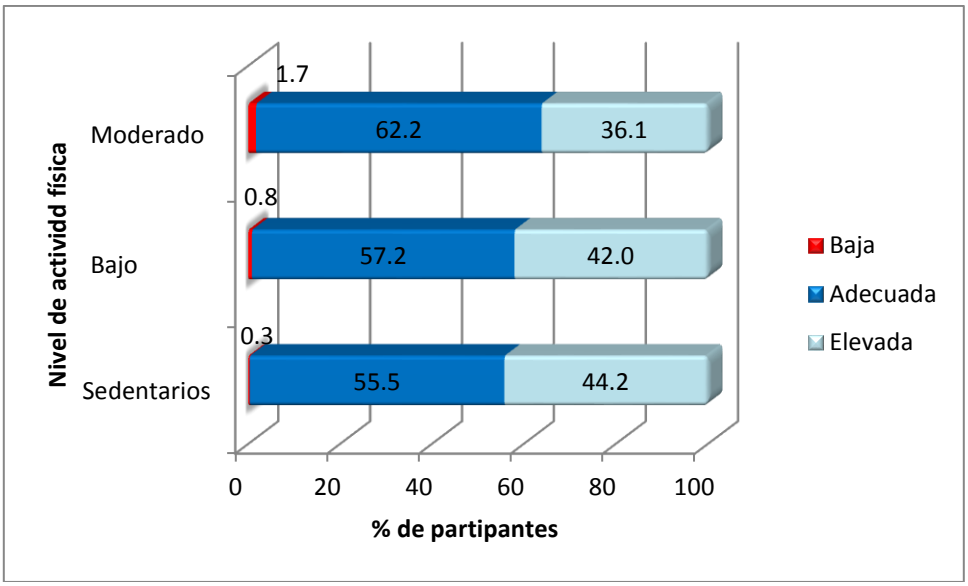
VARIABLE	Sedentarios			Actividad Baja			Actividad Moderada		
	Media	±	DS	Media	±	DS	Media	±	DS
Grasa Corporal, %	26.6	±	7.5[a]	25.1	±	7.4[b]	22.8	±	7.0[c]
Masa Libre de grasa, kg	37.4	±	19.3[a]	45.2	±	13.5[b]	45.2	±	14.1[bc]

ANOVA, significancia <0.05. Letras diferentes indican significancia estadística

De acuerdo al diagnóstico de IMC, se mostró una tendencia estadísticamente significativa (Chi^2 18.3, P=0.005) a disminuir el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad a medida que incrementa el nivel de actividad física de los estudiantes (Gráfica 2). Mismo comportamiento mostró el diagnóstico de grasa corporal (Gráfica 3).



Gráfica 2. Efecto de la intensidad de la actividad física en las prevalencias de sobrepeso y obesidad.



Gráfica 3. Efecto de la actividad física en el diagnóstico de grasa corporal.

Discusión.

Estudios similares en adolescentes universitarios ha encontrado una asociación positiva entre el sedentarismo y un IMC elevado (Silva Strempler, et al., 2012); además de que el sedentarismo se presenta con mayor prevalencia en el personas del sexo femenino (Córdoba Adaya, et al., 2013) (Rodríguez Guajardo, et al., 2013) (Silva Strempler, et al., 2012).

Los resultados en peso no fueron significativamente relacionados con el nivel de actividad física, sin embargo, en otros estudios si sea observado esta relación (Curhan, et al., 2013). En cuanto a la circunferencia de cintura se observó al igual que en otros estudios una disminución al incrementar la intensidad de la actividad física (Ribeiro, et al., 2013). Sin embargo, el efecto en la estatura fue el de mayor relevancia, lo cual reafirma el impacto benéfico dela actividad física en la estructura ósea (Carter & Hinton, 2014) (Ivuškāns, et al., 2014).

Además la circunferencia de cadera fue menor en el grupo de mayor nivel de actividad física, lo cual posiblemente se deba una disminución de la grasa ginecoide en esa área en personas físicamente activas (Golubic , et al., 2014).

Se observó que el porcentaje de jóvenes con bajo peso aumentó al incrementar la actividad física al igual que los jóvenes con grasa corporal baja, lo cual pudiera ser un efecto de un exceso de actividad física como se ha reportado con anterioridad (Datta Banik, et al., 2014).

Conclusiones.

Hay que fomentar la práctica de AF en universitarios ya que no se realiza de manera suficiente para obtener beneficios a la salud y disminuir los factores de riesgo de ECNT. En general, realizar AF se asocia con indicadores de mejor calidad de vida (Rasmussen, et al., 2013).

Referencias.

Carter, M. & Hinton, P., 2014. Physical activity and bone health. *Mo Med,* 111(1), pp. 59-64.

Córdoba Adaya, D., Carmona González, M., Terán Varela, O. E. & Márquez Molina, O., 2013. Life style and nutritional status in uiversity students: a descriptive, cross-sectional study. *Medwave,* 13(11).
Curhan, S. y otros, 2013. Body mass index, waist circumference, physical activity, and risk of hearing loss in women. *Am J Med,* 126(12).
Datta Banik, S., Castillo, T., Rodriguez, L. & Dickinson, F., 2014. Body fatness in relation to physical activity and selected socioeconomic parameters of adolescents aged 15-17 years in Merida, Yucatan. *Ann Hum Biol.*
FAO, 2013. The state of food and agriculture. *Food and agriculture organization,* p. 79.
Golubic , R. y otros, 2014. Physical activity, sedentary time and gain in overall and central body fat: seven year follow-up of the ProActive trial cohort. *International Journal Obesity.*
Hidalgo Rasmussen, C. A., Ramírez López, G. & Hidalgo San Martín, A., 2013. Physical activity, sedentary behavior and quality of life in udergraduate adolescents of Ciudad Guzman, State of Jalisco, México. *Ciencia & Saúde Coletiva,* 18(7), pp. 1943-1952.
IMJUVE, 2010. *Dirección de estudios e investigación sobre la juventud a partir de la encuesta sobre la juventud 2010. Encuesta sobre la juventud en Querétaro,* s.l.: s.n.
INEGI, 2014. *Modulo de práctica deportiva y ejercicio físico,* s.l.: s.n.
IPAQ, 2005. *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire.* [En línea] Available at: http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf
Ivuškāns, A. y otros, 2014. The Role of Physical Acivity in Bone Health in Peripubertal Boys. *Pediatr Int.,* Volumen 13.
Medina, C., Barquera, S. & Janssen, I., 2013. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidenci para la política pública en salud,* s.l.: Instituto Nacional de Salud Pública.
Medina, C., Janssen, I., Campos, I. & Barquera, I., 2013. Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nuttition Survey (ENSANUT) 2006 and 2012. *BMC Public Health,* 13(1063), pp. 1-10.
OMS, 2010. *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud,* s.l.: s.n.
Ribeiro, M., Martins, M. & Carvalho, C., 2013. Interventions to Increase Physical Activity in Middle-Age Women at Workplace: An RCT. *Med Sci Sports Exerc.*
Rodríguez Guajardo, R. C., Salazar Cantú, J. d. J. & Cruz Ramos, A. A., 2013. Determinantes de la actividad física en México. *Estudios Sociales,* 21(41), pp. 185-209.
Silva Strempler, J. A., Cuevas Vargas, P. G., Espinosa Marquez, C. E. & García Torres, G., 2012. Sedentarismo y obesidad en estudiantes universitarios de primer semestre. Estudio comparativo. *CuidArte "El arte del cuidado",* 1(1), pp. 64-70.
Soto, N. & Gallegos, E., 2004. Efecto de intervención física sobre alimentación y actividad física en adolescentes mexicanos con obesiddad. *Texto & Contexto Enfermagem,* 13(1), pp. 17-25.

ADAPTACIÓN DE MUJERES SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE MASTECTOMIA

AUTORES:
Mariely Acosta Álvarez[1]

[1] Docente del Departamento de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Avenida Universidad #940 CP 20131, Aguascalientes, Ags., México. Tel: 4499108437. Correo electrónico: macosta@correo.uaa.mx

Universidad Autónoma de Aguascalientes
Diego Armando Martínez Díaz
Edith Escalera Guerrero
Luz María López Hernández
Diana Eloísa Hernández Quintana
Francisco López Hernández
Verónica del Carmen Navarro Azua

RESUMEN
Introducción: Las personas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. Frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta, generalmente, sentimientos de miedo, tristeza y negación. Asocia la enfermedad a muerte, así como también a la extirpación de un órgano significativo, en este caso, la mama, considerada un símbolo de feminidad. Finalidad: Partiendo del principio de que el cáncer de mama afecta al cotidiano de las mujeres, se hace necesario obtener un conocimiento sobre esta experiencia, posibilitando la oferta de una atención dirigida a la asistencia integral, es por ello que dentro del estudio se describe el modo de Adaptación de Mujeres supervivientes al cáncer de mama después del tratamiento de mastectomía. Metodología: Esta investigación es un estudio de tipo cualitativo de corte fenomenológico. La recolección de los datos se hizo mediante la observación de las participantes, mediante encuestas semi-estructuradas, fichas reflexivas y el diario de campo. La población en estudio fueron algunas integrantes de un grupo de apoyo de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), basándonos en la saturación del dato, resultaron nueve participantes. Resultados: El modo de adaptación es único e individual para cada persona. Se logró describir la adaptación vivida en mujeres supervivientes al cáncer de mama después del tratamiento de mastectomía, identificando la capacidad de adaptación de cada una de las mujeres a partir de los cambios y situaciones presentadas en su vida identificándolo como una lucha de supervivencia. Conclusiones: Como enfermeros investigadores, preservamos la idea de que lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona reacciona ante estas y su habilidad para adaptarse a los cambios.

ABSTRACT
Introduction: People like holistic adaptive systems are in continuous interaction with a changing environment. Facing the diagnosis of breast cancer, women experience usually feelings of fear, sadness and denial. Disease associated with death, as well as the removal of a significant body, in this case, breast, considered a symbol of femininity. Purpose: Based on the principle that breast cancer affects the daily lives of women, it is necessary to get a grasp on this experience, enabling the supply of care aimed at the integral, which is why in the study described the mode adaptation to breast cancer survivors after treatment for mastectomy women. Methodology: This research is a qualitative study of phenomenological. The data collection was done by observing the participants, using semi-structured interviews, tabs and reflective field diary. The study population were some members of a support group of the Medical Ambulatory Care Unit (umaa), based on data saturation, were nine participants. Results: The mode of adaptation is unique and individual to each person. Describe the lived was achieved adaptation to breast cancer survivors after treatment for mastectomy women, identifying the adaptability

of each of the women from the changes in their life situations presented identifying it as a struggle for survival. Conclusions: As researchers nurses, we preserve the idea that what determines the quality of life of a person is not the circumstances that cause stress but how the person reacts to these and their ability to adapt to change.

Palabras claves: *Enfermedad, Muerte, Mastectomía, Autoconcepto, Percepciones.*

INTRODUCCIÓN

Frente al diagnóstico de Cáncer de Mama (CaMa), la mujer experimenta, generalmente, sentimientos de miedo, tristeza y negación. Asocia la enfermedad a muerte, así como también a la castración de un órgano significativo, en este caso, la mama, considerada un símbolo de feminidad. El diagnóstico suele generar sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo, así como dudas y cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte señalan Mesquita y et al. (2007).

El diagnóstico de la enfermedad entraña un peligro para la mujer, por ser el cáncer visto como una enfermedad sin cura. Por ello, es importante, para la toma de decisiones por parte de la misma, la relación que mantendrá con el profesional de salud, exigiendo una relación de confianza para una mejor aceptación, adaptación y construcción de ideas. Partiendo del principio de que el cáncer de mama afecta al cotidiano de las mujeres, se hace necesario obtener un conocimiento sobre esta experiencia, posibilitando la oferta de una atención dirigida a la asistencia integral (Mesquita y et al., 2007).

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la persona acometida por la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta (Mesquita y et al., 2007).

Los procedimientos quirúrgicos radicales, la radioterapia hiperfraccionada de campo amplio, la quimioterapia en dosis altas y las dosis máximas tolerables de citosinas como la interleucina (IL) 2 se utilizan en ciertos contextos en los que el 100% de los pacientes presentarán toxicosis y efectos secundarios derivados de la intervención y solo una fracción de los pacientes experimentará efectos beneficiosos a consecuencia de ésta. Uno de los desafíos del tratamiento del cáncer radica en utilizar las diversas modalidades de tratamiento en forma aislada y en combinación de esta manera que se potencien al máximo la probabilidad de beneficio para el paciente (Marco, 2008).

El Cáncer de mama según varios autores, constituye una problemática que afecta especialmente la esfera psicosocial de quien lo padece. Según Mate Romero (2006), “las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos, la sociedad les ha conferido gran cantidad de valores y simbolismos a lo largo de la historia y a lo ancho del vasto mundo”, para las mujeres supone un gran trauma psicológico enfrentarse y adaptarse simultáneamente al problema oncológico y a la pérdida de las mamas.

Este proyecto surgió del interés por descubrir y analizar procesos de adaptación en una nueva etapa de vida cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales, después del tratamiento (mastectomía), visualizándolo como una transición y proceso de supervivencia a la que se pudieran enfrentar cada una de las mujeres participantes frente al Cáncer de Mama.

Roy plantea que las personas, vistas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia); estas respuestas buscan afrontar la situación y de esta manera promover la adaptación (Gutiérrez, 2007).

Cabe destacar que como enfermeros investigadores preservamos la idea de que lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona reacciona ante estas y su habilidad para adaptarse a los cambios, dicha idea descrita por Whetsell et-al (2005).

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo utilizando una metodología cualitativa de corte fenomenológico. La finalidad de utilizar una metodología cualitativa radica principalmente en el hecho de que uno de los propósitos primarios de esta investigación es conocer la realidad sociocultural desde las vivencias de los actores sociales que la construyen.

El diseño de investigación se fundamenta con la corriente filosófica de la fenomenología, en base a sus cuatro conceptos básicos de la misma ya que se relaciona con la temporalidad por el tiempo que se está viviendo, la especialidad por su espacio que rodea a la paciente, la corporalidad en el aspecto que describe sentires y cambios físicos de su organismo y racionalidad por la manera de compartir sus sentires con sus seres allegados y los que la rodean, todo esto basado en la fenomenología social.

Además en el análisis de la información en un proceso de lectura, reflexión, interpretación, deducción y escritura lo que permite como investigadores transformar la experiencia vivida en una expresión textual. Se seleccionan y agrupan los resultados que tienen semejanza para identificar la subjetividad y su valor, de la población estudiada.

Procedimiento.

Los datos obtenidos fueron recolectados de Febrero a Mayo del 2013. Las entrevistas fueron realizadas individualmente, en situación cara a cara, y video-grabadas mediante el consentimiento informado de las participantes, en local (aula audiovisual de la Universidad Autónoma de Aguascalientes) con condiciones adecuadas de confort y privacidad. Los registros video-grabados fueron transcritos total y literalmente.

Para organizar los resultados de las entrevistas, los relatos fueron sometidos al análisis de contenido, identificándose los núcleos de sentido contenidos en las declaraciones de las participantes que guardasen relación con las diferentes dimensiones que abarca la teoría de la Adaptación de Callista Roy.

Análisis.

La información recabada fue realizada con la ayuda de entrevistas semiestructuradas individuales, video-grabadas y transcritas íntegramente existiendo flexibilidad en cuanto a la secuencia y al examen de otras cuestiones que pueden surgir en el momento de la entrevista, se realizó una técnica utilizada por los investigadores cualitativos para obtener información sobre percepción, estado emotivo y afectivo. Mediante un proceso de análisis de contenido de las diversas narraciones se llegó a la interpretación de significados, partiendo del marco teórico del proyecto.

Se realizó también un diario de campo el cual mostró, la descripción analítica reflexiva y observacional de cada uno de los procesos, actividades y pasos que seguimos durante la realización del trabajo de campo de la investigación.

Además del análisis cualitativo, se realizó en conjunto con los principales conceptos de la Adaptación de Roy, el yo físico y el yo personal en un proceso de transición para describir y dar un enfoque propio de esta investigación.

RESULTADOS

Características básicas de la población de estudio.

Las informantes fueron nueve mujeres usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, que presentan o presentaron cáncer de mama. El promedio de la edad fue de 47 años, con un máximo de 62 y un mínimo de 42 años. Todas las participantes residen en el estado de Aguascalientes y originarias del mismo. De las cuales cuatro de ellas son solteras, dos viudas, dos casadas y una vive en unión libre. El número de embarazos

promedio fue de 2 con un máximo de siete y un mínimo de cero, con una moda uno, el promedio del número de hijos fue de 1 con un máximo de tres y un mínimo de cero, con una bimodal de tres y dos.
Se identificó la mutualidad requerida para la adaptación, descrita como un proceso, que puede cambiar de un modo de ser o estar, a otro distinto, a lo cual llamamos transición, dentro del estudio se utilizó la unidad de tiempo para identificar la transición, en este caso se describe el periodo *después del tratamiento, tratamiento final o término del mismo:* Periodo de vida durante la etapa final del tratamiento o al término total del mismo (mastectomía).
La información y los datos más significativos de las mujeres informantes que participaron en las entrevistas fueron vistas desde las dos dimensiones del modo de adaptación, autoconcepto (Yo físico y Yo Persona), descritas en la teoría de la Adaptación de Callista Roy.

Post al tratamiento final o término del mismo:
Con el objetivo de entender y visualizar con más claridad el tipo de población que participó en la investigación se recurrió a identificar algunas características sociodemográficas las cuales permitieron una mejor interpretación de los hallazgos encontrados.
La confidencialidad de los resultados obtenidos nos permite únicamente mostrar iniciales de los nombres de las participantes informadoras, esto con la finalidad de proteger su identidad e identificar rápidamente de quien se está hablando.
Adaptación de mujeres supervivientes al cáncer de mama, después del tratamiento de mastectomía.
Yo físico
En este estudio, todas las participantes fueron sometidas a la intervención quirúrgica (mastectomía), parcial o total, además del sometimiento al tratamiento. En los relatos de que la perdida de una parte del cuerpo es experimentada como un daño a la autoimagen y, así, repercute en la condición psíquica de la persona, activando un proceso de duelo, como en seguida se evidencia:

(EGL) "…Lo más difícil, pues yo creo que el darme cuenta de cuando pierdes algo de tu ser de tu cuerpo que no estás completa…"

(CLH) "… No me quiero ver pelona…"

(AAP) "…Lo de mayor impacto fue mi pelo…"

Siendo evidente que para muchas, quedarse sin cabello y observase ante este cambio, les causo un gran conflicto de aceptación, sobreponiéndose la negación y la no adaptación ante esta imagen y sensación corporal, mientras tanto solo una de las participantes exterioriza adaptación en los cambios físicos posteriores al tratamiento:

(YPG) "…Me decidí a andar sin turbante, sin nada en la cabeza, entonces literalmente iba yo, literalmente de a coco, entonces este sí, toda la gente voltea y te ve, porque pues una mujer pelona, entonces llegue con mi solicitud, y voltea la chava y me dice, que bien te ves, felicidades y ya le sonreí le dije, gracias…"

Yo personal
La posibilidad de no estar viva y estar con la familia fue de los relatos más sobresalientes de las pacientes, el no conseguir desempeñar adecuadamente su papel de madre y esposa en la mayoría de los casos sugiere ansiedad frente a la posibilidad de formar uno de los pilares de sustento de la identidad femenina:

(AOP) "… Yo no me voy a quedar a medio camino, por mi familia voy a salir adelante, entonces pues sí, mi familia en sí, todas la personas que me apoyan por que vale la pena…"

(EGL) "…estamos en un proceso y a mí me ha pegado mucho el que no esté mi madre a mi lado para mí era mi pilar…"

Es diversa la forma en que las mujeres externan la situación y estado en que se encuentran hasta el momento de la entrevista, después de haber sobrellevado y afrontado esta lucha de supervivencia, sin embargo para la mayoría fue un cambio transicional paulatino, caracterizado por esperanza, positivismo, fortaleza, superación, solidaridad y una forma activa de trascender, descrito por varias participantes de la siguiente manera:

(LEU) "… Ya cuando terminas vas agarrando fuerza y llevas una vida normal…"

(CLH) "… Son momentos muy difíciles pero que siempre va saliendo uno poco a poco…"

(ED) "… Voy a hacer todo lo que no hice este tiempo, adelante, adelante siempre…"

(AOP) "…Mi vida cambio cuando empecé a valorar más la vida, la verdad porque lo que antes no veía a hora es muy diferente, le cambia a uno la vida y le da uno más importancia pues a todo a todo lo que antes a lo mejor pasaba desapercibido…""… Yo no me voy a quedar a medio camino por mi familia voy a salir adelante entonces pues si mi familia en si todas la personas que me apoyan por que vale la pena… "

(YPG) "…Después de todo esto dije bueno, vivir tratar de, a mí me gusta viajar, y entonces, digo aunque sea aquí mínimo, conocer y conocer más gente, eso a mí me gusta entonces, eso, digo no me quiero estresar, si puedo conocer más gente, eso también te hace conocer el mundo, ósea viajar aunque sea en la imaginación y ayudar si puedes ayudar a alguien…"

DISCUSIÓN

Después de haber sobrellevado y afrontado una lucha de supervivencia, para la mayoría fue un cambio transicional paulatino, caracterizado por esperanza, positivismo, fortaleza, superación, solidaridad y una forma activa de trascender, descrito por varias participantes de la siguiente manera:

(LEU) "… Ya cuando terminas vas agarrando fuerza y llevas una vida normal…"

(CLH) "… Son momentos muy difíciles pero que siempre va saliendo uno poco a poco…"

(ED) "… *Voy a hacer todo lo que no hice este tiempo, adelante, adelante siempre…"*

Pocino *et al.* (2007) señalan que el diagnóstico de cáncer y su progresión, genera altos niveles de estrés que se acompañan en algunos casos con alteraciones psicológicas como trastornos del estado de ánimo y ansiedad, lo que puede corroborar esos hallazgos referidos y ocasionados por alteraciones de la imagen y sensación corporal con algunos extractos mencionados por algunas participantes de nuestra investigación en el pre, trans y post respectivamente:

(EMB) "… Para mí fue un golpazo tremendo…"

(AOP) "…Hay momentos en que se cae uno, y dices: es que ya no voy a ser una persona normal, ya no voy a hacer una persona completa…"

En el estudio de Mesquita *et al.* (2007), se analizaron la interacción y respuesta dada entre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama de las mujeres estudiadas y los familiares de las mismas, de lo que resultó que el miedo fue un sentimiento significativamente presente en los familiares. Lo anterior tiene relación con expresiones dadas por las mujeres participantes de nuestro estudio, en los tres periodos de tiempo clasificados dentro de la dimensión Yo personal en el ámbito Yo moral, ético y espiritual, donde se involucran las relaciones, principalmente la familia y se exteriorizan situaciones que tienen relación y similitud a las presentadas por el autor anteriormente mencionado,

reflejando el miedo experimentado, como ejemplo podemos mencionar los siguientes relatos:

> *(ED) "… Creía yo que nunca lo iba a padecer…" "…Pensé en mis hijos más que en mis esposo, en mis hijos porque los veía chicos…"*
>
> *(EMB) "… Mis hijos también se doblaron junto conmigo ellos estaban más débiles yo creo que yo…"*

Ya hablando específicamente del afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento, y con ello todas las alteraciones que conllevan y desencadenan, algunos autores Da Silva, Dos santos (2012) describen respuestas de las mujeres ante la alteración de su imagen corporal, resultado para la mayoría, la existencia del cabello para sentir seguridad, aceptación de su imagen y ese sentir esencial de mujer que refleja feminidad para muchas.

CONCLUSIONES

El modo de adaptación es único e individual para cada persona. Se logró describir la transición vivida a partir del diagnóstico de Cáncer de Mama en las mujeres, identificando la capacidad de adaptación de cada una de las mujeres a partir de los cambios y situaciones presentadas en su vida, previo, durante y posterior al proceso de la enfermedad identificándolo como una lucha de supervivencia.

Actualmente existe poca producción literaria con enfoque cualitativo que describa las experiencias, sensaciones y cambios transicionales de las mujeres ante el cáncer de mama, se hace mayor referencia al análisis cuantitativo de alteraciones psicológicas; niveles de depresión, ansiedad y estrés, mencionan Pocino et al. (2007), Juárez (2009), Hueso, (2006) que podríamos clasificar dentro de nuestra investigación como factores que afectan en la interacción de los elementos que contribuyen a la adaptación, y los niveles de apoyo social, optimismo y salud (Lafaurie et al., 2011), como factores que promueven la adaptación de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

Da Silva G., Dos Santos M.A. (2010). Factores Estresantes post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(4).

Gutiérrez, M. del C. (2007). Adaptación y Cuidado en el ser Humano una visión de Enfermería. Colombia.

Hueso M C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. Index Enferm, 55:49-53

Juárez García DM. (2009). Variables Psicosociales y Salud en Mujeres con CaMa. Septiembre 6(2) pág.79-88

Lafaurie M. Choachi J. Gómez J. A., *et al. (2011).* Mujeres con Cáncer de seno: experiencias y significados. Revista Colombiana de Enfermería. Vol. 7. Pág. 13-20.

Marco E. (2008). Oncología y Hematología, Enfermedades neoplásicas, Cáncer de mama. Harrison, Principios de Medicina Interna.

Mate R. (2006). La cirugía reconstructiva disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Ponencias al II Congreso Nacional de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica, Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica. Mayo 10-12; Málaga, España

Mesquita M. Magalhaes de Silva R. De Almeida A. *et al.* (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. REv. Enf Glob. pág 1-10, Vol 10.

Pocino M. Luna G. Canelones P., *et al.* (2007). La Relevancia de la intervención Psicosocial en pacientes con CaMa; 4(1) pág. 59-73.

Whetsell M. Frederickson K. Aguilera P., *et al*. (2005). Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Bogotá: Revista Arquichan 2005; 5 (1): 74.

APORTACIONES DE LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA A LA SALUD DE LOS UNIVERSITARIOS. EL MODELO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

Balbuena Ramírez María Francisca
Universidad Autónoma Metropolitana
Miranda Galarza Reyna
Universidad Autónoma Metropolitana
Polo Gil Víctor Manuel
Universidad Autónoma Metropolitana
Ceciliano Morales Rosalinda
Universidad Autónoma Metropolitana
Vera Manjarrez Juan Carlos
Universidad Autónoma Metropolitana
Cruz Martínez Honoria
Universidad Autónoma Metropolitana

Resumen

Los Estudiantes de la UAM no están exentos de la problemática social en que está inmerso nuestro país en la que se acentúa cada vez más la violencia familiar, social, escolar, así como la falta de expectativas de logros laborales y económicos, por lo tanto consideramos que se ha incrementado en la población estudiantil la necesidad de ser escuchado y orientado en la solución de sus problemas, personales, familiares o de pareja, es por ello que en este trabajo resaltamos la importancia del aporte de la Orientación Educativa, a través de acciones preventivas y apoyo psicológico en la consolidación de la UAM-Xochimilco como una Universidad Promotora de la Salud y diseñamos un modelo de apoyo individual que propicia la realización de acciones en lo grupal y colectivo para tratar de evitar la deserción estudiantil o el avance de problemas académicos.

Palabras clave: Counseling, sistema modular, visión crítica, identificación de necesidades, entrevista abierta, psicopedagógico, vocacional, apoyo psicológico, prevención, intervención en crisis, escucha pertinente, CASIC.

Abstract

Students of the Autonomous Metropolitan University (UAM) are not exempted of the social problems in which our country is immersed, where domestic, social and scholar violence is emphasized even more and the lack of expectations of work and economic achievements. Therefore, it is considered that the need of the student population to be heard and oriented in solving their personal, familiar or relationship problems has increased. That is why in this paper we emphasize the importance of the contribution of Educational Guidance through preventive actions and psychological support, in the consolidation of the UAM-Xochimilco as a University that promotes health and designs a model of individual support that encourages the implementation of group and collective actions to try to prevent drop or the progression of academic problems.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es resaltar la importancia del aporte de la Orientación Educativa, a través de acciones preventivas y apoyo psicológico en la consolidación de la UAM Xochimilco como una Universidad Promotora de Salud y con un modelo de intervención que permite acciones en lo individual, grupal y colectivo.

La Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco desde sus inicios propició la creación de una Sección de Orientación en la cual los alumnos encontraran respuestas a sus demandas personales, educativas, de salud, familiares y sociales, se ha trabajado con un modelo de orientación que se complementa en dos aspectos, por un lado el apoyo psicológico y derivado de esto programas colectivos de tipo preventivo.

Los que trabajamos en la Sección somos un grupo de psicólogos con especialidad en áreas diferentes que nos permite atender a la comunidad universitaria y especialmente a los alumnos con aquellos obstáculos que interfieren en su formación Académica por situaciones de tipo personal, vocacional, pedagógica, escolar, laboral o sociofamiliar.

En lo psicopedagógico se atienden en cuestiones de organización del tiempo, trabajo en equipo, habilidad para exponer frente a grupo, habilidad para comprender textos, estrategias de aprendizaje, atención concentración y memoria en el estudio, falta de motivación para el estudio; En lo académico apoyamos en trabajos de investigación, reprobación, adaptación al sistema Modular y en quinta oportunidad; En lo vocacional por situaciones de indecisión o dudas de la carrera que cursan, cambios de carrera; En lo profesional por dudas de cómo buscar trabajo, entrevista laboral, elaboración de currículo, dificultades para identificar el campo laboral y la práctica profesional, capacitación y profesionalización; y en el campo psicológico-emocional conflictos familiares, estrés, depresión, ansiedad, violencia de género, acoso sexual, y consumo de sustancias.

METODOLOGÍA

El modelo con el que trabajamos se ha ido construyendo a lo largo de dos décadas, ha evolucionado, como todos los modelos de otras universidades, ha transitado de la orientación vocacional a la orientación educativa con las particularidades propias de la UAM. Apoyándonos en los postulados de Bisquerra (1992:11) el Modelo sigue una fundamentación teórica, análisis de contexto, identificación de necesidades, objetivos y ejecución de un programa de intervención. Según Bisquerra y Álvarez González (1998), los modelos de orientación son una “representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención en Orientación”. Lo anterior indica que la función de un modelo es ser la guía de intervención por lo que se basa en la realidad y es sustentado por un marco teórico.

La fundamentación teórica se realiza tomando en cuenta varios modelos de intervención como el Counseling de Carl Rogers(1942), quien realizó un cambio importante en el trabajo que hasta ese momento habían estado realizando los orientadores que consistía en hacer “diagnósticos y pronósticos apoyados en pruebas psicométricas”, esta forma de trabajar de los orientadores los colocaba en un sitio privilegiado y directivo evitando de esta forma que el orientado tomara un papel activo y utilizara sus propios recursos para identificar la problemática. En contraste Roger proponía otra forma de intervención que consistía en dignificar a la persona como “libre, responsable y capaz percibir sus problemas y tomar decisiones por **sí mismo** para resolverlos.” (Ríos Condado: 2012). Para el trabajo de intervención en crisis tomamos el modelo de Manual de Intervención en Crisis de Karl A. Slaikeu (1996:174-176)

Para el análisis de contexto se tomó en cuenta la formación de los alumnos en un modelo académico innovador llamado modular, en el que el alumno es coparticipe de su propio aprendizaje en el que adquiere herramientas científicas de intervención en problemas que aquejan a la sociedad. En este modelo académico el alumno desarrolla una visión crítica

de sí mismo y de su entorno lo cual le proporciona capacidad de reflexión, seguridad y liderazgo.

La identificación de necesidades se realiza de forma diferente a la encuesta o cuestionario y la hacemos de la siguiente forma:

1.- El alumno se presenta en la Sección de Orientación Educativa y llena una solicitud en la que anota sus datos personales como la fecha, nombre, matrícula, carrera y el motivo de la orientación y es asignada a un orientador.

2.- El orientador recibe al alumno y realiza una entrevista abierta la cual "reside en una flexibilidad suficiente como para permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular" Bleger" (1964:10), este tipo de entrevista posibilita que el orientador conozca de forma profunda aspectos importantes, tanto de la personalidad del orientado como del motivo de la orientación.

3.- El motivo de la orientación puede ser, psicopedagógico, vocacional, o de apoyo psicológico, en cualquiera de los casos se procede a la identificación del contexto del problema y se le proporciona una atención personalizada en sesiones necesarias, como máximo 10 en las cuales el orientador explora el motivo.

Si la demandas, es psicopedagógica, vocacional, educativa, o laboral canalizamos a diversos talleres que tiene la Sección de Orientación Educativa para esas demandas. Si se trata de intervención en crisis la atención es personalizada apoyando al alumno en los momentos de mayor tensión con una escucha pertinente y adecuada en el que le hacemos saber que no está solo, que lo estamos acompañando y estaremos por 10 sesiones mientras se elabora el evento frustrante funcionando este apoyo como prevención de problemas de importancia posteriores, el trabajo se realiza a través de las 10 sesiones valorando la conducta mediante un perfil de 5 áreas CASIC(Slaikeu 1996)

a.- Conductual. Trabajo, juego, ejercicio, dieta, sueño, uso de drogas, alcohol, tabaco, actos suicidas, homicidas, agresión, excesos, carencias y fortalezas.

b.- Afectiva.- Valorar la congruencia de los sentimientos.

c.- Somático. Angustia que exacerba los problemas físicos.

d.- Interpersonal. Cantidad y calidad de sus relaciones, cómo resuelve conflictos.

e.- Representaciones mentales, pensamientos irracionales, sueños diurnos, nocturnos, fantasías.

El orientador propiciará, desde el marco teórico que maneje, que el orientado, mediante un proceso reflexivo, encuentre alternativas de solución a través del análisis de sus recursos personales, habilidades sociales, afectivas y cognoscitivas.

4.- La información que se obtiene del producto de la escucha individual o colectiva por trimestre, se analiza en una base de datos y se agrupa por temas. Estos temas son la base del trabajo preventivo colectivo y grupal que realizamos cada trimestre con la comunidad universitaria.

La forma en que se trabajan estos temas son mediante un ciclo denominado "Cuerpos que importan" que se realiza trimestralmente en lugares abiertos con modalidad de Feria a la que se invita a instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales especializados en los temas de violencia, adicciones, sexualidad, género, etc las cuales brindan a los estudiantes información sobre sus servicios.

Dentro de la Feria, también se ofrecen, conferencias, mesas de debate, teatro, cuentos y juegos lúdicos al aire libre a fin de que el alumno obtenga información del tema de que se trate por varias vías. La elección del tema se realiza mediante el análisis de las necesidades de orientación de los alumnos en el trimestre anterior. Se eligió la modalidad al aire libre debido a la apatía y constante ausencia de los alumnos a los espacios cerrados.

Estos ciclos se consolidan en 2010 con el Programa de Universidad Saludable propuesto por un grupo de académicos de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la

UAM- Xochimilco, los cuales, en 1990, atendieron el llamado de la OMS a fin de que la Universidad Autónoma Metropolitana se definiera como una Universidad promotora de la Salud con capacidad de integrar ésta, a la cultura universitaria con ambientes y actitudes sanas para la vida, el trabajo y el estudio y se organizó en 5 áreas como nutrición y salud, salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de adicciones, salud bucal, actividad física y deporte.
En lo grupal, también atendemos situaciones problemáticas de la comunidad derivadas de la observación de los profesores directamente en el aula y que tienen que ver con el desarrollo integral de los estudiantes.

CONCLUSIONES
La permanencia y conclusión de estudios es un adecuado indicador de la vida de una Institución de Educación Superior, sin embargo favorecer un entorno saludable, posibilita que el logro académico se vea acompañado de logros en otros aspectos de la vida. No solo formamos profesionistas ante todo formamos personas que trabajan con personas.
La Orientación Educativa es un proceso de apoyo continúo a todas las personas a lo largo de toda la vida, esto implica un compromiso de largo aliento, el trabajo cercano con los alumnos, hoy por hoy sabemos de la importancia de la salud mental y su impacto en los diferentes contextos en que participamos.
La salud no es solo la vacuna o la distribución de condones, en la medida que una comunidad se apropia de los recursos que le permitan alcanzar sus objetivos por medio del tránsito de espacios de diálogo e interacción, se reconocen parte de una sinergia que favorezca no solo su crecimiento personal sino el grupal y comunitario.

DISCUSIÓN
Reconocemos la importancia de que los promotores de salud participen en procesos que permitan reflexionar sus objetivos y reconocer sus limitantes, por tanto los integrantes del área de orientación educativa de la UAM X participamos de un proceso de reflexión continua, en el encuadre del Grupo reflexivo.
Dicho espacio ha posibilitado al orientador reconocer algunos aspectos que en su diario caminar habían sido ignorados ya por la premura de los tiempos o por la costumbre de sentirse ajenos de los grandes procesos institucionales.
Más allá de ser solamente un espacio o una asignatura en el mapa académico y administrativo de las universidades, el orientador forma y conforma la vida institucional y personal de sus integrantes, tiene contacto directo con los afectos y la vida íntima de sus participantes, por tanto posee un gran potencial que valga la redundancia pueda ser orientado a objetivos de mayor calado.
En nuestro caso reconocer las características de la comunidad nos permite ofrecer opciones en un mayor ámbito de posibilidades, mejor dirigidas y un reconocimiento indiscutible a nuestra participación en la construcción de modelos promotores de salud con la concurrencia indispensable de otras instancias que también realizan acciones en este sentido

BIBLIOGRAFÍA
Arbesú, M.I y Berruecos L. El sistema modular en la Universidad Autónoma Metropolitana, UAM-Xochimilco, México. 1996

Bisquerra, R. (Coord) Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica. Barcelona: Praxis. 1998

Bisquerra, R. Orientación Psicopedagógica para la prevención y el desarrollo, Edit. Boixareu Universitaria, Barcelona, España. 1992

Bleger, José. Temas de Psicología (Entrevista y Grupo). Edit. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina. 1964

Bohoslavsky, R. La Orientación Vocacional. La estrategia clínica. Buenos Aires, Argentina. Edit. Nueva Visión. 1979

Fresan O. Magdalena, Et. al. Percepciones acerca de la Vigencia y Pertinencia de un Modelo de Educación Alternativo (Sistema Modular) Estudio exploratorio. Documento, Revista de Educación Superior No. 111. http//publicaciones.anuies.mx

Ríos Condado, T. Modelo de Asesoría Personalizada. Universidad Nacional Autónoma de México, DGOSE. 2012

Rogers, C.R. (1942) Counseling and Psichotherapy. Boston

Slaikeu, K.A. Intervención en Crisis. Manual para la Práctica e Investigación. Manual Moderno. México. 2ª. Edición. 2000

ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Dra. Gutiérrez Gómez Carolina (1), Dra. Castro Castañeda Hossana (2), Dr. Rodríguez Castellanos Rafael (2), Dra. Guillén Salomón Edith (3)
(1) Residente Medicina Familiar segundo año. (2) Médico Familiar. (3) Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF 61
Unidad de Medicina Familiar No. 61 IMSS Veracruz, Ver. México.

RESUMEN
Objetivo. Determinar la asociación de la violencia de pareja en el noviazgo en el joven con disfunción en la familia de origen.
Metodología. Mediante una encuesta transversal analítica, Se aplicó a los Derechohabientes Universitarios, entre 19 y 24 años de edad con antecedentes de relación de noviazgo de por lo menos 2 meses de evolución y que acudieron a Consulta Externa, se recolectaron variables socio-demográficas, el cuestionario violencia en el noviazgo de la versión modificada del Confilctis Tates Scaley que tiene una confiabilidad Alpha de 0.65 – 0.70 y el APGAR para conocer la funcionalidad familiar; con confiabilidad Alpha mayor a 0.80, con una muestra probabilística de 194 y muestreo por conveniencia y analizados con Chi cuadrada, OR e IC 95% y significancia de $p<0.05$.
Resultados. Se realizaron 194 encuestas, con edad de 22 ± 2 años, evolución del noviazgo de 19 meses promedio. Los dominios que respondieron en familias disfuncionales fue: argumentación 71% (22) con OR de 2 (IC 95% 0.88 – 4.67) y $p < 0.93$; con violencia verbal/ psicológica 84% (26) con OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y $p < 0.005$, de la conducta del novio (a) fue: con violencia verbal/psicológica 84% (26) OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y $p < 0.000$. El 16% manifestó disfunción familiar y el 84% no mostró una violencia de los padres de la familia de origen.

Conclusión. Encontramos que existe asociación de la violencia de pareja con la disfunción familiar, en violencia psicológica y violencia física leve la violencia de pareja con disfunción familiar en violencia psicológica y violencia física leve.

Palabras claves. Violencia de pareja-Disfunción familiar-Cuestionario M-CTS

ABSTRACT
Target. To determine the association of partner violence in dating in dysfunction young family of origin.
Methodology. Using an analytical cross-sectional survey, was applied to the Beneficiaries University, between 19 and 24 years old with a history of dating relationship of at least 2 months old and attending outpatient, socio-demographic variables were collected, the questionnaire was applied of dating violence Confilctis Tates Scaley modified version with Alpha reliability than 0.65 – 0.70, the APGAR for family functioning, with Alpha reliability greater than 0.80, with a probability sample of 194 and convenience sampling and analyzed with Chi square, OR and 95% CI and significance of p <0.05.
Results. 194 surveys were conducted, with age 22 ± 2 years, evolution of courtship of 19 months on average. Domains that dysfunctional families responded was: argument 71% (22) 2 OR (95% CI 0.88 - 4.67) p <0.93, with verbal / psychological 84% (26) with an OR of 5.6 (95% 2 - 15.5) p <0.005, for the conduct of the groom (a) was, violently verbal / psychological 84% (26) OR of 5.6 (95% 2 - 15.5) p <0.000. The 16% said family dysfunction and 84% showed no violence from the parents of the family of origin.
Conclusion. It was found partner violence associated with family dysfunction psychological and minor physical violence.
Keywords. Partner violence-family Dysfunction Questionnaire M-CTS

INTRODUCCIÓN

Al ser la familia uno de los agentes de la reproducción social es también uno de los principales generadores de conductas interpersonales a nivel social entre sus miembros. Y la calidad de aprendizaje que se dé en este ámbito va a repercutir en las futuras generaciones familiares ya sea de manera positiva o negativa. Frecuentemente, los maridos agresores han experimentado en su familia de origen, como víctimas o testigos, este tipo de modalidades vinculares. Este desplazamiento aprendido se denomina “transmisión generacional”. La violencia de la pareja ha traspasado las fronteras de lo privado para caer en lo público y con esto poder estudiar y enfocar más el problema, donde uno de los responsables es el Médico Familiar por ser el de primer contacto con la familia; desde esta perspectiva, la violencia de la pareja ocasiona daño psicológico y físico además de que dejara secuelas y desarrollaran una mala calidad de vida.

Algunas encuestas señalan la presencia de violencia de pareja hasta en un 70% a nivel internacional; siendo la principal víctima la mujer; otros en nuestro país señalan desde un 15% de los jóvenes mexicanos entre 15 y 24 años que han sufrido de violencia sobre todo física.

Así, desde la década de los setentas, se inició una serie de investigaciones de incidencia en la pareja, que se observó como punto de partida su inicio en la etapa previa a la vida matrimonial e invitando a explorar la realidad prematrimonial en jóvenes. Con ello se ha observado la asociación de que en la familia de origen de la joven pareja con violencia, una modalidad relacional cercenadora de la autonomía, ya que los miembros de su familia interactúan rígidamente, esto es solo en términos de funciones con relación a otro y sin posibilidad de recortar su propia identidad. De manera que son e interactúan como el sistema les impuso ser y permanecen inmovilizados en sus lugares. Se puede considerar que existen en cada pareja dos realidades emocionales: la que es producto de la historia de aprendizaje del varón y la que es propia de la mujer. Las diferencias entre ambas perspectivas será el termómetro que marcará los posibles conflictos en la relación de

pareja, derivados de las diferentes conceptualizaciones o significados psicológicos que cada integrante pueda tener de las experiencias vividas. Las diferentes maneras de interpretar el entorno por parte de cada integrante de una pareja y actuar en consecuencia tienen relación con los estilos de crianza a los cuales fueron sometidos, ya sea mediante una férrea disciplina o una comprensión empática, indiferencia o cariño, y ambos pueden tener profundas consecuencias en su vida emocional y, por consiguiente, en sus relaciones posteriores.

Por otra parte se define como familia sana o funcional aquella que desempeña adecuadamente sus funciones ante la dinámica de cambios y disfuncional aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno. Este equilibrio puede alterarse ante crisis para-normativas como, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican su dinámica, donde la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar.

Chui y Menesini, mencionaron que se considera un factor de riesgo asociado a la violencia el tener un solo progenitor en la familia, ya que, desde su perspectiva, ésta no favorece el adecuado reforzamiento de la autoestima ni la adaptación interpersonal y que además no logren reforzar los valores, disciplinas y normas en la familia.

Para lograr valorar la funcionalidad familiar se creó un cuestionario que valora cinco componentes para que la función familiar pudiera ser medida y son: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Que se valoran a través de cinco preguntas mediante el cuestionario denominado APGAR FAMILIAR, se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar, con una confiabilidad ALPHA de 0.80

Por otra parte, la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS), realizada originalmente por Strauss en 1979, es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la detección de comportamientos violentos de carácter verbal y físico en las relaciones de noviazgo en jóvenes y adolescentes, y con una confiabilidad de 0.65 a 0.70 en un análisis multifactorial confirmatorio; los resultados obtenidos en estudios avalan el uso del M-CTS como un instrumento de auto-informe especialmente útil en la investigación del uso de la violencia en las relaciones de noviazgo y pareja, tanto en aquel miembro que usa la agresión como de aquel otro que la recibe.

MATERIAL Y METODOS

Se aplicó una encuesta transversal a los Derechohabientes Universitarios entre 19 y 24 años de edad con antecedentes de relación de noviazgo de por lo menos 2 meses de evolución y que acudieron a Consulta Externa de la UMF 61 del IMSS ubicada en la ciudad de Veracruz, Ver. Previa aprobación de la investigación por el Comité de Salud en la UMF 61 de Veracruz, Ver.

Con inclusión de Derechohabientes que cursaran en la Universidad que acudían a la UMF 61 a Consulta Externa; que presentaran una relación de noviazgo igual o mayor a dos meses, edad de 19 a 24 años y que pertenecieran a un núcleo familiar. De exclusión que tuvieran hijos, o que se hallaran casados o en unión libre. De eliminación los cuestionarios incompletos.

Y previa firma de consentimiento informado de los participantes, se inició con la recolección de las variables socio demográficas, de ahí la violencia en el noviazgo de la versión modificada del Confilctis Tates Scale (MCTS) y el APGAR para conocer la funcionalidad familiar, previa explicación, así, se les invitó a participar en las entrevistas con los cuestionarios auto administrados; ambos con validación de consenso y de confiabilidad aceptable, y que consistieron en lo siguiente:

El cuestionario Conflct States Scale que presenta una confiabilidad Alpha de 0.65 a 0.70; consta de 18 ítems bidireccionales para el agresor y para la víctima con formato de respuesta tipo Likert, cuya estructura factorial y propiedades psicométricas ha sido demostrada en diversas muestras clínicas, comunitarias y de estudiantes universitarios. Consiste en los siguientes ítems:

a) Razonamiento/argumentación; ítems: 1, 2, 3.
b) Agresión verbal/psicológica; 4, 5, 6, 7, 8.
c) Agresión física leve; ítems: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
d) Agresión física severa; ítems: 16, 17, 18. (Validación, 19).

Se hizo un punto de corte para definir con violencia o sin violencia de la pareja, de acuerdo a la confiabilidad de los datos previa prueba Alpha. Así, se formaron dos grupos en los sujetos con disfunción familiar para buscar asociaciones con la Violencia de pareja, en los dominios del cuestionario de: Argumentación, Agresión Verbal/psicológica, Agresión física/leve y Agresión física grave; donde se obtuvo dos grupos de respuestas: el que respondió y su pareja.

El APGAR familiar es un cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación; consto de 5 preguntas que se correspondían con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutiva, cuya interpretación es:

Normo funcionales de 7 - 10 puntos.
Disfunción leve de 4 - 6 puntos.
Disfunción grave de 0 - 3 puntos.

Se formaran dos grupos de comparación uno con violencia en el noviazgo y otro sin violencia en el noviazgo para comparar su dinámica familiar; la cual se transformó en dicotómica para la búsqueda de asociaciones.

El muestreo fue determinado de manera no probabilístico, tomando sujeto de estudio conforme llegaban a la consulta externa de ambos turnos. La muestra se calculó en base a estudio transversal y calculado con el programa Epi-Info que fue de 194.

El análisis estadístico se obtuvo mediante frecuencias con números absolutos y relativos para variables categóricas; medias y desviación de estándar, análisis inferencial para la búsqueda de asociaciones mediante Chi cuadrada con corrección de Yates y OR en variables nominales con una estimación del IC al 95% de $p< 0.05$.

RESULTADOS

Se realizaron 194 encuestas, la edad media de los pacientes de estudio fue de 22 ± 2 años, con una evolución del noviazgo de 19 meses promedio. En cuanto al género se mostró que el femenino con 62% (119), la escolaridad que cursaba fue de 57% (110) del quinto grado de licenciatura; la escolaridad de los padres se observó del 32% (62) que cursaban con licenciatura.

La familia de la población del estudio fueron de tipo nuclear 87% (168); los padres separados fueron 29% (55) y madre soltera fue 14% (26).

Con respecto a la evaluación de la violencia en la pareja en relación a la funcionalidad familiar de origen según el cuestionario M-CTS que presento una confiabilidad alta de 0.908 y de 0.900, como mínimo en todos sus ITEMS, se mostró en los dominios del que responde en familias disfuncionales la argumentación con 71% (22) con OR de 2 (IC 95% 0.88 – 4.67) y $p < 0.93$; la violencia verbal – psicológica: con violencia fueron 84% (26) con OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y $p < 0.005$

Así mismo con respecto a la violencia en la pareja en relación a disfunción familiar de la familia de origen de la conducta del novio (a) fue: en la violencia verbal – psicológica 84%

(26) con violencia y un OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y p < 0.000, la violencia física leve se presentó en 62% (19) con OR de 2.2 (IC 95% 1.0 – 3.5) y p < 0.037.
El 16% de los encuestados manifestó disfunción familiar y el 84% no mostró una violencia de los padres de la familia de origen.

CONCLUSION

Los sujetos con relación de noviazgo cuya familia es disfuncional, sufren cinco veces más riesgo de crear violencia verbal y/o psicológica tanto en el que respondió el cuestionario como en el novio (a); a estas observaciones se agrega además en el novio (a) de crear violencia física leve con riesgo de dos veces mayor; comparados con familia de origen funcional.

DISCUSION

En este estudio se realizaron 192 encuestas correspondientes a una muestra probabilística donde respondieron 62% del sexo femenino, y un promedio de edad de 22 años, donde el estudiante Universitario mostró una alta prevalencia de violencia de 60 a 80%; mucho mayor a la que menciona Makepeace en 1981, que fue el pionero en conducir una investigación sobre la naturaleza y prevalencia de las agresiones en el noviazgo, obteniendo que uno de cada cinco estudiantes universitarios habían experimentado agresiones físicas por parte de sus parejas. Lo cual se ha incrementado en nuestra sociedad, estudios como el de Fiebert y González, realizados con el objetivo de delimitar la edad de corte de mayor riesgo, encontraron que el inicio de las agresiones se situaba entre los 20 y 30 años. En este sentido, estos resultados indican que cualquier tipo de medida que se diseñe para la reducción y prevención del comportamiento agresivo es necesario tener en cuenta la diferenciación por sexo y edad de los sujetos, ya que en ambos casos la agresión puede manifestarse de forma estructuralmente diferente que en nuestro estudio se mostró en una edad comprendida de 17 a los 25 años, y concuerda con dichos autores. Sin embargo hay variaciones de las frecuencias de las violencias ya que algunos investigadores han mostrado que su magnitud varía en función de los diferentes estudios analizados; así pues, Roscoe y Callahan (1985) calculan su frecuencia en un 9%, de forma que otros autores obtienen tasas intermedias como el 21% (Stacy, Schandel, Flannery, Conlon y Milardo, 1994), el 35% (O'Keefe, Brackopp y Chef, 1986), el 38% (Arias, Samios, y O'Leary, 1987) o el 45% (Pederson y Thomas, 1992). Que sin embargo puede variar según la evolución del noviazgo, en otros estudios al analizar las respuestas emitidas por los jóvenes encuestados, se observó que 78% de ellos tenía un periodo de noviazgo de seis meses, aproximadamente, y el resto una relación más antigua; asimismo, sus afirmaciones se enfocaron a la opción que indicaba que algunas veces o siempre mostraban indicadores asociados a contextos de violencia en la relación de pareja. En relación a los factores evaluados de manera general en esta investigación, 56% de los encuestados manifestó que la autoestima era el aspecto que más podría influir para que ocurriera la violencia en el noviazgo, seguido de los factores de estilos de crianza (31%), social (29%) y finalmente el económico (26%); que en nuestra investigación se mostró un promedio del noviazgo de 16 meses, con 29% de padres separados con p<0.008, mostrando que uno de los factores que más se asocian a la relación de violencia en la familia de origen es la separación de los padres; aunque una de las debilidades de nuestro estudio es no investigar los estilos de crianza de los miembros de la pareja. Aunque la relación con la dinámica familiar de origen se mostró en esta grupo de pacientes con 84% sin ninguna disfunción familiar. Y el cuestionario M-CTS mostró tanto en las respuestas sobre la pareja como el que respondía asociaciones a la violencia verbal –psicológica y la violencia física leve en relación a la disfunción familiar, que es semejante a otros estudios que mostraron que las agresiones físicas leves y las

agresiones psicológicas son las que obtienen mayores prevalencias, los cuales recomendaron que por consiguiente, resulta pertinente realizar estudios epidemiológicos en el contexto de las relaciones de noviazgo y hacer visible la magnitud del problema y poder desarrollar investigaciones sobre sus causas y consecuencias en nuestro país. Así, Cascardi menciona en un artículo que se las agresiones psicológicas amplía sus diferentes tipos en conductas agresivas verbales, tácticas dominantes y tácticas celosas. En este sentido, la medición de estas variables ofrece una visión más amplia y ajustada a la población juvenil, tal y como se ha evidenciado repetidamente en la literatura se constata la consolidación de un patrón de agresiones psicológicas, que pueden producirse de manera simultánea y con una intensidad creciente.
Según Poy en la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo, realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud en 2007, en México, los resultados señalan que 15.5 % de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física, 75.8% ha sufrido agresiones psicológicas y 16.5 % ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual; dicho estudio destaca que la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las instituciones y por los propios jóvenes, lo que ocasiona la falta de apoyo institucional y familiar a las víctimas, similar a nuestro estudio que invita a realizar estudios de intervención sobre todo en relaciones más duraderas, y sobre todo tomar en cuenta la familia de origen de estas parejas cuyo riesgo de padecer esta violencia está asociada a la presencia de disfunción en la familia de origen.

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

1. Comisa: Violencia en el noviazgo
2. Título: Violencia en el noviazgo en estudiantes universitarios: evaluación de un taller educativo
3. Autores y afiliación: Irina Lazarevich; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920

Autores:
Lazarevich Irina, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Mora-Carrasco Fernando, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Irigoyen-Camacho María Esther, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Salinas-Ávila Jaqueline, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920

Resumen
Introducción: La violencia de noviazgo representa un problema importante de salud en adolescentes y adultos jóvenes no sólo por su alta prevalencia sino también por sus consecuencias negativas para el desarrollo individual y social. **Objetivos:** evaluar conocimientos y actitudes hacia la violencia de pareja, así como la efectividad del taller educativo impartido sobre el tema a estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco de la Ciudad de México.
Métodos: 111 participantes del taller y 102 alumnos que no asistieron al taller (grupo control) fueron evaluados aplicando el cuestionario de pre- y post-evaluación. Se

calcularon medias con desviaciones estándar. En ambos grupos, la comparación de pre- y post-evaluación se realizó mediante la prueba de Wilcoxon Sign-Rank. Las características sociodemográficas se asociaron con respuestas del cuestionario mediante la prueba MANOVA.
Resultados: Se observó una mejoría en conocimientos y actitudes relacionados con la violencia en el noviazgo en el grupo de intervención, pero no en el grupo control. La media en el test inicial fue 13.27 (SD=1.26) y en el post-test, 16.16 (SD=2.63); p<0.0001. La mejoría más significativa se observó en las preguntas que relacionan la violencia con el nivel educativo, empleo, problemas de salud mental y personalidad.
Conclusiones: Dado al efecto positivo del taller implementado**,** los programas educativos dirigidos a la prevención y a la reducción de la violencia son indispensables para la promoción de la comunicación efectiva. Esto indica también la necesidad de intervenciones dirigidas al manejo de la depresión, las emociones e impulsividad. Los programas a largo plazo incluidos al plan de estudios podrían ser más exitosos.
Palabras clave: violencia, educación para la salud, estudiantes, salud de la comunidad.
Abstract
Introduction: Dating violence represents an important health problem among adolescents and young adults not only because of its high prevalence but also because of its negative consequences for individual and social development. **Objectives:** to assess knowledge and attitudes toward dating violence; and to evaluate the effectiveness of the educational workshop on the topic among students Autonomous Metropolitan University-Xochimilco of Mexico City.
Methods: 111 participants of the workshop and 102 students that did not attend the workshop (a control group) were assessed applying the pre- and post-evaluation questionnaire. Means and standard deviations were calculated. In both groups, the comparison of pre- and post- evaluation was carried out using test of Wilcoxon Sign-Rank. MANOVA test was performed to associate socio-demographic characteristics with answers of the questionnaire.
Results: The improvement in knowledge and attitudes towards dating violence was observed in the intervention group, but not in the control group. The mean of the initial test was 13.27 (SD=1.26) and in the post-test 16.16 (SD=2.63); $p < 0.0001$. The most significant improvement was observed in the questions, which relate violence with educational level, employment, mental health problems and personality.
Conclusions: Given the positive effect of the implemented workshop, the educational programs aimed to the prevention and reduction of the violence are indispensable for the promotion of effective communication. This also indicates the necessity of interventions directed at management of depression, emotions and impulsivity. The ongoing programs included into the curriculum can be more successful.
Keywords: violence, health education, students, and community health.

Introducción

Problemas de conducta y de salud mental son muy comunes en adolescentes y adultos jóvenes. Entre ellos, la violencia en el noviazgo es particularmente importante no solo por su alta prevalencia sino también por sus consecuencias negativas sobre el desarrollo individual y social. La violencia en el noviazgo se puede definir como el intento de controlar o dominar a la pareja en forma física, sexual o psicológica causándole algún nivel de daño. El abuso psicológico es más frecuente en relaciones de noviazgo. Cabe señalar que en muchos casos, esta violencia no es percibida por las víctimas ni por los agresores, dado que se percibe como un componente normal de una relación íntima. Tomando en cuenta lo anterior, es importante educar a los adolescentes y adultos jóvenes

a reconocer diferentes formas de violencia, además de física y sexual, tales como el abuso verbal-emocional y amenazas que puedan llevar a actos más serios.
Estudios sobre la violencia en el noviazgo son relativamente recientes tanto a nivel internacional como nacional. Investigaciones previas se han centrado principalmente en violencia familiar y de género. Por lo tanto, a pesar de la relevancia de este problema, pocos estudios existen sobre las estrategias preventivos para violencia de noviazgo.
Con respecto a reportes sobre la prevalencia de violencia en el noviazgo a nivel mundial, de 9 a 40% de adolescentes reportaron haber sido abusados físicamente; de 1 a 13%, sexualmente; mientras que de 29 a 90%, psicológicamente al menos una vez por su pareja íntima.
Resultados similares fueron observados en México en la primera Encuesta Nacional sobre Violencia en Relaciones de Noviazgo, realizada en 2007, entre adolescentes y adultos jóvenes, en la Ciudad de México. La encuesta realizada en la Universidad Autónoma Metropolitana ha mostrado que 75% de participantes cometieron y sufrieron violencia verbal-emocional, seguida por abuso sexual (27%) y físico (14%), así como amenazas (16%). Tanto hombres como mujeres fueron involucrados en actos violentos. Además, la conducta violenta fue asociada con autoestima baja y síntomas de depresión y tenía mayor impacto negativo sobre las mujeres que hombres.
Adolescentes y adultos jóvenes están en riesgo a desarrollar estos problemas, por lo tanto, los programas preventivos y de intervención son importantes para este grupo de población. La violencia en el noviazgo suele presentarse en una etapa de transición que involucra la maduración psicológica, la formación de la personalidad y la construcción de la autoestima. En esta etapa se adquieren y se desarrollan patrones interpersonales de conducta que pueden repetirse en la etapa adulta.
Tomando lo anterior en consideración, los objetivos de este estudio fueron: (a) evaluar los conocimientos y las actitudes hacia la violencia en el noviazgo; (b) evaluar la efectividad de un taller educativo en estudiantes universitarios aplicando el cuestionario de pre- y post-evaluación.

Métodos

Un total de 232 estudiantes del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana participaron en el estudio. Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos: grupo de intervención (GI, 122 estudiantes que recibieron el taller de violencia en el noviazgo) y grupo control (GC, 110 estudiantes que no participaron en el taller), 9 estudiantes fueron excluidos del análisis por no completar el segundo cuestionario o ser mayores de 25 años.

Instrumento

Un instrumento con 18 preguntas fue desarrollado para evaluar la percepción y actitudes hacia la violencia, así como para evaluar la eficacia de la intervención educativa, con tres opciones de respuestas: estoy de acuerdo, no estoy seguro y estoy desacuerdo. La respuesta –no estoy seguro- fue considerada como incorrecta. Las respuestas correctas fueron sumadas, y medias de pre- y post evaluación fueron comparadas.

Procedimiento

El taller “Relaciones en el noviazgo en estudiantes universitarios” fue desarrollado con el fin de ayudar a los estudiantes reconocer el abuso psicológico y promover la construcción de relaciones más saludables. El mismo tutor condujo todas sesiones para evitar sesgos en el proceso de evaluación; los grupos fueron limitados a 14-16 participantes, y duración del taller fue de 4 horas.
El contenido del taller fue basado en siguientes componentes: información sobre conceptos básicos (prevalencia y consecuencias de la violencia, estereotipos erróneos); discusión de los resultados del censo universitario sobre prevalencia de la violencia en el noviazgo; finalmente, 5 estudios de casos fueron presentados. El último ejercicio fue

llevado a cabo en grupos pequeños y posteriormente discutido frente al grupo, guiado por el tutor. Los estudiantes tuvieron un papel activo, el tutor intervino lo menos posible en el último ejercicio.

Análisis estadístico

Medias y desviaciones estándar fueron calculados para las variables de interés. Estadística no-paramétrica fue aplicada para la muestra independiente (Mann Whitney test). La comparación de pre- y post-evaluación se realizó mediante la prueba de Wilcoxon Sign-Rank. Las características sociodemográficas se asociaron con respuestas del cuestionario mediante la prueba MANOVA.

Resultados

El grupo de intervención incluyó 111 estudiantes**,** 28 (25.2%) hombres y 83 (70.3%) mujeres, mientras que el grupo control- 102 estudiantes, 22 (21.4%) hombres y 80 (78.6%) mujeres. La media de edad fue 23.2 (SD= 4.8) y 23.3 (SD= 3.5) años, respectivamente. Respecto a la educación de los padres en ambos grupos, los padres tuvieron el nivel educativo más alto que las madres ($p < 0.0001$).

A pesar de que la mayoría de los participantes tuvieron las respuestas correctas en el cuestionario de pre-evaluación, los resultados mostraron que algunos de ellos no tuvieron conocimientos o actitudes apropiados hacia la violencia: 16.6% pensaron que es justificable responder con violencia a alguna agresión y que es normal sufrir algún grado de violencia en el noviazgo; 13.5% consideraron que la pareja necesita un líder; 12.6% que el amor verdadero involucre sufrimiento y 10.8% que la vida es completa y feliz solo cuando uno tiene pareja. De cuarta a tercera parte de los participantes no tuvieron conocimientos sobre la construcción de autoestima y desarrollo de personalidad (no relacionaron violencia, cometida o sufrida, con depresión, autoestima baja y características negativas de la personalidad). Finalmente, la mitad de los participantes no creyeron que la educación y el empleo femenino puedan ayudar a prevenir conducta violenta.

Se observó una mejoría en la percepción y actitudes hacia violencia: de 18 ítems del cuestionario, 13 respuestas (72.2%) tuvieron una diferencia significativa en el pre- y post-evaluación, la media de pre-evaluación fue de 13.27 (SD= 1.26), mientras que de post-evaluación de16.16 (SD= 2.63), $p<0.0001$. La mayor significancia se observó particularmente en las preguntas que relacionaron el nivel educativo y empleo de la mujer con la violencia, así como en aquellos que relacionaron problemas de la salud mental (depresión, baja autoestima y características negativas de la personalidad) con la violencia. Estos cambios no se observaron en el grupo control, $p=0.979$.

Cabe señalar que las mujeres mostraron mayor cambio en las respuestas que los hombres, $p=0.045$. Tomando en cuenta las características sociodemográficas, el mayor mejoramiento se observó en los estudiantes cuyas madres tuvieron el nivel medio educativo, $p=0.0113$ (preparatoria o técnico).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue examinar los conocimientos y actitudes hacia la violencia, así como evaluar la efectividad de una intervención educativa. Aunque más de la mitad de los participantes tuvieron las respuestas adecuadas, los resultados muestran que todavía entre 10 y 20% de ellos piensan que es justificable usar la violencia para solucionar los problemas, es normal sufrir algún grado de violencia en el noviazgo, la pareja necesita un líder, el amor verdadero involucra sufrimiento y que la vida es plena y feliz solo cuando uno tiene pareja. De cuarta a tercera parte de los participantes fueron confundidos respecto a la construcción de la autoestima y de la relación que existe entre las características de personalidad y la violencia cometida o sufrida. Además, la mitad de los participantes no creyeron que educación y empleo, especialmente en la mujer, podría

ayudar a prevenir conducta violenta. Estos datos podrían explicar alta prevalencia de violencia en el noviazgo, especialmente psicológica, entre personas jóvenes reportada tanto a nivel nacional como internacional. Los hallazgos del presente estudio particularmente coinciden con el censo realizado en nuestra universidad en estudiantes del primer grado, que ha mostrado una prevalencia alta (75%) de la violencia psicológica (probablemente aceptable en la relación de pareja).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede concluir que los jóvenes tienen estereotipos erróneos, además de no tener herramientas adecuadas para una comunicación efectiva y habilidades para resolver los problemas. Esto puede llevar a la percepción que la violencia es un medio eficaz para influir en su pareja. Así, los programas de prevención primaria no son solo importantes para evitar la violencia en las relaciones de noviazgo sino también para prevenir violencia familiar. Cabe señalar que según los datos de la literatura, violencia se asocia con conductas no saludables, tales como el abuso de sustancias, la actividad sexual temprana, intentos de suicidio o bajo rendimiento académico. Sin embargo, factores sociales y demográficos pueden moderar la respuesta individual, como señalan algunos autores.

El hallazgo más importante de este estudio fue que se observó un cambio positivo en las respuestas de los participantes después del taller educativo: la mayoría de los estudiantes, especialmente las mujeres, presentaron el puntaje más alto en la segunda evaluación, pero los hombres también participaron activamente en las discusiones del taller, reforzando sus conocimientos. Nuestros datos coinciden con otras observaciones de programas de intervención, que mostraron un mejoramiento significativo en estrategias de comunicación y resolución de los conflictos.

Sin embargo, en evaluaciones de programas preventivos, los más exitosos fueron aquellos incluidos en el plan de estudios. La comparación de los resultados entre distintos estudios resulta difícil debido a que las intervenciones fueron realizadas en diferentes grupos (poblaciones general o de riesgo) y con diferente número de sesiones.

En México, hay pocos trabajos al respecto. Para mencionar algunas de estos: se propuso un cuestionario para evaluar relaciones de noviazgo (Osorio Guzmán, 2014) y se publicaron datos sobre la violencia interpersonal entre adolescentes.

Para concluir cabe mencionar que el problema de salud y bienestar entre estudiantes universitarios es complejo y muchos aspectos no han recibido una atención suficiente, por lo tanto, en las instituciones educativas, los programas a largo plazo podrían ser más exitosos.

El involucramiento de la comunidad universitaria y la participación estudiantil en la educación para la salud es crucial. Además, las personas jóvenes, como especialistas futuros, pueden también ser promotores de la salud, es decir, de las relaciones más saludables.

VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD POR LA COMUNIDAD DOCENTE DE UN CENTRO ESCOLAR

Itziar Ferrad Basagoiti.
Escuelas San José - Jesuitas de Valencia (España)
Luisa Ruano Casado.
Departamento de Enfermería. Universitat de València. (España).
Mª Luisa Ballestar Tarín.
Departamento de Enfermería. Universitat de València. (España).

Georgina Contreras Landgrave.
Integrante del C.A. Biopsicología Salud y Sociedad. Licenciatura en Educación para la Salud. Universidad Autónoma del Estado de México.

RESUMEN

La educación y la salud están íntimamente unidas y el personal sanitario debería actuar como mediador para fomentar una "*educación sanitaria a través de escuelas, hogares, (…)"* según la Carta de Ottawa (1986). El objetivo de este trabajo es identificar los intereses, actividades y dificultades de la Educación para la salud en la escuela del personal docente de primaria y secundaria de un centro escolar. Se trata de un estudio cualitativo y para ello se han se han realizado 17 encuestas semiestructuras al personal docente y directivo de las Escuelas San José de Valencia durante el mes de junio de 2014.

En ellas el profesorado reconoce la importancia de la Educación para la Salud y su aplicación en los centros escolares, sin embargo no es prioritaria, sobre todo por falta de tiempo, conocimientos y materiales adaptados. Todos convienen en que un trabajo coordinado entre los tutores y el personal de salud, sería positivo y enriquecedor tanto en la elaboración de materiales como en la participación puntual en las aulas. La escuela debe ser por tanto, un pilar básico en la promoción de estilos de vida saludables, lo que justifica la figura del personal de salud, no solo en su papel asistencial si no como promotor de la salud.

Palabras clave: Educación, educación para la salud, salud escolar, enfermería escolar.

ABSTRACT

Education and health are interconnected, and the health care workers should act as intermediaries to encourage a "health-promoting education through schools and homes, (...)" according to the Ottawa Charter (1986). This work aims at identifying the interests, activities and challenges of the health-promoting education for the school teaching community of a primary and secondary school centre. This is a quality study 53ase don 17 half structured surveys of the teaching and managing staff from the *Escuelas San José* de Valencia during the month of June 2014.

At there, the faculty acknowledges the importance of health-promoting education and its implementation in school centres. However, it isn´t a priority, mostly because of a lack of time, knowledge and appropriate materials. They all agreed that a coordinated work between the teachers and the health care workers would be positive and rewarding, both regarding the materials' production and the timely participation in the classrooms. The schools should be so, the cornerstone in promoting healthy ways of life, which justifies the leading role of the health care workers, not only in helping the teachers in the process, but also in promoting health.

Key words: Education, Health Education, School Health, School Nurse.

1. INTRODUCCIÓN

La Carta de Ottawa (1986) emitida en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, remarca la necesidad de una "*educación sanitaria a través de las escuelas, hogares, lugares de trabajo y ámbitos comunitarios*" proponiendo al personal sanitario "*actuar como mediador*". La UEPS (Unión Internacional de Promoción de la Salud) promueve la salud escolar destacando la fuerte unión entre educación y salud: "*Las escuelas pueden contribuir en gran medida a la salud y el bienestar de sus alumnos. Esta afirmación se ve reconocida día tras día por muchas iniciativas internacionales impulsadas por las Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNESCO, los Centros de Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos (...)*"

Actualmente, en la Legislación Educativa en curso en España, se define la educación como "*un instrumento de mejora de la condición humana y la vida colectiva*" (LOE 2/2006. Preámbulo), señalando entre sus fines "*el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte*" (LOE 2/2006, Título Preliminar; Capítulo I). La LOMCE 8/2013, mantiene lo antes mencionado y añade en la Disposición adicional cuarta, la responsabilidad por parte de las Administraciones educativas, de adoptar medidas que "*garanticen un desarrollo adecuado para favorecer la vida activa, saludable y autónoma*", remarcando la importancia de la educación física y la dieta equilibrada. La Educación para la Salud cobra de este modo mayor importancia como área de trabajo pedagógico, siendo el profesorado el encargado de llevarlo a cabo en las escuelas.

El objetivo de este trabajo es identificar los intereses, actividades, dificultades y limitaciones de la Educación para la Salud en la escuela del personal docente de un centro escolar de la Ciudad de Valencia, España

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, tipo exploratorio, donde se utilizó la observación no sistemática. Se diseñó ad hoc para este estudio, una encuesta semi-estructurada, con preguntas sobre Educación de la Salud en la escuela, tal y como se describe a continuación:

-¿Qué entiendes por Educación para la Salud?
-¿Qué importancia consideres que tiene ésta en la escuela?
-¿De qué modo se trabaja la Educación para la Salud en vuestro curso, ciclo,...?
-¿Qué dificultades o limitaciones encuentran para desarrollar este trabajo?
-¿Qué demandas o ayudas serían útiles para facilitar o solucionar estas dificultades o limitaciones?

El procedimiento utilizado para la recogida de información ha sido mediante entrevistas al profesorado de Educación Primaria y Secundaria: ESO (Educación Secundaria Obligatoria), PCPI y Educación Especial. Se entrevista a los Directores de Primaria, Secundaria y el Director del centro así como a los coordinadores de cada curso y a representantes del profesorado de Educación Física de ambas etapas, elegidos por considerarlos informantes clave. Se entrevistaron a 17 profesores y profesoras de un total de 116 profesores, con una duración entre 15 y 20 minutos. Se cumplimentaron durante el mes de junio de 2014, coincidiendo con la finalización del curso escolar y la programación del próximo curso.

El análisis de las mismas ha sido evaluando cada pregunta en las categorías de importancia, trabajo actual, limitaciones y necesidades para la ejecución.

3. RESULTADOS

De los entrevistados, 8 eran hombres y 9 mujeres. Las edades son variadas, siendo 25 años la menor y 61 años la mayor. De las 17 entrevistas, las 3 primeras fueron a la Dirección. En Educación Primaria se realizaron un total de 7 entrevistas y en Educación Secundaria otras 7 entrevistas, incluyendo a los coordinadores de Educación Especial (EE) y PCPI (Programas de Cualificación Personal Inicial).

De las respuestas obtenidas a la primera pregunta, se repite en general la idea de la adquisición de hábitos de vida saludables, cuidado del cuerpo y formación y prevención para la salud, como definiciones de Educación para la Salud. Desde la Dirección se define como deber social y parte de la Educación Integral, con la escuela como lugar en el que pueden detectarse determinados problemas de salud que luego deberán trabajarse conjuntamente con los padres. En Primaria se resalta la importancia de llevar a cabo actividades y acciones de manera conjunta desde casa y el colegio. Coincide la idea de los mayores de ésta etapa (sexto de primaria) con la que aparece en cursos superiores: generar una capacidad crítica, una conciencia y potenciar la autonomía en el desarrollo de hábitos concretos para favorecer la salud.
Los temas que se nombran como objetivos de esta Educación para la Salud son: conductas y consumo, salud emocional, deporte, comer sano, higiene corporal y sexualidad. Se le da importancia en varios casos a la salud no solo física sino psicológica y social. Los verbos utilizados también son significativos ya que implican a los alumnos en este proceso educativo, hacerles partícipes: inculcar, promover, crear, concienciar, enseñar, educar, proporcionar, contribuir, ayudar, generar, permitir...

En la segunda pregunta, todos consideraron muy importante la Educación para la Salud, reconociendo en la mayoría de los casos no trabajarse lo suficiente por diferentes causas que comentaremos en la cuarta pregunta. En Primaria se considera importante crear y afianzar unos cimientos y en Secundaria y PCPI considerar los riesgos relacionados con la adolescencia. Nuevamente se destaca la necesidad de trabajar desde el colegio con colaboración de los padres y se reclama un mayor apoyo por parte de las Instituciones, tanto educativas como sanitarias. En general destaca la idea de que es necesario realizarlo entre todos, para crear una continuidad, refuerzo positivo y varias vías de entrada a la misma información desde diferentes personas a las que se les atribuyen roles diferentes.

En el centro, según las respuestas a la tercera pregunta, la Educación para la Salud se lleva a cabo desde las tutorías y a nivel académico, como parte del contenido curricular sobretodo de las asignaturas de Conocimiento del Medio-Naturales y Educación Física, valorándose positivamente en Primaria el Trabajo combinado de ambas asignaturas. La asignatura de Educación Física en la primera etapa de Primaria incide sobre la importancia de la higiene, el orden, la alimentación, escuchar el cuerpo, además de dar a conocer, al igual que en el resto de cursos de Primaria y Secundaria, diferentes deportes de manera variada y divertida, para fomentar la actividad física. Esto que se complementa con la edición de una Gaceta Deportiva desde la que se promocionan diferentes deportes que practican alumnos del centro.

A nivel extracurricular, desde los cuadernos curriculares se aborda, en Primaria y por ciclos, la higiene, la alimentación, la educación postural... concretándose en acciones en el comedor, el día de la fruta y en las salidas y campamentos. En sexto se realizan además charlas con participación de personas externas al claustro adecuadas según el tema a tratar. En Secundaria los cuadernos son por cursos, y se “dan pinceladas” sobre afectividad-sexualidad, ocio y tiempo libre, drogas y alcohol... Se realizan charlas y sesiones, con colaboraciones externas o del gabinete psicológico en el caso de 3º y 4º de la ESO. PCPI ha creado un cuaderno propio más adaptado a los alumnos que suelen cursar estos ciclos y participan con FP en alguna actividad en la que colabora personal externo como usuarios de programas de drogadicción.

Desde la Dirección se destaca una falta de sistematización de esta área. Esto no ocurre en Educación Especial, donde, desde las diferentes áreas, se trabaja la autonomía, la imagen personal, la expresión de emociones, talleres de habilidades para la vida diaria y ocupacional, agenda de la vida diaria...

Respecto a las dificultades para llevar a cabo la Educación para la Salud, los entrevistados principalmente destacan en todas las etapas la falta de tiempo y espacios, la priorización de otras áreas, la falta de recursos y la falta de apoyo por parte de las familias, lo cual se considera esencial tanto como base como continuación del trabajo realizado. El contenido curricular repetitivo tiende a llevar a un segundo plano este tipo de temas y asignaturas como Educación Física. Queda pendiente realizar una personalización, organización... para poder trabajarlo correctamente.

En Secundaria se considera importante también la falta de formación y materiales y la receptividad por parte del alumnado. PCPI también considera importante la conexión entre el informante y los alumnos. En Educación Especial el problema está en la búsqueda de un equilibrio entre autonomía y cuidados con una colaboración por parte de las familias y el adaptarse a los diferentes ritmos y necesidades de su alumnado. Otras dificultades nombran problemas estructurales y a nivel global en el centro y nuevamente la falta de colaboración entre Educación y Sanidad.

En cuanto a las demandas por parte del profesorado en la quinta pregunta, se propone desde las diferentes etapas y Dirección, un programa coordinado, continuado y secuenciado, de carácter multidisciplinar. La participación de colaboradores, tanto de la enfermería del centro como externos especializados, se considera como importante y necesaria. Se reclama también la actualización de materiales, programas específicos y adaptados y la formación del profesorado. Nuevamente se resalta la importancia de la participación de las familias e Instituciones como piezas claves para llevarlo adelante y obtener resultados positivos en los alumnos.

Se valora como muy positiva la existencia de personal de enfermería en el centro y se destacan las ventajas de contar con personal sanitario en el centro, lo que aporta conocimientos y cercanía en el contacto con los alumnos y con la realidad o entorno que los envuelve. Se propone que además de continuar con la actividad asistencial que viene realizando, participe en la Educación para la Salud. Las tareas que los entrevistados asignan a la Enfermería Escolar, principalmente, son de revisión de materiales y cuadernos tutoriales, participación puntual directa en las aulas (charlas o actividades) y con los padres y madres.

4. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en esta investigación, la comunidad educativa de este centro, efectivamente, considera importante y necesario ejecutar acciones de Educación para la Salud, contando siempre con el apoyo de las familias y de especialistas adecuados.

La educación se considera como un la transmisión de valores, conocimientos, costumbres y formes de actuar; como un proceso de socialización. Y "*la salud es un principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser*" (Rene Dubois). *"La salud y la educación son, pues dos conceptos no solo compatibles*

sino tan interrelacionados que no pueden existir el uno sin el otro. Cuando se habla del pleno desarrollo de las personas se contemplan tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales y morales. Los objetivos de la educación coinciden en esta perspectiva con las metas de la promoción de la salud" (Serrano I, 2003).

El profesorado valora positivamente la inclusión del personal de Enfermería en la escuela y consideran que sería positiva su colaboración en la Educación para la Salud, tanto a nivel tutorial como complementación curricular. Destacan las ventajas de contar con personal sanitario en el centro, lo que aporta conocimientos y cercanía en el contacto con los alumnos y con la realidad o entorno que los envuelve.

"La Consejería de educación, ha aceptado la justificación social de esta nueva figura que, de momento, la Comunidad Valenciana solo tiene regulada jurídicamente en los centros específicos de Educación Especial" (Caballer N, 2011). Coinciden las demandas realizadas con las funciones que se proponen para la enfermería del centro: colaborar en la actualización de cuadernos tutoriales, búsqueda de nuevos recursos, realización de actividades en las aulas, formación a los profesores, información a los padres...

Se considera necesario realizar esta tarea contando con un equipo multidisciplinar. Estrechar las relaciones entre Educación y Salud, tanto en los centros como desde la Instituciones, junto con la participación de las familias Trabajar conjuntamente es la condición necesaria para ayudar a construir una sociedad más autónoma y autocrítica en cuanto a cuidados de la salud tanto personal y como colectiva.

"*Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos*" (OMS 1948). "*Piensa globalmente, actúa localmente*" (atribuido a René Dubois). Las escuelas son un pilar clave durante la vida de los niños, base de la sociedad futura y un punto fundamental para trabajar la Promoción de la Salud con ayuda de toda la comunidad.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA

Autores:
Aranda Acosta Sarai,
Jaramillo Morales Sandra Cecilia,
López Ramos José María[2],
Hernández Herrera Clara Berenice,
Alvarado Alonso Gloria Virginia,
Dávila Molina Alejandra,

TUTORES
Nava Rodriguez Victor Federico,
Rodirguez Medina Ma. Del Lourdes,
Gomez Cardona Juan Pablo,

[2] lopez.josema@hotmail.es, Pasante Lic. Enfermería, UAA.

Rodriguez Ramirez José Manuel

RESUMEN
Introducción la ideación suicida es un problema actual el cual, es el principal predictor de futuros intentos, incluso del suicidio consumado. Es importante generar en nuestros jóvenes la capacidad para recuperarse y sobreponerse ante situaciones de pérdida, dolor, separaciones, crisis de angustia y ansiedad, ya que en la actualidad continúa siendo una urgencia social creciente, el Trastorno de Ansiedad Generalizada se presenta una preocupación excesiva persistente y difícil de controlar sobre actividades como el rendimiento laboral y escolar. **Objetivo** Identificar la relación entre trastornos de ansiedad generalizada e intento suicida, en estudiantes de una universidad pública. **Metodología** estudio transversal, con enfoque cuantitativo, con alcance correlacional, con una muestra de 274 estudiantes de la licenciatura en enfermería, se seleccionó de manera aleatoria simple, apoyándonos en el programa Analyst STATS™ 18, utilizando los instrumentos RFL y GADI con una Confiabilidad por Alpha de Cronbach de 0.98 y de 0.96. **Resultado** Solo un 3% de la población presentó trastorno de ansiedad leve, y el 96.3% consideró los apartados de supervivencia y el afrontamiento como factores de mucha importancia para no suicidarse. **Discusión** Los aspectos que puede presentar un estudiante universitario, es la ansiedad, generalmente por estrés, puede conllevar a una ideación suicida si aumenta el grado de ansiedad. En nuestra población en estudio diferimos de los anterior ya que se presentó poca ansiedad y con muchas razones para vivir. **Conclusión** La población de estudio tubo muchas razones para no suicidarse y presento solo un 2.9% de ansiedad leve. Y no hubo correlación entre ambas variables.

Palabras claves: Ansiedad Generalizada, intento e ideación suicida y estudiantes de la licenciatura de enfermería.

INTRODUCCIÓN. La ideación suicida es una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón (Wilburn y Smith, 2005) y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores (Bonner y Rich, 1987). En este contexto se incluye la ideación suicida y el intento suicida en nuestro marco conceptual solo para saber diferenciar las razones que tendría una persona para no vivir. Ya que nuestro propósito es saber la relación existente entre el intento suicida y el trastorno de ansiedad generalizada, por tanto, se valoran las razones que el estudiante tiene para no tener una ideación suicida. Con estos datos es importante generar en nuestros adolescentes y jóvenes la capacidad para recuperarse y sobreponerse ante situaciones de pérdida, dolor, separaciones, crisis de angustia, ansiedad, así como lo menciona Henderson y Milstein (2003). Ya que en la actualidad continúa siendo ***una urgencia social.*** [(1)]
Por lo anterior es de suma importancia abordar este tema, ya que en el ámbito de la adolescencia y en edad productiva, en la mayoría de los países de todo el mundo se está informando que las tasas de intentos suicidas y el suicidio consumado, está aumentando de forma alarmante (OMS, 2006). [(2)]
Según la ***Dra. Lourdes Eguiluz****, (profesora investigadora de la UNAM)* Un claro ejemplo de quienes están propensos a padecer esta problemática son los jóvenes inscritos en las carreras de la salud: medicina, enfermería, psicología, odontología por trabajar con personas y estar cercanos al dolor humano, ya que estos pueden llegar a pensar en la muerte, que los estudiantes de otras carreras. [(3)] Con el dato anterior es importante

abordar el estudio en estudiantes inscritos en el área de la salud. También influyen como una variable importante la familia de procedencia, si el clima social familiar es positivo no habrá pensamientos suicidas o estos se presentarán muy esporádicamente. [3]
Por esta razón, se eligió un instrumento llamado INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR (RFL). Este instrumento tiene como finalidad detectar las razones de vivir, de mayor importancia para la persona, razones que motivan al estudiante a no pensar en la ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, el cual resulta de particular importancia en la prevención del suicidio.[2]Es por tal motivo que dentro de este mismo contexto incluimos el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), ya que es un trastorno en el cual hay una pre-ocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. [4]Por tanto las conductas que presentan los jóvenes universitarios nos hacen pensar en algunos trastornos de ansiedad y problemas en las relaciones interpersonales, y probablemente ocasionar un bajo rendimiento escolar.
El riesgo suicida a diferencia de otros trastornos no es tomado en cuenta por los médicos al momento de evaluar a estos individuos, ya que en un estudio se demostró que la presencia de un trastorno de **ansiedad constituye un factor de riesgo para intento.**

Y por tanto tenemos como pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la ansiedad generalizada y el intento suicida?

Hipótesis
Ho: A mayor trastorno de ansiedad generalizada, mayor tendencia al intento suicida.
Ha: A menor trastorno de ansiedad generalizada, menor tendencia al intento suicida.
OBJETIVO GENERAL.
Identificar la relación entre trastornos de ansiedad generalizada e intento suicida, en estudiantes de una universidad pública.
Objetivos específicos
Describir las variables socio-demográficas de la muestra en estudio
Identificar las razones para vivir.
Identifica la presencia o ausencia del trastorno de ansiedad generalizada.
Determinar la relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y las razones para vivir.
METODOLOGIA
Tipo de estudio:
Por su enfoque: Cuantitativo.
Por su diseño: Transversal, NO experimental.
Por su alcance: Correlacional
Límites de tiempo y espacio: Febrero de 2013 a Septiembre 2014.
Con una Población de 529Estudiantes de la carrera de la Lic. Enfermería a la fecha, de una Universidad Pública.
Muestra: 274 estudiantes de la Lic. De Enfermería.
Tipo de muestro: Aleatorio simple
Técnica de Muestreo
Posterior a contar con el marco maestral, se realizó un muestreo aleatorio simple el cual estuvo conformado por los alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión y el cual nos apoyamos en el programa Decisión Analyst STATS™ con una confiabilidad del 95%.
Análisis Estadístico

Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos maestra en el programa paquete estadístico **SPSS versión 18** en la cual se calculó las medidas de tendencia central, dispersión, posición y relación de las variables estudiadas de acuerdo a los resultados que arrojó el instrumento. Posteriormente se realizaron un análisis de los resultados obtenidos así como el cruce de variables para identificar la relación.

INSTRUMENTOS

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR (REASONS FOR LIVING INVENTRORY, RFL)

Autores: M. M. Linehan, J.L. Goodstein, S.L. Nielsen, J.A. Chiles.
Referencia: Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living Inventory. J. Consult ClinPsychol 1983; 51: 276-286
Evalúa: Razones para vivir.
Confiabilidad: Alpha de Crombach 0,98
N° de Ítems: 48
Administración**: es un instrumento Auto aplicable.**
Descripción del instrumento:
El RFL es un instrumento diseñado para evaluar *las razones que una persona tendría para no suicidarse.*
Consta de 48 ítems que se agrupan en **6 subes-calas diferentes:** Supervivencia y afrontamiento, Responsabilidad con la familia, Preocupación por los hijos, Miedo al suicidio, Miedo a la desaprobación social, Objeciones morales.
Corrección e interpretación:
La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem.
No existe puntos de corte publicados; ***a mayor puntuación, menor posibilidad de comisión de conductas suicidas.***

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL TAG (GADI).

Autores: S. V. Aryripoulos, T. S. Wright, S. E. Forshall, D.J. Nutt.
Referencia: Unidad de Psicofarmacología, Universidad de Bristol.
Evalúa: Presencia o Ausencia de los síntomas del trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y su intensidad.
Confiabilidad: Alpha de Crombach de 0,96.
N° de Ítems: 22
Administración: **Es un instrumento Auto aplicable.**
Descripción del Instrumento:
Se trata de un instrumento auto aplicado. Cada ítem ha de ser valorado por el paciente según una escala tipo Likert de 5 grados de intensidad entre 0 (en absoluto) y el 4 (el síntoma está presente en grado extremo).
El útil para evaluar la presencia o ausencia de los síntomas trastorno de ansiedad generalizada y su intensidad.
Corrección e Interpretación:
No existen puntos de corte publicados; ***a mayor puntación, mayor gravedad de la sintomatología***

CONSIDERACIONES ÉTICO- LEGALES

Para cumplir con los artículos 14, 16, 17, 20, 21 y 22 que se encuentran dentro del capítulo primero en el que habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos el cual se encuentra en el titulo segundo del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el que menciona que la Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollar con ciertas bases: **Artículo 14** se

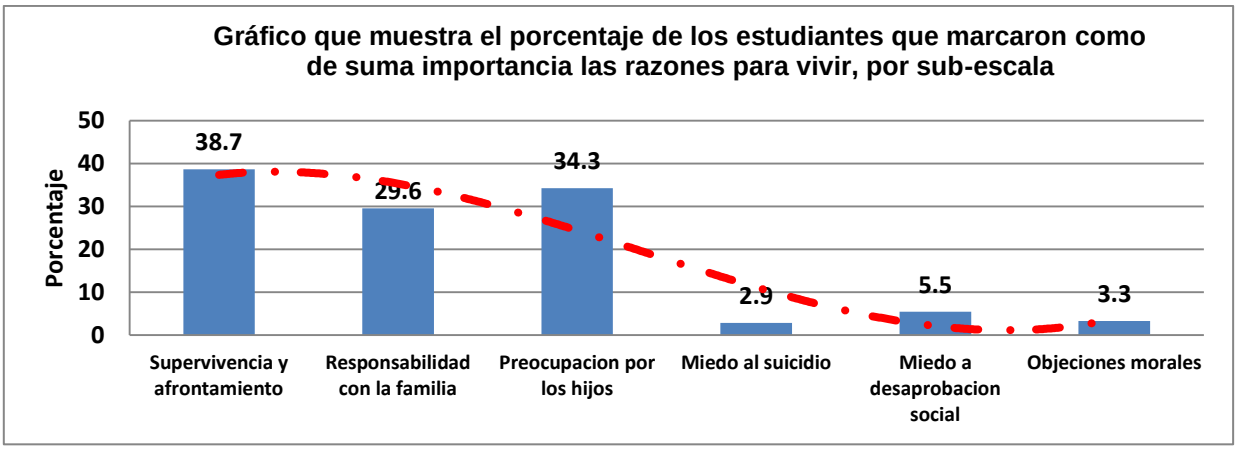
contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, **Artículo 16:** Se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. **Artículo 17:** Esta es una investigación considerada como con riesgo mínimo dado que la investigación se basará en la aplicación de encuestas y actuación practica que requerirá ejercicio moderado de cada uno de los participantes del grupo estudio. **Artículo 20, 21 y 22:** Con ello obtener el consentimiento informado se dará un explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación así como de los procedimientos a realizar y su propósito las molestias y beneficios esperados que

RESULTADOS Participaron en el estudio 274 estudiantes, edad mínima de 18 años y máxima de 36, con una moda de 20 años, 64.2% correspondió a género femenino, estado civil de mayor predominio fue soltero con 93%, 5% estaban casados, 91% profesan religión católica, 2 de cada 10 estudian y trabajan, 82.5% viven en casa de sus padres. Respecto al consumo del alcohol, al menos el 93.4% ha consumido por lo menos una vez en su vida, de ellos el 38% consume cada fin de semana, en cuanto al consumo del tabaco 49% lo han consumido por lo menos una vez en la vida, de ellos 68% dejo de consumirlo, y 12.4% lo consumen diario, 6.2% de los entrevistados ha recibido tratamiento para la ansiedad.

Como ya se mencionó el estudio se llevó a cabo mediante 2 instrumentos (GADI e Inventario de Razones para Vivir), este último evalúa las razones que una persona tendría para no suicidarse el cual consta de 6 subescalas diferentes:(Supervivencia y afrontamiento, responsabilidad con la familia, preocupación por los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales).

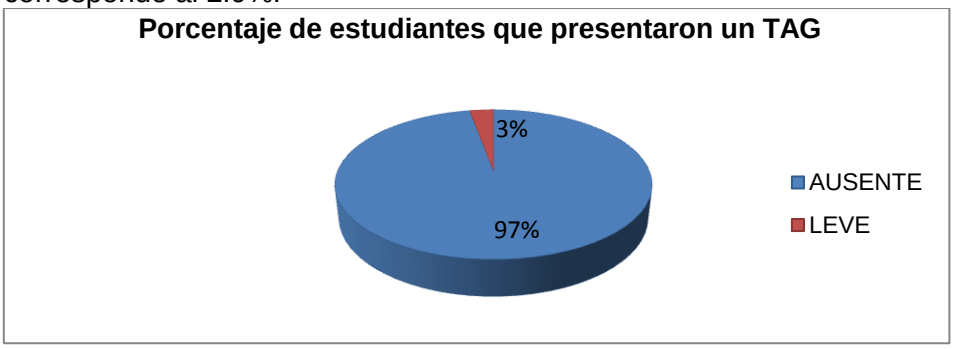
Respecto a la **supervivencia y afrontamiento** los estudiantes, lo consideran de poca a muy poca importancia tan solo 4.7%. Ellos consideran que a pesar de sus situaciones difíciles, se tienen razones suficientes para seguir vivo; La **responsabilidad con la familia** el 17.5%, le toma poco sentido el tener una responsabilidad con la familia, donde 29 estudiantes de los encuestados muestran baja responsabilidad con la familia. De los estudiantes que muestran muchas razones para vivir más del 50% de ellos refieren **no tener miedo al suicidio**, situación que preocupa, ya que al perder alguna razón para vivir, pudiera aumentar vulnerabilidad de un intento suicida; El **miedo a la desaprobación social**, es de poca importancia para el 60% de los estudiantes; En cuanto a las **objeciones morales** cuenta con un porcentaje mayor de 26.6% (de muy poca importancia), lo que representa alarmante el no considerar estas convicciones de conciencia ya que se puede llegar a pensar que la persona carece de obligaciones *morales.*

En cuanto al porcentaje de los estudiantes que marcaron que era de suma importancia las razones para vivir, tenemos que el 38.7% le dio más importancia a supervivencia y afrontamiento (le toman sentido a conservación de la vida, especialmente cuando es a pesar de una situación difícil o tras de un hecho o un momento muy significativos), seguido de Preocupación por los hijos con 34.3%, el cual se puede llegar a considerar que los hijos son un motivo muy importante para evitar una conducta suicida. Sin embargo un **dato muy significativo es que solo un 2.9% de los estudiantes tiene miedo al suicidio**, lo que representa que si algún indicador falla, por ejemplo la supervivencia y afrontamiento, o la preocupación por los hijos, más del 90% puede tener alguna ideación, o en su defecto un posible intento suicida.



Fuente: Encuesta directa del instrumento RFL

TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) En cuanto este instrumento TAG tenemos que a mayor sea el puntaje, mayor será el riesgo de presentar trastorno de ansiedad generalizada y después de este análisis de datos mediante encuestas y graficas podemos concluir que tenemos el resultado de frecuencias máxima (ausencia) de 266 y con un porcentaje del 97.1, y el resultado de frecuencias mínimas afectadas es de 8 que corresponde al 2.9%.



Fuente: Instrumento TAG.

Es satisfactorio el poder observar los resultados que muestra la gráfica anterior, ya que solo un 2.9% presentan ansiedad generaliza **leve** de los 274 estudiantes encuestados dentro de la universidad, y un 97.1% presenta ausencia de la misma.

En nuestro estudio queríamos ver si hay relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y el intento suicida, para esto nuestra hipótesis fue "*A mayor trastorno de ansiedad generalizada, mayor tendencia al intento suicida*." Para demostrarlo se aplicaron dos instrumentos (*Inventario de razones para vivir y el GADI*) los datos que nos arrojaron estos dos instrumentos es que **no existe ninguna relación entre el trastorno de ansiedad generaliza y el intento suicidio** esto en nuestra población (estudiantes universitarios), el cual no arrojo datos significativos de los que cursan un trastorno de ansiedad generalizada no conlleva una ideación suicida, mucho menos en un intento suicida, por tanto nuestra hipótesis se rechazó.

DISCUSIÓN

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja", predominó el grupo de edad de 17 a 23 años. El perfil psicopatológico destacó los síntomas de ansiedad, ideación suicida, tristeza e insomnio [30], mientras que en nuestra investigación las edades promedio oscilaron entre los 18 y 36 años, con **12.4% que tomó con muy poca importancia a las razones para vivir** correspondiente a 34 de los 274 estudiantes encuestados en nuestro instrumento para evaluar la ideación suicida,

comparando a su vez la prevalencia de ideación suicida en adultos de 18 a 29 con 9.7% respecto al Suicidio y conductas suicidas en México [36] .

La Dra. Liuba Y. Peña Galbán aportó en su invstigacion que los factores que más contribuyeron a una posible ideación suicida fueron la tensión provocada por insatisfacción de necesidades no resueltas y presiones externas, inestabilidad emocional, depresión, sentimientos de culpa, preocupaciones e ideas de abatimiento e inseguridad, [30] fue por lo anterior que como grupo cautivo se seleccionaron los estudiantes de la licenciatura en enfermería ya que es una carrera que provoca cierta presión a los estudiantes por su carga académica causando como tal ansiedad y por consiguiente posible ideación suicida y afortunadamente los resultados de nuestra investigación fueron lo contrario a la Dra. Liuba Y. Peña Galbán.

Dicho en lo anterior, los resultados de esta investigación rechazan los datos expuestos de nuestra investigación respecto a nuestra hipótesis ya que **no existe relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y el intento suicida en nuestra población estudiada**, en comparación con estudios ya mencionados como el de la Álvarez en su estudio de COMPORTAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA en un grupo de adolescentes y jóvenes **que si hay relación** entre el trastorno de ansiedad generalizada con otros morbilidades psiquiátricas respecto a su investigación, sin embargo en nuestro estudio se evidenció que el grupo de edad de la muestra aportó la mínima cantidad de alumnos con **trastorno de ansiedad generalizada con un resultado de 2.9 %** de la muestra y que **de ese 2.9% no existe relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y el intento suicida.** Este dato no coincide con lo revisado en la literatura, ya que en la literatura es el grupo de edad donde mayor número de intentos suicidas se reporta, por ser la etapa de la adolescencia y adultez joven donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de la adultez madura y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas.

CONCLUSIÓN

En base a nuestros resultados de la investigación podemos Identificar que no existe relación entre el trastorno de ansiedad generalizada y el intento suicida en nuestra población estudiada. Ellos consideran que a pesar de sus situaciones difíciles, se tienen razones suficientes para seguir viviendo. Sin embargo un dato muy significativo es que solo un 2.9% de los estudiantes tiene miedo al suicidio, lo que representa que si algún indicador falla, por ejemplo la supervivencia y afrontamiento, o la preocupación por los hijos, más del 90% puede tener alguna ideación, o en su defecto un posible intento suicida. Y solo un 2.9% presentan ansiedad generaliza leve de los 274 estudiantes encuestados. Cabe hacer mención que en el presente estudio se cumplieron con los objetivos establecidos.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Según la mayoría de los autores el intento suicida es más frecuente en la personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución; adolescente o joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla.

Se sugiere seguir realizando investigaciones con estos tipos de variables, para continuar con información científica, realizar estudios con otro tipo de población para hacer la comparación que existe entre las poblaciones. Y analizar los resultados obtenidos en una población y otra.

BIBLIOGRAFIA

1. Silva CS. Predictores familiares y personales. [Online].; enero-junio de 2011 [cited 2012 octubre 19. Available from: HYPERLINK "http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf" http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf .
2. Juan Carlos Sánchez-Sosa MEVGGMMF. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. [Online].; Madrid dic. 2010 [cited 2012 noviembre 23. Available from: HYPERLINK "http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext" http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext .
3. Luz de Lourdes Eguiluz pidlU. Ideación suicida. [Online].; Septiembre- Octubre del 2003 [cited 2012 diembre 12. Available from: HYPERLINK "http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm" http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm .
4. López AB. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. [Online].; 28 de noviembre de 2005 [cited 2012 NOVIEMBRE 25. Available from: HYPERLINK "http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf" http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf .
5. Pierre Pichot JJLIAMVM. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico. In Tomàs de Flores i Formenti JTTJMRJTT, editor.. Barcelona - Madrid - Paris - Milano - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas - Lima - Lisboa: MASSON, S.A.; 1995. p. 401, 565.
6. Laura Negredo Lopez FMPOHM. FATORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN INTERNOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. [Online].; 2010 [cited 2012 diembre 12. Available from: HYPERLINK "http://www.interior.gob.es/file/55/55818/55818.pdf" http://www.interior.gob.es/file/55/55818/55818.pdf .
7. Ana G. Gutiérrez-García CMCRCOR. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. [Online].; 5, septiembre-octubre 2006 [cited 2012 noviembre 5. Available from: HYPERLINK "http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf" http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf .
8. Ricardo Rodríguez Biglieri GV. Ansiedad rasgo y creencias relacionadas con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. [Online].; 2010 [cited 2012 diembre 05. Available from: HYPERLINK "http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/7" http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/7 .
9. Hernández Sánchez MM. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE ADAPTACION EN ATENCION PRIMARIA, Guía de Actuación Clínica en A. P. [Online]. [cited 2012 noviembre 15. Available from: HYPERLINK "http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf" http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf .
10. Gabriela Czernik LAECBM. Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. [Online].; Año XV, vol 12, N°2, Julio de 2005 [cited 2012 noviembre 15. Available from: HYPERLINK "http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm" http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm .

11 Huarachi MC. Deseo e intento suicidas y su relación con los trastornos de ansiedad en adultos de la ciudad de Lima. [Online].; LIMA-PERU 2010 [cited 2012 noviembre

15. Available from: HYPERLINK "http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3600/1/Chahua_Huarachi_Marcela_2010.pdf" http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3600/1/Chahua_Huarachi_Marcela_2010.pdf .

12. [Online]. Available from: HYPERLINK "12.http:/www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=es&nrm=" 12. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=es&nrm= .

13. YUCATAN. CDDHDED. INFORME ESPECIAL SOBRE EL SUICIDIO EN JOVENES DEL ESTADO DE YUCATAN. [Online].; ENERO 2010 [cited 2012 DIEMBRE 16. Available from: HYPERLINK "http://www.codhey.org/Doctos/InformeSuicidio.pdf" http://www.codhey.org/Doctos/InformeSuicidio.pdf .

14. Universal LRC|E. Se disparan los casos de suicidio en Aguascalientes. [Online].; Lunes 09 de abril de 2012 [cited 2012 NOVIEMBRE 16. Available from: HYPERLINK "http://www.eluniversal.com.mx/estados/85273.html" http://www.eluniversal.com.mx/estados/85273.html .

15. EMILIA LUCIO GOMEZ MPGGZP. DETECCION DE RIESGO SUICIDA Y OTROS PROBLEMAS EMOCIONALES. [Online].; UAA- 2002 [cited 2012 NOVIEMBRE 16. Available from: HYPERLINK "http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista32/Articulo%204.pdf" http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista32/Articulo%204.pdf .

16. RICARDO SANCHEZ HCDG. IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. [Online].; 2002 [cited 2012 OCTUBRE 02. Available from: HYPERLINK "http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf" http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84309609.pdf .

17. MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE MMC. Validación factorial de una escala. [Online].; 2006 [cited 2012 DIEMBRE 12. Available from: HYPERLINK "http://www.aidep.org/03_ridep/R21/R211.pdf" http://www.aidep.org/03_ridep/R21/R211.pdf .

18. HERNANDEZ. DMQ. INTENTO SUICIDA Y SUICIDIO. [Online].; TEMUCO, MAYO DE 2006 [cited 2012 NOVIEMBRE 20. Available from: HYPERLINK "http://www.schilesaludmental.cl/temuco_2006/intento%20suicida_quijada.pdf" http://www.schilesaludmental.cl/temuco_2006/intento%20suicida_quijada.pdf .

19. Casullo MM. IDEACIONES Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN ADOLESCENTES: UNA URGENCIA SOCIAL. [Online].; 2004 [cited 2012 NOVIEMBRE 20. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf" http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf .

20. PSIC. SCCB. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDUCTAS SUICIDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. [Online].; ENERO-JUNIO 2011 [cited 2012 OCTUBRE 20. Available from: HYPERLINK "http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_11-1/8_factores.pdf" http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_11-1/8_factores.pdf .

21. DEFINICION DE ANSIEDAD. [Online]. [cited 2012 OCTUBRE 05. Available from: HYPERLINK "http://definicion.de/ansiedad/" http://definicion.de/ansiedad/ .
22. Muñiz INdPRdlF. Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008. [Online].; San Lorenzo Huipulco, México D.F. [cited 2012 OCTUBRE 05. Available from: HYPERLINK "http://marciano.atomkinder.net/amopp/pdf/journal_05.pdf" http://marciano.atomkinder.net/amopp/pdf/journal_05.pdf .
23. João Luís Alves Apóstolo MHFACMMAR. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de. [Online].; mar.-abr. 2011 [cited 2012 NOVIEMBRE 12. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_17.pdf" http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_17.pdf .
24. MIGUEL DE LA MADRID H. PCdlEUM. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Online]. [cited 2012 OCTUBRE 1. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html" http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html .
25. LISTADO DE NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE LA SECRETARIA DE SALUD. [Online].; México. Secretaría de Salud 9 dic. 1993 [cited 2012 OCTUBRE 05. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html" http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html .
26. 1917 CpeeDOdlFe5dfd. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. [Online].; Última Reforma DOF 30-11-2012 [cited 2012 OCTUBRE 12. Available from: HYPERLINK "http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf" http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf .

27. CATALINA GONZALEZ FORTEZA SBAJ. AL BORDE DE LA MUERTE: PROBLEMATICA SUICIDA EN ADOLESCENTES. [Online]. [cited 2012 NOVIEMBRE 16. Available from: HYPERLINK "http://suicidologia.org.mx/src/articulos/584.pdf" http://suicidologia.org.mx/src/articulos/584.pdf .

28. MAPA. PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, POR PAIS. [Online]. [cited 2012 OCTUBRE 14. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v52n4/a05mapa1.jpg" http://www.scielo.org.mx/img/revistas/spm/v52n4/a05mapa1.jpg

29. Reyes-Ticas DJA. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. [Online]. [cited 2012 DICIEMBRE 20. Available from: HYPERLINK "http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf" http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf .

30. Dra. Liuba Y. Peña Galbán 1DLCRLMPdlCTTGAyTMGÁ. Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja” Camagüey. [Online]. [cited 2014 marzo [Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja” Camagüey]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_3_02/mil05302.htm.
31. Catalina González Forteza LRLMÁCGyFAWEINdP«dlFM(y*CfHDS. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida. [Online].; 2003 [cited 2014 abril. Available from: www.psicothema.com.
32. Hsin-An Chang CCCNSTTBJKRBLaSYH. Generalized Anxiety Disorder,

Comorbid Major Depression and Heart Rate Variability: A Case-Control Study in Taiwan. [Online].; Psychiatry Investig 2013 [cited 2014 abril. Available from: http://dx.doi.org/10.4306/pi.2013.10.4.326.

33. Berenice Pérez- Amezcua MeCLRRMeCEEAMeCFdCPALLMeCRCAMeP. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. [Online].; Salud Publica Mex 2010 [cited 2014 marzo. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf.
34. Vázquez MJNLyMMM. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. [Online].; MEDISAN 2010. [cited 2014 marzo. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.pdf.
35. BENJAMÍN VICENTE SSPR. Epidemiología de trastornos mentales. [Online].; Rev Med Chile 2010. [cited 2014 abril. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art04.pdf.
36. Guilherme Borges DeCROMeCCBDeP. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. [Online].; Salud Publica Mex 2010 [cited 2013 Noviembre. Available from: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Julio%20Agosto/1-suicidio.pdf.
37. RAÚL VENTURA-JUNCÁ D. CCSUPVJEMJG. "Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.". [Online].; Rev Med Chile 2010. [cited 2014 abril. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008.

Referencias complementarias

Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, De las Cruz V, Mann JJ. Spanish adaption of the reasons for living inventory (RFL). Hispanic J BehavSci 2000; 22: 369-380.

Autores: S.V. Argyropoulos, T.S. Wright, S.E. Forshall, D.J. Nutt. Unidad de psicofarmacología, Universidad de Bristol. Pendiente de publicación.

TRASTORNOS EMOCIONALES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

García Flores Raquel
Christian Oswaldo Acosta Quiroz
Claudia García Hernández
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

Los trastornos emocionales son frecuentes en la población universitaria, sin embargo son escasos los estudios que evalúan su presencia en este ámbito. El objetivo del presente estudio fue evaluar depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Se utilizaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck además de algunos reactivos relacionados con el consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Adicciones en 769 estudiantes universitarios de nuevo ingreso en una Institución de Educación Superior. Se realizó un análisis de frecuencias. Se pudo observar que el 8% de los estudiantes están experimentando niveles moderados y severos de depresión mientras que el 28% sufre de ansiedad en niveles moderados y severos. Los síntomas de depresión experimentados con mayor frecuencia e intensidad fueron dificultades para dormir (51%), irritabilidad (48%) y cansancio (44%). Los síntomas de ansiedad más frecuentes e intensos fueron dificultad para relajarse (68%) y nerviosismo (64%). En relación al consumo de alcohol el 27% de los estudiantes ha presentado episodios de consumo excesivo en el último mes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que viven con sus familias y los estudiantes que debieron abandonar sus lugares de origen. Se destaca la importancia que tiene la evaluación de trastornos emocionales que afectan el rendimiento académico de los alumnos, principalmente relacionados con la ansiedad y el consumo de alcohol. Es necesario que los estudiantes reciban atención adecuada para manejar estos problemas con la finalidad de que concluyan sus estudios.

Summary

Emotional disorders are common in college students, there are few studies evaluating its presence in this area. The aim of this study was to evaluate depression, anxiety and alcohol use in college students. Were used Beck Anxiety and Depression Inventories and some related to alcohol consumption from the National Survey of Addictions in 769 college students. Frequency analysis was performed. It was observed that 8% of students are experiencing moderate to severe levels of depression while 28% suffer from moderate to severe anxiety levels. Depression symptoms experienced with greater frequency and intensity were sleeping difficulties (51%), irritability (48%) and fatigue (44%). Symptoms of more frequent and intense anxiety were difficult to relax (68%) and nervousness (64%). In relation to alcohol consumption 27% of students presented episodes of heavy drinking in the past month. No statistically significant differences between students who live with their families and students who had to leave their places of origin were found. The importance of assessment of emotional disorders that affect the academic performance of students, mainly related to anxiety and alcohol consumption is emphasized. It is necessary that students receive appropriate care to manage these problems in order to conclude their studies.

Introducción

Los estudiantes universitarios presentan con frecuencia alteraciones emocionales y de conducta debido a los cambios en el estilo de vida que sufren en esta etapa. Muchos debieron abandonar sus lugares de origen, cumplir con otras responsabilidades tales como trabajar o atender una familia además del compromiso de concluir una carrera universitaria que en nuestra sociedad es el medio ideal para lograr la autorrealización. Por tales motivos los jóvenes se ven sometidos a altos niveles de estrés que pueden desencadenar desequilibrios emocionales (Pérez y Pérez, 2012).

La depresión en la juventud puede provocar problemas en la adultez afectando el desarrollo profesional y relaciones sociales. Se ha relacionado con pobres logros académicos, inestabilidad en sus relaciones, pensamientos e intentos suicidas y pobre rendimiento laboral (Ibrahim, Kelly. Adams y Glazebrook, 2013). Es preocupante que a los 21 años el 25% de los jóvenes ya han experimentado un episodio de depresión mayor (Rasic, Weerasinghe, Asbridge, Langille, 2013). De acuerdo con diversos estudios, la depresión está fuertemente asociada al consumo de alcohol, y estas variables, en conjunto, incrementan la probabilidad de cometer actos suicidas (Dvorak, Lamis y Malone, 2013). Actualmente el suicidio se incrementa rápidamente en el grupo de 15 a 29 años y es una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

Por otra parte, los síntomas relacionados con la ansiedad pueden provocar una baja autoestima, dificultades para resolver conflictos interpersonales, problemas de sueño, decremento de la atención y concentración además del abuso de alcohol. Algunos estudiantes pueden sentirse muy presionados por los exámenes (Bahri et al., 2013). Los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para el inicio del primer trastorno depresivo mayor, por ejemplo 80% de los sujetos con trastornos de ansiedad generalizada vital presenta también un trastorno del estado de ánimo comórbido durante su vida (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005).

El consumo de alcohol es un comportamiento frecuente en estudiantes universitarios. De acuerdo con algunas investigaciones, se calcula que 3 de cada 5 estudiantes han presentado episodios de consumo excesivo de alcohol en el último mes. Algunos estudios señalan que los estudiantes universitarios consumen más alcohol que los adultos jóvenes, y a pesar de esto, no reconocen el problema y difícilmente buscan ayuda (Lenk, Darin, Winters, Nelson, Toomey, 2012).

Debido a las afectaciones que pueden provocar las alteraciones emocionales el objetivo del estudio es evaluar síntomas relacionados con la depresión, la ansiedad y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso mediante los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck además de algunos reactivos de la Encuesta Nacional de Adicciones.

Método

El diseño de la investigación es no experimental, descriptivo y cuantitativo. Para realizar este estudio se pidió el apoyo al grupo de profesores que imparten una de las materias que cursan todos los estudiantes de nuevo ingreso. Se capacitó a los profesores para aplicar los cuestionarios a sus alumnos. Los datos fueron anónimos para que los alumnos se sintieran con la confianza suficiente para responder con sinceridad los inventarios.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998), el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) y algunos reactivos relacionados con el consumo excesivo de alcohol de la Encuesta Nacional de Adicciones. El Inventario de Depresión de Beck se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen la severidad de la categoría sintomática y conductual. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que

constituye la severidad máxima del síntoma. Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante.

El Inventario de Ansiedad de Beck evalúa la intensidad de sintomatología ansiosa presente en un individuo y es un instrumento autoaplicable que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 su severidad máxima. Los estudios de las propiedades psicométricas de su versión en español sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuada.

La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) tiene como objetivo general estimar las prevalencias del uso y abuso de tabaco, alcohol y drogas, tanto médicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad.

Participaron 769 estudiantes de nuevo ingreso (358 mujeres y 411 hombres) de una Institución de Educación Superior del Noroeste de México quienes respondieron los inventarios. Los profesores se aseguraron que todos los reactivos fueran contestados. Posteriormente se capturaron los datos en el programa estadístico SPSS.

Resultados

El 8% de los estudiantes evaluados presentaron niveles de Depresión Moderada y Severa, lo que equivale a 63 alumnos que están experimentando elevados índices de Depresión.

Los síntomas de depresión experimentados con mayor frecuencia e intensidad fueron Dificultades para dormir (51%), Irritabilidad (48%), Cansancio (44%) y Preocupación por problemas de salud (41%). Llama la atención el hecho de que el 15% (105 alumnos) de los estudiantes ya ha presentado pensamientos suicidas.

En relación a los síntomas de ansiedad, se detectó que la Dificultad para relajarse se encuentra en el 68% de los estudiantes, Nerviosismo en un 64% y Oleadas de calor (no debido al clima) en un 60%. Aproximadamente el 28% de los estudiantes ya están presentando sintomatología Moderada y Severa que justifican intervención clínica.

Se aplicó la prueba t de Student para averiguar si existen variables sociodemográficas que pudieran relacionarse con alteraciones emocionales, identificando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que tuvieron que emigrar de sus lugares de origen y los que viven en casa de sus padres o bien siguen radicando en su lugar de origen.

En relación con el sexo, utilizando la prueba t de Student, existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con un nivel de significancia menor a 0.05. En cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, las mujeres presentaron mayor frecuencia e intensidad que los hombres. Esto concuerda con Smith, Peterson, Degenhardt y Johnson (2011) que identificaron mayores niveles de ansiedad y depresión en población femenina universitaria.

En relación con el consumo de alcohol, el 40% de los estudiantes han consumido más de 5 copas en una ocasión en el último mes, es decir, 319 alumnos han tenido por lo menos un episodio de consumo excesivo de alcohol. De éstos, el 63% son hombres y el 37% mujeres.

El 27% de los estudiantes se han emborrachado en el último mes. De ésta proporción el 68% son hombres. El 15% de los alumnos evaluados ya han tenido dificultades para detenerse cuando ingieren alcohol. El 14% de los alumnos de nuevo ingreso no recuerdan lo que pasó la noche anterior y existen personas a su alrededor que están preocupadas por su manera de beber. El 6% de los alumnos reporta haber herido a alguien bajo la influencia del alcohol. En estas conductas se puede observar una mayor proporción en hombres que en mujeres.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que una proporción importante de los estudiantes de nuevo ingreso están manifestando indicios de problemas emocionales y de conducta relacionada con el consumo de alcohol, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Bahri, et al., 2013; Ibrahim, Kelly, S., Adams, C. y Glazebrook, 2013; Lenk et al, 2012). Los síntomas de ansiedad predominan en los estudiantes evaluados, lo cual coincide con los datos epidemiológicos (Medina-Mora et al., 2003; Arco et al., 2005). Las mujeres reportaron mayor frecuencia e intensidad de sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo los hombres presentaron mayor frecuencia de conductas relacionadas con el abuso de alcohol, tal como estudios previos señalan (Lenk et al., 2012).

La identificación de las problemáticas descritas al inicio de la vida universitaria es fundamental para implementar estrategias de intervención y prevención para que los jóvenes puedan concluir exitosamente sus estudios además de que puedan desarrollarse en una etapa adulta con una menor probabilidad de verse expuestos a sufrir problemas de salud mental. Benjet et al. (2004) indican la importancia de detectar e intervenir de forma temprana en trastornos emocionales para disminuir el riesgo de problemas más graves tales como el suicidio y la dependencia de sustancias.

El medio universitario es la oportunidad ideal para apoyar a los jóvenes en esta etapa vulnerable, teniendo conocimiento de que en México se carecen de servicios de salud mental accesibles a la población. Esto coincide con las observaciones reportadas por Arco et al. (2005) quienes confirman la relevancia del apoyo psicológico en estudiantes universitarios.

Referencias bibliográficas

Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. (2005) Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “La Cartuja”. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 5,3, 589-608

Bahri, M., Abdul, A., Aziz, A., Bahari, I., Mat, M. y Rahman, E. (2013) Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students
Asian Journal of Psychiatry, 6, 128–133

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4): 292-304.

Dvorak, R., Lamis, D., Malone, P. (2013) Alcohol use, depressive symptoms and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*, 149, 326–334

Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C. y Glazebrook, C. (2013) A systematic review of studies of depression prevalence in university student. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 391-400.

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *21 (*3), 26-31.

Lenk, K., Erickson, D., Winters, K., Nelson, T. y Toomey, T. (2012) Screening services for alcohol misuse and abuse at four-year colleges in the U.S. *Journal of Substance Abuse Treatment* 43, 352–358.

Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26 (4) 1-16.

Pérez, A. y Pérez, G. (2012). Estilos de vida y trastornos emocionales en estudiantes universitarios de educación, mención matemática. *Educere*, 16(55) 339-344. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626140017

Rasic, D., Weerasinghea, S., Asbridgea, M. y Langille, D. (2013) Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug and Alcohol Dependence*,129, 49– 53.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, *8*, 211-217.

Smith, C., Peterson, D., Degenhardt, B. y Johnson, J. (2011) Depression, anxiety and perceived hassles among entering medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (1), 31–39.

TRABAJO POR PROYECTOS: LA TECNOLOGÍA Y SU IMPACTO COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD

Baños Rodríguez Katya Gabriela,[1] Alemán Alemán María Delfina,[1] Pérez Licona Víctor Alfonso,[1] Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos.[2]
[1]Estudiantes de medicina en (ICSa-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca Hidalgo, México.
[2*]Profesor Investigador de Tiempo Completo (ICSa-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca Hidalgo, México. Ex Hacienda la Concepción n/n, carretera Actopan Pachuca Hidalgo México

Abstract
A Technology now become a very important role in our daily lives, reflected through various means such as: social networking , internet, video games and mobile devices; ah which had a significant impact on changing the way we relate and communicate to society. It is noteworthy that the use of new technologies can influence people either positively or negatively to any age.
Using the Internet and video games since childhood has made the new generations with increasingly better technology, they get to use it almost instinctively and manage a broad technological knowledge at an early age. This phenomenon can be either positive or negative; positive in the sense that technology has become a contribution in education, and negative for generating change in the way that children and adolescents have to build relationships with their peers, in addition to the high risks involved in exposing much information on the net. To see the impact of technology on interpersonal relationships, talk to the child and adolescent psychologist Francisca Rodriguez, who believes that technology can have good and bad influences on children and young people in psychological matters. According to the professional, " is very positive that young people know how to use technology, internet and social networking, because they are channels that serve to communicate, but parents have the responsibility to teach their children the proper use of technological tools, in their use to their favor, not against. " (Child and adolescent psychologist Francisca Rodriguez)
Another theme is the "Internet addiction" problem that occurs when people become totally dependent on internet connectivity and can even lead them to have symptoms of anxiety, anxiety and violence if they do not have access to the network and generate similar brain alterations that generates addiction to alcohol and drugs. According to experts, this addiction can lead people to depression, nervousness, irritability, panic and little interest in living with other people. While in Latin America this still is not an extreme problem in countries like the U.S., China and England a lot of cases concentrated internet addicts, which has even led to the opening of clinics specializing in the subject.
KEYWORDS: Tecnology, video games, mobile devices, Internet addiction, symptoms of anxiety-violence, depression.

Introducción
La tecnología actualmente ha adquirido un papel muy importante en nuestra vida cotidiana, reflejándose a través de distintos medios como lo son: redes sociales, internet, video juegos y dispositivos móviles; lo cual ha repercutido considerablemente en el cambio de la forma de relacionarnos y comunicarnos ante la sociedad.
Cabe mencionar que el uso de las nuevas tecnologías puede influenciar a la población ya sea en forma positiva o negativa a cualquier edad.
El uso de Internet y videojuegos desde la infancia ha hecho que las nuevas generaciones se lleven cada vez mejor con la tecnología, que lleguen a usarla casi por instinto y que manejen un amplio conocimiento tecnológico a temprana edad. Este fenómeno puede ser tanto positivo como negativo; positivo en el sentido de que la tecnología se ha vuelto un aporte en materia educativa, y negativo por el cambio que genera en la forma que tienen los niños y adolescentes para establecer relaciones con sus pares, además de los altos riesgos que se corren al exponer tanta información en la red.
Para ver las incidencias de la tecnología en las relaciones interpersonales, hablamos con la psicóloga infanto-juvenil Francisca Rodríguez, quien considera que la tecnología puede tener influencias buenas y malas en los niños y jóvenes en materia psicológica. Según la

profesional, "es muy positivo que los jóvenes sepan usar la tecnología, internet y las redes sociales, porque son canales que les sirven para comunicarse, pero los padres tienen la responsabilidad de enseñarle a sus hijos el buen uso de las herramientas tecnológicas, para que sepan utilizarlas a su favor y no en contra". (Psicóloga infanto-juvenil Francisca Rodríguez)

Según la especialista, en algunos casos la tecnología puede afectar de manera muy negativa a los niños y jóvenes, porque puede provocar aislamiento del mundo real, debido a que pasan muchas horas navegando en internet, chateando o jugando videojuegos, y pierden parte importante del tiempo que podrían utilizar haciendo otras actividades con sus pares. Además, considera peligroso el alto nivel de exposición al que se someten los jóvenes en internet.
"He tenido pacientes que llegan a la consulta debido a la preocupación de sus padres porque no se relacionan con otros niños y jóvenes. Estos pacientes generalmente sólo tienen 'amigos virtuales', y pueden llegar a tener más de 1.000 contactos en su Facebook, pero no conocen a ninguno de ellos". Para Rodríguez este problema genera que los jóvenes tengan distintos problemas de comportamiento social que, a largo plazo pueden generar otros problemas personales como la incomunicación con el mundo real. (Rodríguez Gabriel, 2008)
“La adicción a las nuevas tecnologías se considera dentro del ámbito de las adicciones psicológicas y, como puede ocurrir con las compras el sexo o los juegos, conlleva una fuerte dependencia psicológica, pérdida de control, interferencia en la vida cotidiana y presencia del síndrome de abstinencia”. (Echeburúa y Amor, 2011)
En el caso de la adicción al internet, las primeras propuestas fueron realizadas por Goldberg (1995), siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV. Posteriormente Young (1998) presento una nueva definición y un breve cuestionario para diagnosticar la adicción a internet siguiendo también los criterios de DSM-IV relativos al juego patológico.
¿Qué pasa cuando se cae en la adicción a Internet?

Otro tema es la llamada "adicción a internet", problema que se presenta cuando las personas se vuelven completamente dependientes de la conectividad a internet y que incluso puede llevarlos a tener síntomas de angustia, ansiedad y violencia si no tienen acceso a la red, además de generar alteraciones cerebrales similares a las que genera la adicción al alcohol y drogas. Según los especialistas, esta adicción puede llevar a las personas a sufrir depresión, nerviosismo, irritabilidad, pánico y poco interés en convivir con otras personas.
Si bien en Latinoamérica este todavía no es un problema extremo, en países como Estados Unidos, China e Inglaterra se concentra una gran cantidad de casos de adictos a internet, lo que ha llevado incluso a la apertura de clínicas especializadas en el tema.
El primer caso de adicción a internet fue reconocido el año 2008 en China, y luego en Estados Unidos, donde abrieron la primera clínica para esta patología en el año 2009.
En China es el Centro de Tratamiento de Beijing el encargado de tratar al gran número de chinos que presenta este problema. “Se estima que en el país hay cerca de 2,5 millones de adictos a internet”. (Según el doctor Tao Ran, fundador de este centro médico)
En su mayoría los pacientes son jóvenes entre 18 y 36 años, quienes son internados por sus padres para curar este trastorno. Hasta ahora esta clínica cuenta con unos 1.500 pacientes y tiene un 70% de éxito en sus tratamientos, que consisten en jornadas de entrenamiento físico y deporte, además de sesiones de relajación que son coordinadas por psicólogos y psiquiatras.
Los ingleses también están tratando el problema mediante la creación de una clínica para niños adictos a internet. Se trata de una clínica abierta en el hospital privado Capio

Nightingale, ubicado en el centro de Londres. En esta clínica se atiende a pacientes de entre 12 y 15 años, teniendo terapias personalizadas para cada paciente.
En relación con los videojuegos nos encontramos con una de las nuevas tecnologías que más alarma social ha creado por sus supuestos efectos negativos sobre el desarrollo infantil y el adolescente, aunque, según los datos empíricos disponibles, "se trata de la tecnología a la que menos tiempo dedican los jóvenes, donde los propios usuarios perciben menor dependencia y en la que observan menos síntomas de adicción" (Labrador y Villadangos, 2009).
Esto no quiere decir que exista un volumen considerable de adolescentes que hacen un uso abusivo de los videojuegos y que, parte de ellos, muestren conductas que se acercan a los criterios objetivos de dependencia. Pero como señala Estallo (2009), "parece que por ahora el verdadero número de casos de dependencia de los videojuegos es reducido y que, en la mayoría de ellos, la disfuncionalidad en el uso de los videojuegos suele ser sintomática de otras dificultades personales y sociales más claramente diagnosticables. "
El objetivo principal de este tratamiento es aumentar la autoconfianza de los adolescentes en los encuentros reales por sobre lo virtual. Además, se ayuda a los jóvenes a manejar la energía y excitación provocada por largas jornadas jugando en el PC y con consolas.
Si hay algo que recordar es que la tecnología utilizada adecuadamente, puede tener un montón de utilidades, tanto educativas como comunicativas, e incluso acercarnos a nuestros amigos y/o familiares que se encuentran en otro lugar. Sin embargo, "si la tecnología no es bien utilizada, puede ocasionar aislamiento, falta de comunicación y otros graves problemas". (Estallo, 2009)
Tecnología es el conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados, que permiten diseñar y crear bienes y servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y satisfacer tanto las necesidades esenciales como los deseos de la humanidad. Es una palabra de origen griego, τεχνολογία, formada por *téchnē* (τέχνη, *arte, técnica u oficio*, que puede ser traducido como *destreza*) y *logía* (λογία, el estudio de algo). Aunque hay muchas tecnologías muy diferentes entre sí, es frecuente usar el término en singular para referirse a una de ellas o al conjunto de todas. Cuando se lo escribe con mayúscula, Tecnología, puede referirse tanto a la disciplina teórica que estudia los saberes comunes a todas las tecnologías.
En este proyecto hablaremos especialmente de una parte de toda esta tecnología, el tema abordado se enfocará en un aparato tecnológico como es el celular; y un punto que parece bastante importante de esta tecnología es la influencia dentro de la sociedad.
Conforme pasa el tiempo cada vez existe un mayor avance tecnológico y de la misma forma este medio sigue teniendo más presencia en la vida de las personas. Es tanto el tiempo que se le dedica a esta tecnología que puede tener consecuencias significativas en las personas que la utilizan.
"Desde una perspectiva de desarrollo positivo, y en el caso de personas con buenos niveles de ajuste personal, las nuevas tecnologías suponen una oportunidad de ampliar conocimiento, de aprendizaje, de disfrute, de fomento de la creatividad y de desarrollo de relaciones interpersonales". (Castellana, Sánchez Carbonell, Graner y Beranuy 2007)
Es importante conocer un poco de la historia que abarca este instrumento tecnológico, es por eso que se presentan brevemente algunos puntos importantes:
De acuerdo a la opinión de los expertos, "los pioneros en el ámbito de la telefonía móvil para uso civil comenzaron a transitar su camino de desarrollo en la lejana década de los 40, cuando en Estados Unidos se vislumbraron las grandes ventajas que podían llegar a reportar el uso de este tipo de tecnología en la vida cotidiana de los ciudadanos". (Young 1998)
Así fue que en el ocaso de los años 40 comenzaron a utilizarse sistemas de radio analógicos, lo cuales trabajaban mediante la modulación en amplitud, es decir en

frecuencias AM, para luego comenzar a utilizar modulación en frecuencia, es decir ondas FM, logrando de esta manera un mayor rango de alcance y precisión del servicio. En aquellos primeros tiempos, eran utilizadas las bandas de HF y VHF, con el fin de ofrecerle a la población un medio de comunicación móvil, que podían llevar consigo al salir de sus casas y oficinas, lo que implicaba lograr mantener una comunicación constante.

Sin embargo, en aquellos principios de la telefonía móvil, la respuesta de los consumidores no fue del todo satisfactoria. Esto principalmente se debía al exagerado tamaño y peso de los primeros equipos de telefonía celular, y por supuesto también al elevado valor que poseían los aparatos, que están más allá de las posibilidades económicas de la clase social media norteamericana.

Una de las primeras compañías que se inició dentro del mercado de la telefonía móvil de aquellos tiempos fue la norteamericana Bell, mediante su novedoso servicio denominado Bell System Service

A pesar de su escasa popularidad, estos equipos se mantuvieron vigentes durante varias décadas, precisamente desde el año 1946 hasta 1985, cuando finalmente llegaron importantes cambios tecnológicos al mercado, que lograron hacer evolucionar las comunicaciones móviles a pasos agigantados.

A partir de este punto la evolución de las tecnologías móviles tuvo avances significativos clasificándose en diferentes generaciones:

- 1g: primera generación

Ya ubicados en el siglo XXI, seguramente al observar los teléfonos celulares pertenecientes a la era de la tecnología 1G pensaremos que en realidad son equipos demasiado grandes, pesados e incómodos, comparados con los estándares actuales.

- 2g: segunda generación

Después de diversas investigaciones para mejorar aún más las prestaciones y servicios que se brindaban en el ámbito de las comunicaciones móviles para mediados de la década de los 80s, la tecnología experimentó una profunda evolución con el surgimiento de la denominada Segunda Generación, más conocida como 2G.

El origen del sistema 2G tuvo lugar en la década de los 90s, cuando se incorporaron diferentes tecnologías para mejorar las comunicaciones móviles, entre las que se incluyeron los sistemas GSM, IS-136, iDEN e IS-95.

- 2.5g: generación de transición

Con la llegada de la generación de transición, que dio un paso previo durante la espera de la 3G, se introdujeron importantes cambios dentro del ámbito de la telefonía celular, incrementando los servicios que hasta el momento ofrecía la 2G.

Gracias a la llegada de la 2.5G, los dispositivos móviles incluyeron dos nuevos servicios.

- 3g: tercera generación

Con el advenimiento de la Tercera Generación, fruto de la investigación para lograr aumentar la capacidad de transmisión y recepción de datos, además de obtener un mejor grado de seguridad en las comunicaciones, fue posible poder contar con la posibilidad de conectarse a Internet con todas las ventajas que su utilización provee para los usuarios.

“Casi treinta años de evolución constante en las comunicaciones personales móviles le han permitido a este dispositivo convertirse en una parte fundamental en el desarrollo cotidiano de cualquier actividad que emprenda el individuo.” (Young, 1998)

Seguramente junto con Internet, los teléfonos celulares han pasado a ser uno de los elementos imprescindibles para la vida social de cualquier persona, y eso es precisamente porque estos fabulosos dispositivos acercan a los usuarios una gran variedad de prestaciones, las cuales se incrementan día a día en los nuevos modelos de

terminales, en las que se incluyen funciones adicionales para ofrecer el servicio más completo al consumidor.
Con un móvil no sólo entablamos una comunicación telefónica, sino que además podemos tomar fotografías, capturar vídeo, navegar por Internet, jugar, escuchar música y un sinfín de tareas que en la actualidad podemos desarrollar con la terminal.
Si bien el uso correcto de esta tecnología es una herramienta fundamental facilitándonos infinidad de actividades que de alguna u otra manera eran muy difíciles de realizar algunos años atrás, no hay que olvidarse también de los efectos negativos que puede causar y que la mayoría de la población no tiene en cuenta como por ejemplo: el recalentamiento celular en la zona del cerebro cercana a la antena del teléfono móvil, ruptura cromosómica, extraños picos de actividad neuronal en zonas habitualmente poco activas del cerebro (reveladas en encefalogramas), cambios en la presión arterial del cerebro mientras se usa el aparato, trastornos del sueño, cefaleas y alteraciones coronarias.

Objetivo
Demostrar el impacto que refleja la tecnología como factor de riesgo en las relaciones interpersonales en nuestro entorno, así como también ubicar las posibles consecuencias fisiológicas que estas pueden causar.

Método
Encuesta Transversal aplicada a 50 estudiantes.

Análisis de resultados

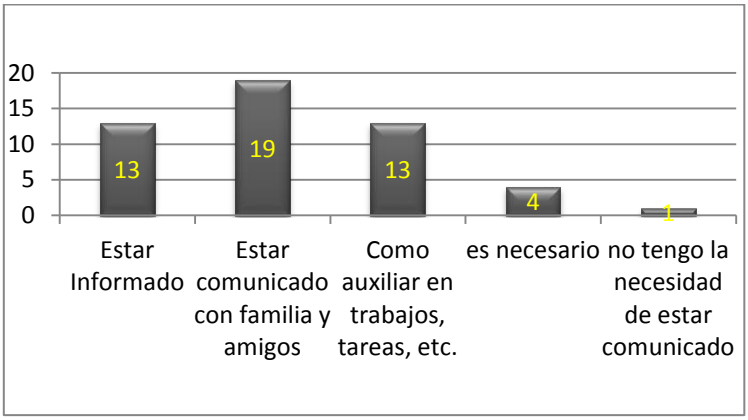
Se realizaron 50 encuesta a los alumnos de las diferentes carreras que hay en el Instituto de ciencias de la salud, obteniendo como resultados los siguientes:

No. De alumnos	Carrera
11	Medicina
8	Odontología
3	Enfermería
3	Farmacia
12	Psicología
13	Nutrición
Total: 50	

1. ¿Por qué siente o tiene la necesidad de mantenerse comunicado?

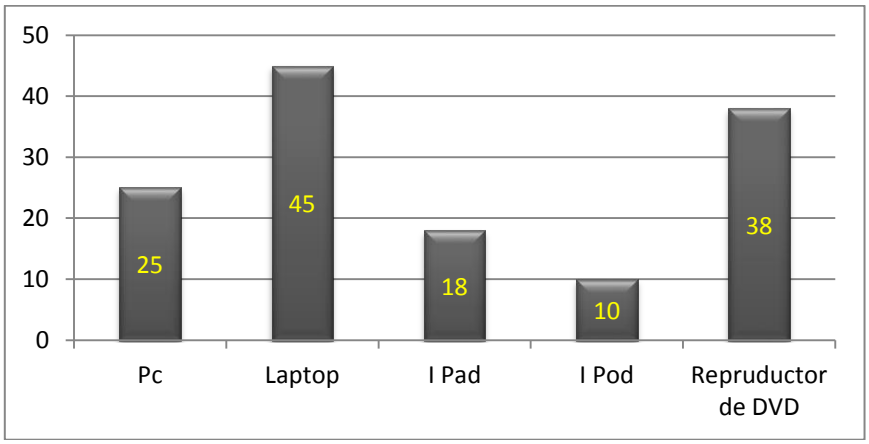
No. De alumnos	Respuestas
13	Estar informado
19	Estar comunicado con familia y amigos
13	Como auxiliar en trabajos, tareas, etc.:

4	Es necesario
1	No siento la necesidad de estar comunicado



2. Los 50 encuestados utilizan redes sociales como Facebook y twitter.
3. Artefactos que poseen en casa:

No. De alumnos	Respuestas
25	Pc
45	Laptop
18	I Pad
10	I Pod
38	Reproductor de DVD



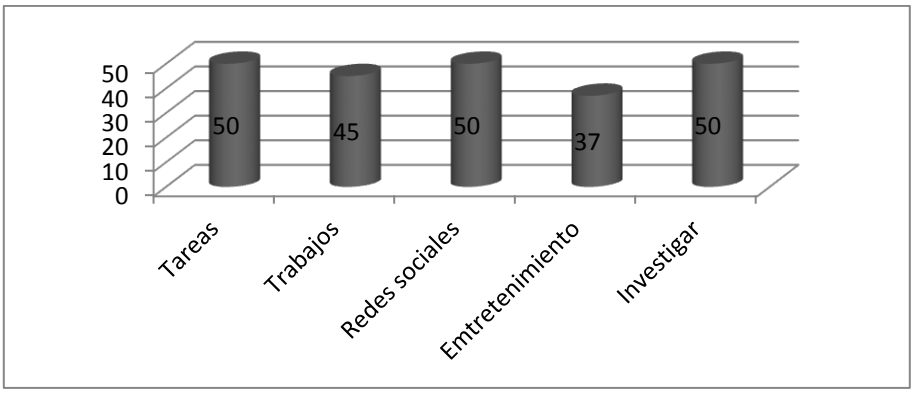
4. Conexión a internet

No. De alumnos	Respuesta
41	Si
9	No

5. Para que utilizan el Internet

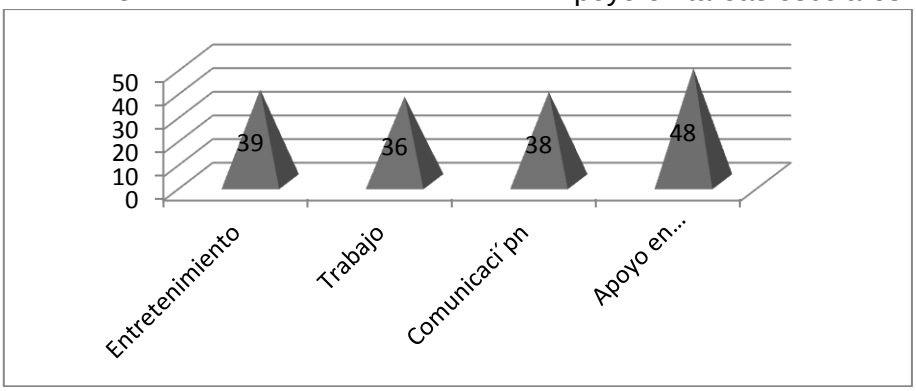
No. De alumnos	Respuesta

50	Tareas
45	Trabajos
50	Redes sociales
37	Entretenimiento
50	Investigar



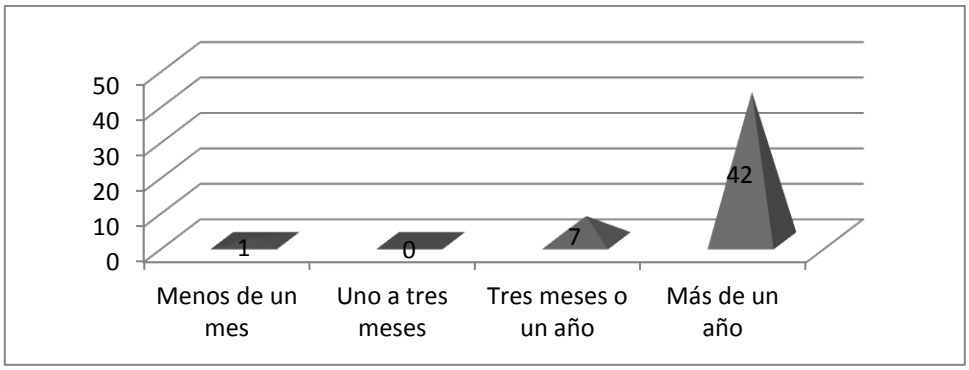
6. Usos de la pc en casa

No. De alumnos	Respuesta
39	Entretenimiento
36	Trabajo
38	Comunicación
48	Apoyo en tareas escolares



7. Tiempo que lleva con su Pc o Notebook

No. De alumnos	Respuesta
1	Menos de un mes
0	Uno a tres meses
7	Tres meses o un año
42	Más de un año

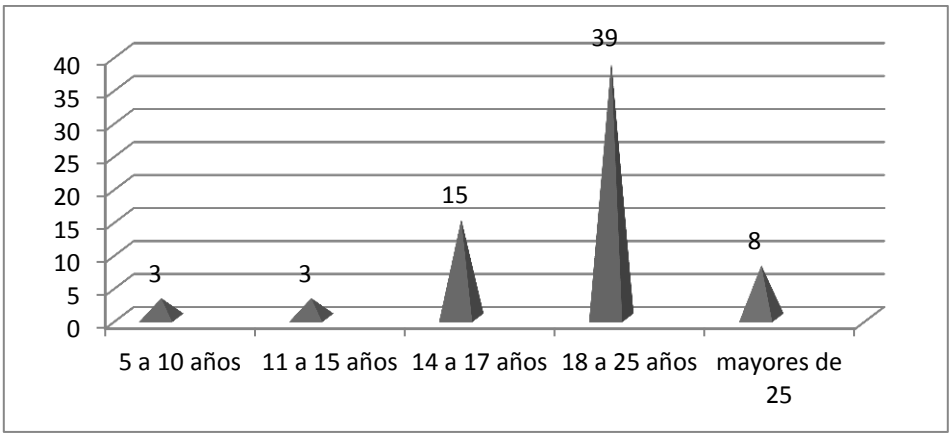


8. Frecuencia con la que acceden a internet en casa

No. De alumnos	Respuesta
42	Todos los días
5	Una o tres veces por semana
3	Una vez a la semana
1	Mas días/ no accede en casa

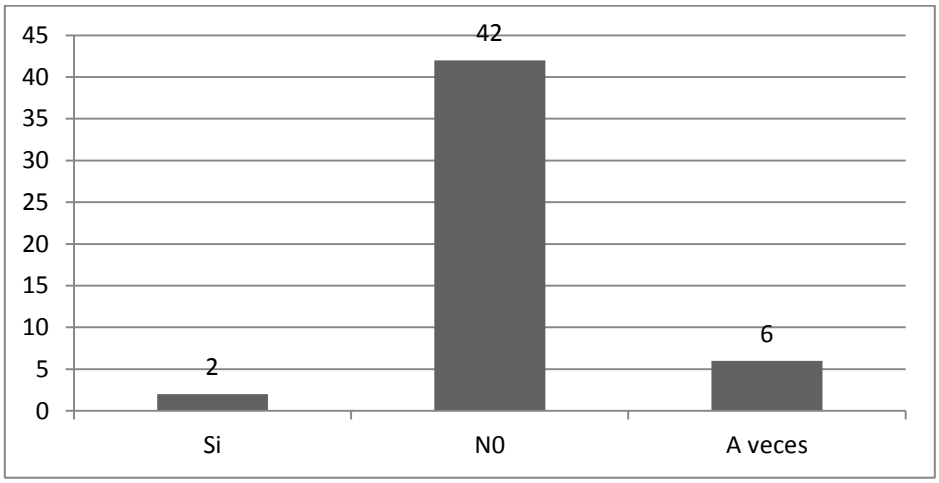
9. Edad de los habitantes del hogar

No. De personas	Edad
3	5 a 10 años
3	11 a 15 años
15	14 a 17 años
39	18 a 25 años
8	Mayores de 25



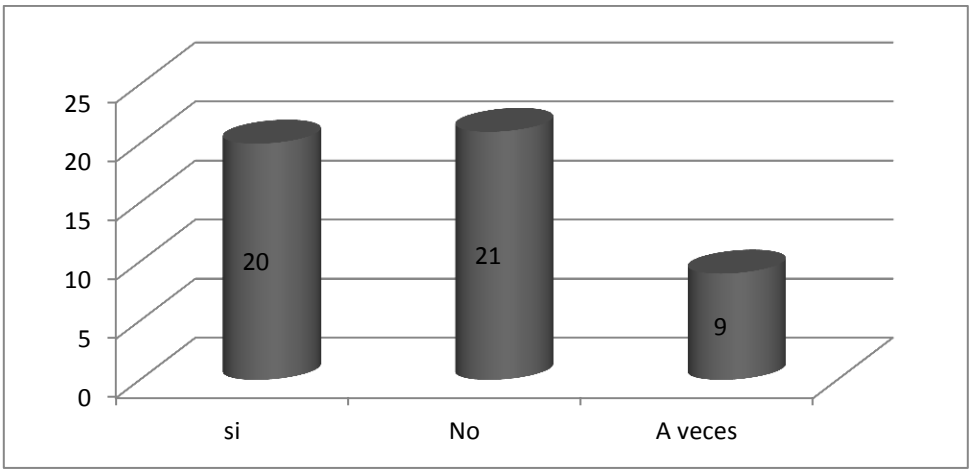
10. Utiliza el celular cuando conduce

No. De personas	Respuesta
2	Si
42	No
6	A veces



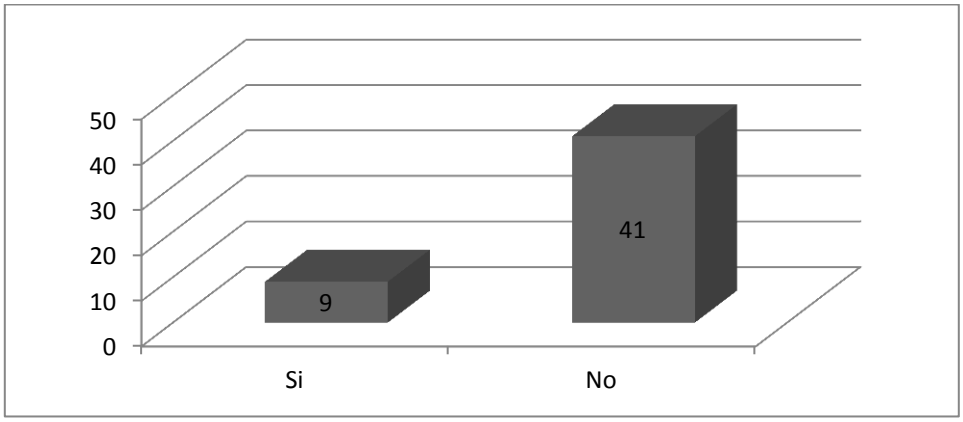
11. Ir en la calle oyendo música o hablando por teléfono

No. De personas	Respuestas
20	Si
21	No
9	A veces



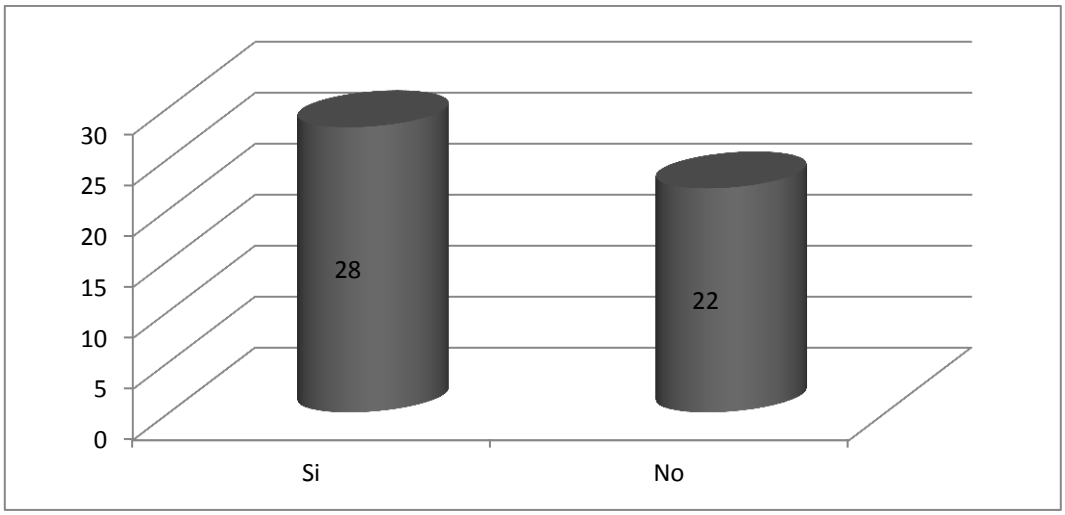
12. Estar a punto de tener un accidente.

No. De personas	Respuesta
9	Si
41	No



13. Personas dispuesta a someterse a una prueba si utilizar ningún artefacto o internet

No. De Alumnos	Respuestas
28	Si
22	No



Discusión

Resulta fundamental señalar que la experiencia a nivel intrafamiliar denota que se han perdido momentos de convivencia entre los integrantes y esto lleva a proponer un título o construcción conceptual que quizá para algunas personas no sea correcto, pero derivado de la utilidad que se le da al teléfono celular o incluso a la computadora han impactado en las relaciones interpersonales e incluso en la generación de accidentes, este concepto generado a partir del impacto de estos medios lo denominamos "Síndrome del entorpecimiento del cibernético" o de otra manera "Síndrome del entorpecimiento personal" ya que se provoca accidentes por hablar por teléfono celular, entre ellos la causa de choques o atropellamientos a otras personas, causan impacto al cruzar incluso avenidas ya sea enviando mensajes, revisando estos o bien evadiéndose del mundo con los juegos o en redes sociales que quizá utilizándolos adecuadamente facilitarían en estilo y calidad de vida, sin embargo se ha observado que pierden la atención a las personas, que se evaden de la realidad para atender aspectos subjetivos que suelen ser irreales, ya que no contestan adecuadamente o incluso ni contestan ante alguna pregunta, están en otro mundo

En la universidad representan de igual manera obstáculos para aprender, están metidos en el ciber-espacio y se olvidan de la realidad, de desarrollar la sensibilidad con sus compañeros o bien con la posibilidad de aprender en el escenario real.

Conclusión

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ha conllevado un importante impacto en la sociedad actual, que favorece que cada vez sea mayor la preocupación social por la influencia que pueden ejercer estas tecnologías en el desarrollo y ajuste personal, especialmente cuando se trata de la etapa de la adolescencia y la juventud.

Para llevar a cabo estos objetivos se realizaron una encuesta a una población de 50 estudiantes de diversas carreras dentro del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), obteniendo resultados sorprendentes debido a que no toda la población refleja resultados poco favorables.

En dicha encuesta se incluyó una pregunta donde se cuestionó a los alumnos sobre si estarían dispuestos a someterse a una prueba aislándolos de todo artefacto de comunicación tecnológica.

Referencias

- Anderson, K. J. 2001. Internet use among college students: and exploratory study. (pag. 21-23).
- Becoña, E. (2006) Adicción a nuevas tecnologías. La Coruña: Nova Galicia Edictions. (pags 230-249).
- Campbell, A. J., Cumming, S. R. y Hughes. (2007) Internet use by the socially fearful: Adiction or therapy. (pags 169-175).
- Echeburua, E. y Corral, P. 2009 ¿Adicción a internet o adictos a internet? (pag. 131-140).
- Echeburua, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. 2009, Adicción las nuevas tecnologías en adolescentes.
- Estallo, J. A. (2009). El diagnostico de "adicción a los videojuegos" (pags 151-167)
- Estévez, L., Bayon, C., de la Cruz. (2009) (pags. 77 - 80).
- Fundación Pfizer (2009). La juventud y las redes sociales en internet. Informe de resultados de la encuesta (P0903603)
- Goldberg, J. (1995) internet addiction disorder: Diagnostic criterian.
- Jeon, J. E y Kim, D.H. (2011) Social activities, self-efficacy, game attitudes and game addiction. (pags. 213-220).
- Labrador, F. J. y Villadangos, S. (2009) Adicción en nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. (pags. 45-53).
- Observatorio de la infancia en Andalucia (2010). Actividades y usos de Tic entre los chicos y chicas de Andalucia. (pags 389-401)
- Olivia, A. (2007) Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Apuntes de psicología. (pags 239-250).
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (2003).FACES III. St. Pooli MN, EE.UU.: University of Minnesota.
- Pérez Diaz, V. y Rodriguez, J. C. (2008). La adolescencia, sus vulnerabilidades y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (pags 123-135)
- Shaw, M. y Black, D. W (2008). Internet Addiction: Definition, assessment, epidemiology and clinical management. (pags 353-370)
- Subrahmanyam. K. y Lin, G. (2007). Adolescents on the net: Internet use and wellbeing. Adolescence. (pags 659-670)
- Whang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu (2011). Problematic Internet use in high school students. (pags 1371-1398).
- Wolfson, A. R. y Cars kadon, M. A. (2003) Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. (pags 308-318)
- Young, K. (1998) Internet addiction: the emergency of a new clinical disorder. (pags. 237-242).

- Anexo 1. Encuesta aplicada.

1. ¿Por qué sientes o tienes la necesidad de mantenerte comunicado?
2. ¿Es usted usuario de alguna red social?
3. ¿ Cuál de los siguientes artefactos posee en su casa? (Pude incluir más de una opción)
   ( ) PC de escritorio
   ( ) Laptop

( ) I Pad
( ) I Pod
( ) Reproductor de DVD

4. ¿Posee conexión a Internet en su casa?
   ( ) Si ( ) No
5. Si posee conexión a internet ¿Qué tipo de conexión tiene?
6. ¿Para que utiliza el servicio de internet?
7. ¿Qué usos se le da a la PC en su casa?
   ( ) Entretenimiento
   ( ) Trabajo
   ( ) Comunicación (E-Mail, Skyoe, etc.)
   ( ) Apoyo en tares escolares
8. ¿Hace cuánto tiempo adquirió su PC o Notebook?
   ( ) Menos de un mes
   ( ) Uno a tres meses
   ( ) Tres meses a un año
   ( ) Más de un año
9. ¿Con qué frecuencia acceden a INTERNET en el hogar?
   ( ) Todos los días
   ( ) Una o tres veces a la semana
   ( ) Una vez a la semana
   ( ) Otro: _____
10. ¿Qué edad tienen los habitantes del hogar que utilizan con mayor frecuencia el internet? (Puede incluir más de una opción)
    ( ) 5 a 10 años
    ( ) 11 a 13 años
    ( ) 14 a 17 años
    ( ) 18 a 25 años
    ( ) Mayores de 25 años
11. ¿Usualmente utiliza el celular cuando conduce?
    ( ) SI
    ( ) NO
    ( ) A veces
12. ¿Usted acostumbra ir en la calle escuchando música o hablando por teléfono?
    ( ) SI
    ( ) NO
    ( ) A veces
13. ¿A estado a punto de tener un accidente por estar entretenido con el celular, ya sea cuando conduce o va por la calle?
    ( ) SI
    ( ) NO
14. ¿Cuándo llega a olvida su celular, I pad o Lap top se siente? (Puede incluir más de una opción)
    ( ) Incompleto
    ( ) Molesto
    ( ) Estresado
    ( ) Incomunicado

15. ¿Llega a desconectarse del ambiente que lo rodea por estar entretenido en el celular?
    ( ) SI

( ) NO
( ) A veces

16. ¿Qué modelo de celular es el que posee?
17. ¿Estaría dispuesto a ser partícipe de una prueba donde estaría determinado tiempo sin Lap Top, celular, Ipad, I Pod e internet?
    ( ) SI
    ( ) NO

TRABAJO POR PROYECTOS "VIOLENCIA DE GÉNERO Y ESCOLARIDAD. FACTORES Y BARRERAS QUE INTERFIEREN EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO"

Soto Acosta Bianca Namibia, [1] Mora Guzmán Jessica Itzhel, [1] Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos.[2*]

[1]Estudiantes de Medicina (ICSA-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado del Hidalgo. México.
[*2]Profesor Investigador de Tiempo Completo en área académica de Medicina (ICSA-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado del Hidalgo. México.

*Correspondencia/Autor. Doctor en Ciencias de la Salud Pública Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma, E-mail: *dcspjcarlos@gmail.com*

Domicilio: ICSA. Ex Hacienda La Concepción, n/n; Pachuca-Actopan Highway, camino a Tilcuautla Pachuca Hidalgo, México. Tel (771) 1327538 ext. 4311. Cel. 5548817657

Resumen

El cáncer cérvico-uterino (CCU), es el carcinoma más común en las mujeres a nivel mundial; se presenta regularmente en el epitelio cervical, es decir, la alteración celular que se origina en dicha zona en una fase temprana, con poca o nula invasión, "cáncer invasor preclínico", en este periodo tiende a no manifestar ningún signo ni síntoma, al invadir otros tejidos inician las expresiones clínicas. **Objetivo.** Determinar el impacto de la violencia de género y nivel de escolaridad, así como factores y barreras en la detección oportuna de cáncer cervico-uterino en mujeres de las colonias La Providencia y Bosques del Peñar en Pachuca hidalgo, México. **Material and Métodos.** Se realizó un estudio observacional de carácter transversal en 385 mujeres mediante una encuesta estructurada. **Resultados.** En promedio 33 años de edad. El 12% de las mujeres señala tener pareja restrictiva, 23% que se molesta frecuentemente con ella, 16% tener pareja posesiva, el nivel de escolaridad es predominantemente básico/medio, el 11% no se realiza cada año con regularidad el papanicolau, el análisis bivariado entre Nivel de escolaridad con Pareja/Restringe un valor de OR: 21.17, ($p<0.05$) Nivel Educativo con Pareja/Molestias, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.47, ($p<0.05$) Nivel de escolaridad con Pareja/Posesiva, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.66 ($p<0.05$) y

Nivel de escolaridad con Papanicolau, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.32. con ($p<0.05$). **Conclusión.** Es conveniente realizar estrategias para aumentar la asistencia médica con el fin preventivo, para impactar socialmente ya que el cáncer cérvico-uterino sigue siendo un problema de salud pública.

Palabras clave: Cervical cáncer, educational level, gender violencce, Pap.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico-uterino (CCU), o cáncer de cuello uterino, es el carcinoma más común en las mujeres a nivel mundial; es la neoplasia maligna que se presenta regularmente en el epitelio cervical, es decir, la alteración celular que se origina en dicha zona.[12] Cuándo el CCU se encuentra en una fase temprana, con poca o nula invasión, se denomina "cáncer invasor preclínico", el cáncer en este periodo tiende a no manifestar ningún signo ni síntoma. Cuando el cáncer avanza e invade otros tejidos, empiezan las expresiones clínicas. "*El sistema de clasificación más usado para el cáncer invasor de cuello uterino, se basa en el tamaño del tumor y la diseminación de la enfermedad a la vagina, la vejiga urinaria, el recto y los órganos circundantes"* [3] La infección por el virus del papiloma humano, es la principal causa del CCU.[3] También existen otros diferentes elementos partícipes en su desarrollo: Primer relación sexual en edad temprana, múltiples parejas sexuales, mujeres gran multíparas, primer embarazo entre los 18-22 años de edad, consumo de anticonceptivos orales y nicotina, infecciones genitales, mujeres de 25 a 64 años de edad, desnutrición; deficiencia de antioxidantes, pacientes con inmunodeficiencias[1-2-3] El cáncer es una de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en todo el mundo, se estima que para el año 2030 más de 1,6 millones de personas mueran de cáncer, debido principalmente a una mayor exposición a factores de riesgo y a cambios demográficos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró en 2008, que en el año 2002 murieron 7 108 769 personas por cáncer. "*A nivel mundial se producen alrededor de 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y cerca del 80% corresponde a los países en vías de desarrollo, donde llega a representar 20 a 30% de los cánceres femeninos; en los países industrualizados el CCU representa solamente 4-6% de los canceres en la mujer ."* [11] La tasa de incidencia mas alta se registra en África, seguida por América Latica y posteriormente Asia. Europa, Norteamérica y Japon tienen las tasas mas bajas. Mundialmente 272 000 mujeres mueren por CCU. En Latinoamérica es la primer causa de muerte por cancer en la mujer, con aproximadamente 30,000 defunciones por año. En México, se registraron 48,761 defunciones entre 1990 y 2000, lo que represento un promedio de 12 mujeres fallecidas cada día. La Secretaria de Salud señala que para contrarestar esta enfermedad, se debe alcanzar una cobertura del 80% en detección temprana en población blanco y asegurar buenos y oportunos diagnósticos y tratamientos. "*La cobertura en nuestro país actualmente es de sólo 43%.*[4- 15] Se han descubierto más de 120 tipos de Virus de Papiloma Humano (VPM), de los cuales aproximadamente una tercera parte pueden provocar CCU. Los carcinomas anales, vaginales, orales, del pene y la vulva, se han relacionado con VPH, por tanto, se ha puntualizado que el VPH es responsable del 5.2% de todos los cánceres en el mundo.[13] *"La prevalencia en hombres del VPH en la región anogenital, es muy elevada; se ha estimado en 65% en un grupo de hombres mexicanos que se estudiarón por un periodo de cinco años".*[10] *"El carcinoma cervical se manifiesta en tres patrones algo distintivos: cánceres fungosos, ulcerativos e infiltrativos. Con el advenimiento del cribado generalizado, muchos carcinomas escamosos se detectan en un estado subclínico, con frecuencia durante la evaluación de una extensión de Papanicolaou anormal. Cuando resulta manifiesto a simple vista, la variante más frecuente es el tumor exofítico, que produce una masa claramente neoplásica que se proyecta por encima de la mucosa circundante. El carcinoma cervical avanzado se extiende por diseminación directa hasta*

afectar a todas las estructuras contiguas, como el peritoneo, vejiga urinaria, ureteres, recto y vagina. También se hallan afectados los ganglios linfáticos locales y distantes- Las metástasis a distancia se dan en el hígado, pulmones, médula ósea y otras estructuras. En el examen histológico, aproximadamente el 95% de los carcinomas están compuestos por células relativamente grandes, con patrones queratinizantes o no queratinizantes. Un pequeño subgrupo de tumores son carcinomas de célula pequeña pobremente diferenciados o, más infrecuentemente, carcinomas de célula pequeña indiferenciados. La estadificación del cáncer cervical es la siguiente: Estadio 0: Carcinoma in situ. Estadio I: Carcinoma confinado en el cuello uterino: la: Carcinoma preclínico, es decir, diagnosticado sólo por microscopia; Ia1: Invasión estromal no mayor a 3 mm de profundidad y no más amplia de 7 mm (denominado carcinoma microinvasivo); Ia2: Máxima profundidad de la invasión de la estroma mayor a 3 mm y no mayor de 5 mm tomada desde la base del epitelio, ya sea superficie o glandular, del que se origina; la invasión horizontal no es mayor de 7 mm; Ib: Carcinoma histopatológicamente invasivo confinado al cuello uterino y mayor que el del estadio Ia2. Estadio ll: El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no hasta pared pélvica. El carcinoma afecta a la vagina pero no al tercio inferior. Estadio lll: El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica. En la exploración rectal no hay espacio exento de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta al tercio inferior de la vagina. Estadio lV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado a la mucosa de la vejiga o del recto. Este estadio incluye obviamente los que tienen diseminación metastásica.

Entre el 10 y el 25& de los carcinomas cervicales son adenocarcinomas, carcinomas adenoescamosos, carcinomas indiferenciados u otros tipos histológicos raros. Los adenocarcinomas se originan presumiblemente en las glándulas endocervicales y con frecuencia están precedidos por una neoplasia intraepitelial glandular (pre-cáncer) denominada adenocarcinoma in situ y que tiene una frecuencia aproximadamente epitelio endocervical. Tienden a tener un pronóstico menos favorable que el carcinoma escamoso de similar estadio.

Los adenocarcinomas de células claras del cuello uterino en mujeres expuestas al DES son similares a los que se dan en la vagina, anteriormente comentados. Su relación con los papilomavirus es incierta."[5] El CCU en su etapa inicial, se asocia regularmente con un flujo acuoso, rosado vaginal, conocido como "agua de lavar carne"; también se presentan hemorragias tras el coito, lavados vaginales; algunas veces se presentan sangrados intermitentes acompañados de dolor en el pubis y durante el coito. En etapas avanzadas puede aparecer dolor en hipogastrio y síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso) acompañado de anemia.[9-8]

Las pacientes con cáncer cervicouterino requieren que su estudio incluya su historia clínica completa, así como su examen físico y toma de biopsia y citología vaginal. La paciente con CCU sometida a cirugía por otra causa, debe ser valorada debido al agravamiento de su enfermedad. Existe una seria de pruebas denominadas "diagnósticas" que sirven de ayuda para determinar con certeza la presencia de CCU en una paciente y su extensión. A toda paciente con sospecha de CCU, debido a una biopsia anormal, se le deberá corroborar el diagnóstico mediante una colposcopia y toma de estudio histopatológico. Las pacientes con CCU deberán tener un estudio que incluya biometría hemática, química sanguínea (abarcando las pruebas de función renal y hepática).

Las pacientes con sospecha de CCU avanzado, deberán someterse a pruebas de citoscopia y rectosigmoidoscopia con toma de biopsia, para descartar o comprobar metástasis en recto o vejiga. El cono cervical es fundamental para determinar el avance o invasión del cáncer. El reporte de los tumores debe incluir: Tipo histológico, tamaño, extensión, grado de invasión, estado ganglionar, entre otros. Las pacientes con carcinoma in situ, pueden ser tratadas con métodos conservadores. La radioterapia puede utilizarse

en pacientes no aptas para cirugía o cuando la lesión incluye la vagina.[1] El tratamiento depende de cada una de las pacientes, tomando en cuenta el diagnóstico y la extensión o etapa del cáncer. La cirugía consiste en la extirpación del tejido enfermo, puede ser una pequeña parte (si hablamos de un carcinoma in situ) o el cérvix y útero completos (si hablamos de un cáncer con metástasis). La terapia radiactiva se utiliza para eliminar las células cancerosas; la quimioterapia para matar a las células cancerígenas presentes en el cuerpo. El tratamiento de la displasia y los cánceres en etapas tempranas, tienen un alto porcentaje de éxito, en cambio la mayoría de las pacientes con CCU en estadios avanzados (como el IV), mueren en cortos periodos de tiempo debido a la metástasis.

El cáncer cervicouterino es absolutamente prevenible y su tratamiento es relativamente fácil, cuando el diagnóstico es oportuno. Sabemos que es de etiología infecciosa, pero desde la perspectiva de la salud pública, estamos conscientes de que los programas de control no han funcionado como se esperaba. La experiencia de países desarrollados ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir la mortalidad por CaCu es la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio de programas de detección oportuna del CaCu. [6-3]

La gran parte de casos de CaCu se desarrollan en mujeres de escasos recursos o que tienen un acceso limitado a los servicios de salud, muchas de ellas no se hacen la prueba de Pap, que es la más conocida para detectar el CaCu. Las razones son variadas, entre las que destacan el hecho de que no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud, lo cual es un indicador que la información del programa de la DOC (Detección Oportuna de Cáncer) no ha permeado lo suficiente en las mujeres y sus parejas. Otra variable puede ser, que no tienen acceso a los centros de salud que lo proporcionan gratuitamente o que han tenido experiencias negativas con el médico u otros profesionales de salud que los atendió. También hay que considerar la educación y la formación familiar que han recibido, la cual, no les permite sopesar la importancia de esta prueba. Así, la mayoría de las mujeres, da absoluta prioridad a la salud de su familia por sobre la propia, tiene miedo de la opinión o reacción de su pareja, quien puede prohibirle que vaya al ginecólogo.[15]

Por último, no entendemos el pudor de gentes del área rural, condición prioritaria para poder hacerles llegar el beneficio de la atención médica que puede salvarles la vida.[2] La opinión negativa que la pareja tenga respecto a la atención médica de la mujer, se traduce como violencia de género o machismo. Para algunos autores, el machismo es "una serie de conductas, actitudes y valores que se caracterizan fundamentalmente por una autoafirmación sistemática y reiterada de la masculinidad; o como una actitud propia de un hombre que abriga serias dudas sobre su virilidad... o como la exaltación de la condición masculina mediante conductas que exaltan la virilidad, la violencia, la ostentación de la potencia sexual, de la capacidad para ingerir alcohol o para responder violentamente a la agresión del otro; en suma, el machismo es la expresión de la magnificación de lo masculino en menoscabo de la constitución, la personalidad y la esencia femenina; la exaltación de la superioridad física, de la fuerza bruta y la legitimación de un estereotipo que recrea y reproduce injustas relaciones de poder.[8-2]

Para algunos autores, el machismo aparece con el mestizaje, transculturación dra-mática por la forma violenta que los españoles imprimían en su unión con las in-dias. Sin embargo, en el mundo prehispánico también la mujer era considerada un ser devaluado, inferior, sin derechos.[16]

El nivel educativo es otro importante factor para la toma de decisiones, tanto de un hombre, como de una mujer. Se define como el grado académico que ha alcanzado alguna persona, lo cual conlleva valores, actitudes, pensamientos, criterio propio, etc. El cáncer cérvico-uterino debe empezar a tratarse de manera seria en todos los niveles de la población.

Según una encuesta aplicada a todas las mujeres mayores de 15 años de edad con pareja residente, cuyo total asciende a 19 471 972, 9 064 458 declararon al menos una agresión por parte de su pareja.[7]
Tradicionalmente el machismo ha estado asociado a la jerarquización y subordinación de los roles familiares en favor de la mayor comodidad y bienestar de los hombres.[1]
OBJETIVO. Determinar el impacto de la violencia de género y nivel de escolaridad, así como factores y barreras en la detección oportuna de cáncer cervico-uterino en mujeres de las colonias La Providencia y Bosques del Peñar en Pachuca hidalgo, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: De casos y Controles.

- Casos: Mujeres que no asisten al médico para una detección oportuna del CCU.
- Controles: Mujeres que si asisten al médico para una detección oportuna del CCU.

Población y Objeto de estudio:

- Mujeres que tengan entre 15 y 55 años de edad, del fraccionamiento Bosques del Peñar y de la colonia La Providencia, de Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Marco muestral:

- Fórmula de proporciones con confiabilidad de 95% y con error del 5%.

Tamaño de muestra:

- 385 encuestas

Variables y escalas de medición:

- Escolaridad → V. Categórica:
  - Básico (B) = Preescolar, primaria y secundaria;
  - Medio/Superior (MS) = Preparatoria/bachillerato, C. Profesional, posgrado.
- Violencia de género (pareja) → V. Categórica:
  - Si
  - No
- Asistencia Médica → V. Categórica:
  - Una vez al año
  - Dos veces al año
  - Ninguna vez al año
- Realización de Papanicolau: → V. Categórica
  - Una vez al año
  - Dos veces al año
  - Ninguna vez al año

Criterios de selección de las unidades de observación:

- Inclusión:
  - Mujeres que tengan entre 15 y 55 años de edad
  - Mujeres que vivan en las colonias La Providencia o Bosques del Peñar
- Exclusión:
  - Mujeres que no tengan entre 15 y 55 años de edad
  - Mujeres que no vivan en las colonias La Providencia o Bosques del Peñar
- Eliminación:
  - Mujeres que decidan abandonar la investigación al no concluir la encuesta

Procesamiento de datos:

- Los datos se procesaran por medio del software Microsoft Excel, perteneciente a Microsoft Office de Windows para realizar un análisis estadístico.

Análisis de datos: Se realizará un análisis de tipo descriptivo para las variables.

- Los datos fueron obtenidos por medio de encuestas aplicadas para ser recopilados en una base de datos con el fin de realizar un análisis estadístico y así capturar la información en tablas y gráficas.

RESULTADOS

Del periodo Junio a Diciembre de 2013 se estudiaron a 385 mujeres de 15 a 55 años de edad, de las colonias Bosques del Peñar y la Providencia de Mineral de la Reforma Hidalgo,

El promedio de edad fue de 33 años. El grupo de 15-19 años fue de 47 (12.2%), el grupo de 20-24 fue de 61 (16%), el grupo de 25-29 fue de 60 (16%), el grupo de 30 a 34 fue de 49 (13%), el grupo de 35 a 39 fue de 55 (14%), el grupo de 40 a 44 fue de 48 (12%), el grupo de 45 a 49 fue de 32 (8%), el grupo de 50 a 54 fue de 22 (6%) y las mujeres con edades menores a 14 y mayores a 55 años fueron 11(3%), (Ver gráfica 1).

El nivel educativo de la población estudiada fue Básico/Medio en 155 mujeres (40%) y Superior en 230 (60%), (Ver gráfica 2). El número de mujeres estudiadas que tienen pareja fue de 266 (69%), las que no tienen fue de 119 (31%), (Ver gráfica 3).

La población que acepto tener una pareja que le restringe cosas fue de 46 (12%), las mujeres que no tienen restricción por parte de su pareja fueron 220 (57%), (Ver gráfica 4).

El número de mujeres que tienen una pareja que se molesta seguido con ellas fue de 89 (23%), las que no fueron 177 (46%), (Ver gráfica 5).

La población estudiada que considera tener una pareja posesiva fue de 60 (16%), la población que no considera tener una pareja posesiva fue de 266 (53%), (Ver gráfica 6).

El número de mujeres que asiste al ginecólogo una vez al año fue de 165 (43%), las que asisten dos veces fue de 85 (22%) y las mujeres que no asisten ninguna vez al año fueron 134 (34.7%), (Ver gráfica 7).

La población estudiada que se ha realizado el papanicolau fue de 289 (75%), la que no fue de 95 (25%), (Ver gráfica 8).

El número de mujeres que se realizan el papanicolau una vez al año fueron 199 (52%), las que se lo realizan dos veces al año fueron 43 (11%), las que no se lo realizan cada año con regularidad son 47 (12%), (Ver gráfica 9).

La población estudiada que se realizó su último papanicolau dentro de los últimos seis meses fue de 121 (31%), la población que se lo realizó dentro de los últimos seis a doce meses fue de 108 (28%) y la población que se lo realizo hace más de un año fue de 60 (16%), (Ver gráfica 10).

Se realizó un análisis bi-variado relacionando la variable del Nivel Educativo con Pareja, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.12 ($p<0.05$)

Se realizó un análisis bi-variado relacionando la variable del Nivel Educativo con Pareja/Restringe, obteniendo el siguiente valor de OR: 21.17 (p 0.05)

Se realizó un análisis bi-variado relacionando la variable del Nivel Educativo con Pareja/Molestias, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.47 (p 0.05)

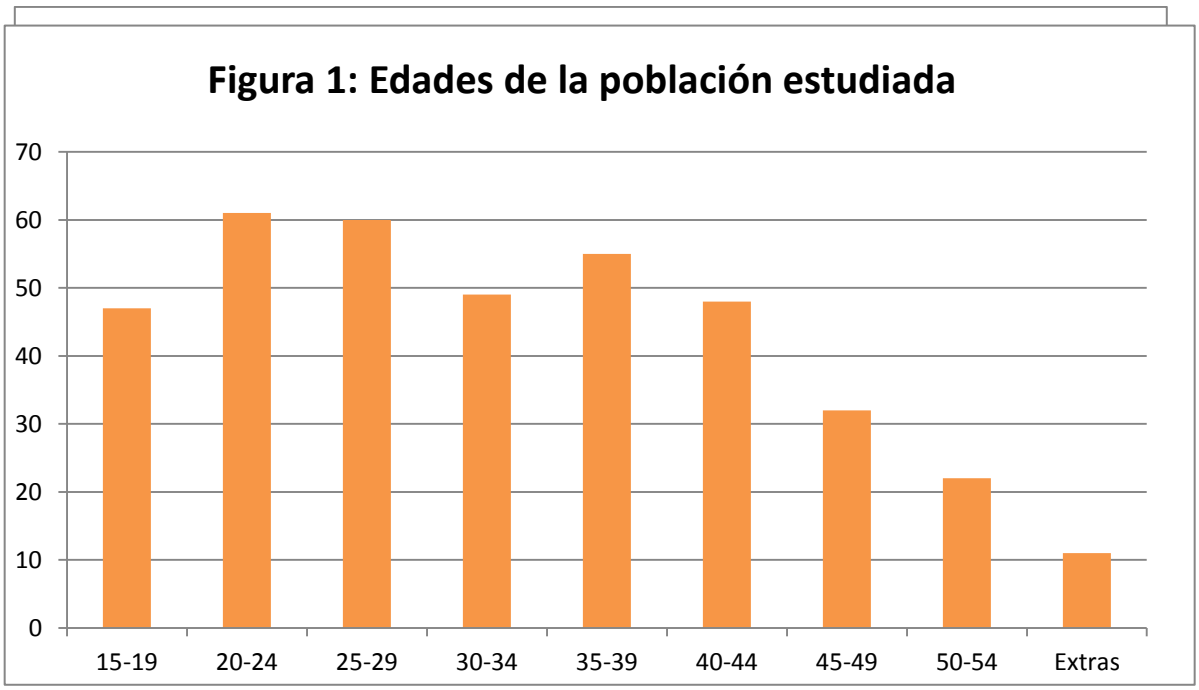
Se realizó un análisis bi-variado relacionando la variable del Nivel Educativo con Pareja/Posesiva, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.66 (p 0.05)

Se realizó un análisis bi-variado relacionando la variable del Nivel Educativo con Papanicolau, obteniendo el siguiente valor de OR: 1.32. (p 0.05)

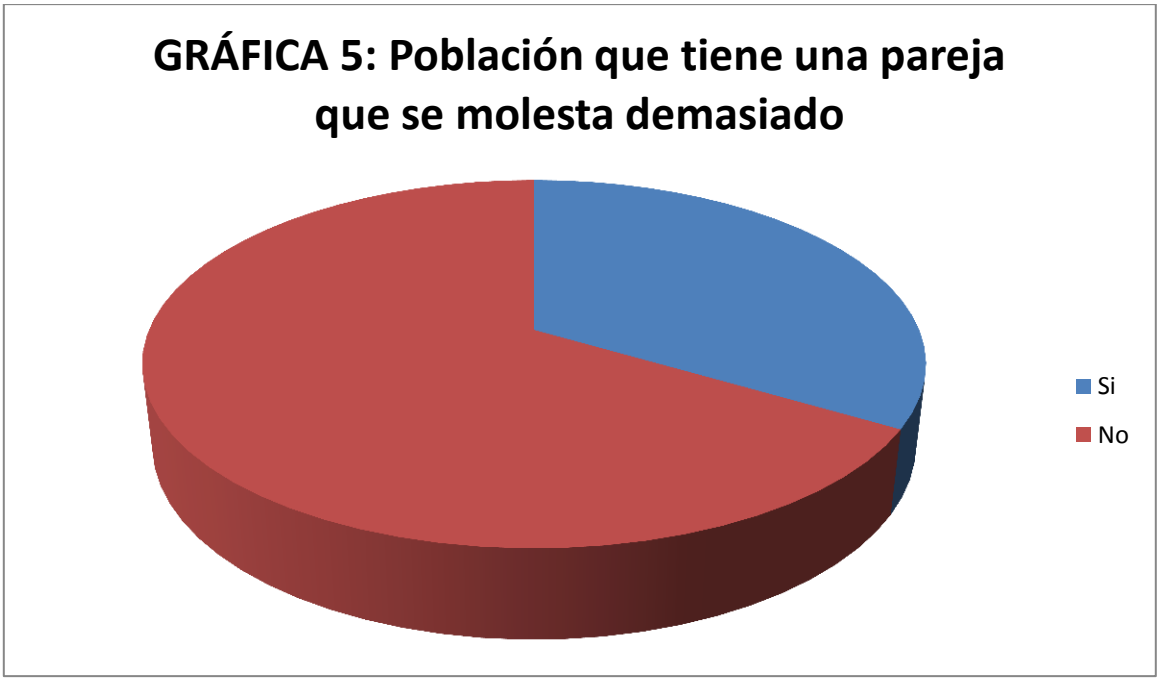
Tabla 1. Análisis bivariado para la determinación de asociación epidemiológica entre violencia de género, escolaridad y papanicolau

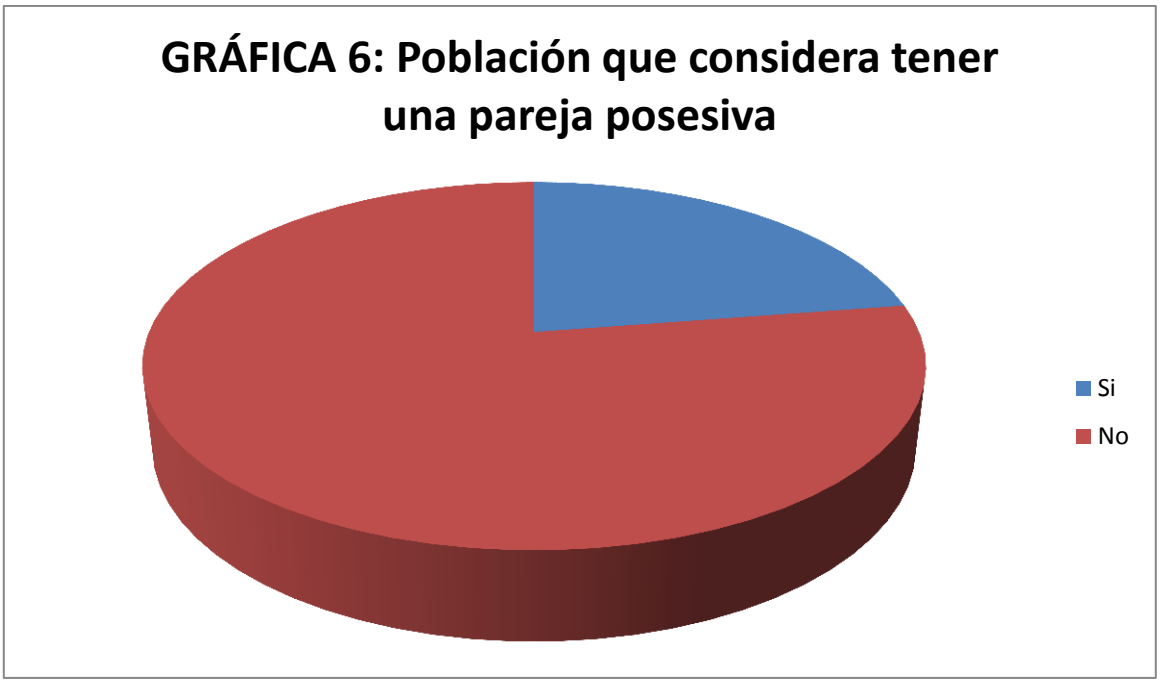
Variables	OR	Valor de p
Escolaridad con Pareja/Restringe	OR: 21.17	($p<0.05$)

Escolaridad Pareja/Molestias	OR: 1.47	(p<0.05)
Escolaridad con Pareja/Posesiva	OR: 1.66	(p<0.05)
Escolaridad con Papanicolau,	OR: 1.32	(p<0.05)



GRÁFICA 4: Población que tiene una pareja que le restringe cosas
Si
No


GRÁFICA 5: Población que tiene una pareja que se molesta demasiado
Si
No


GRÁFICA 6: Población que considera tener una pareja posesiva
Si
No

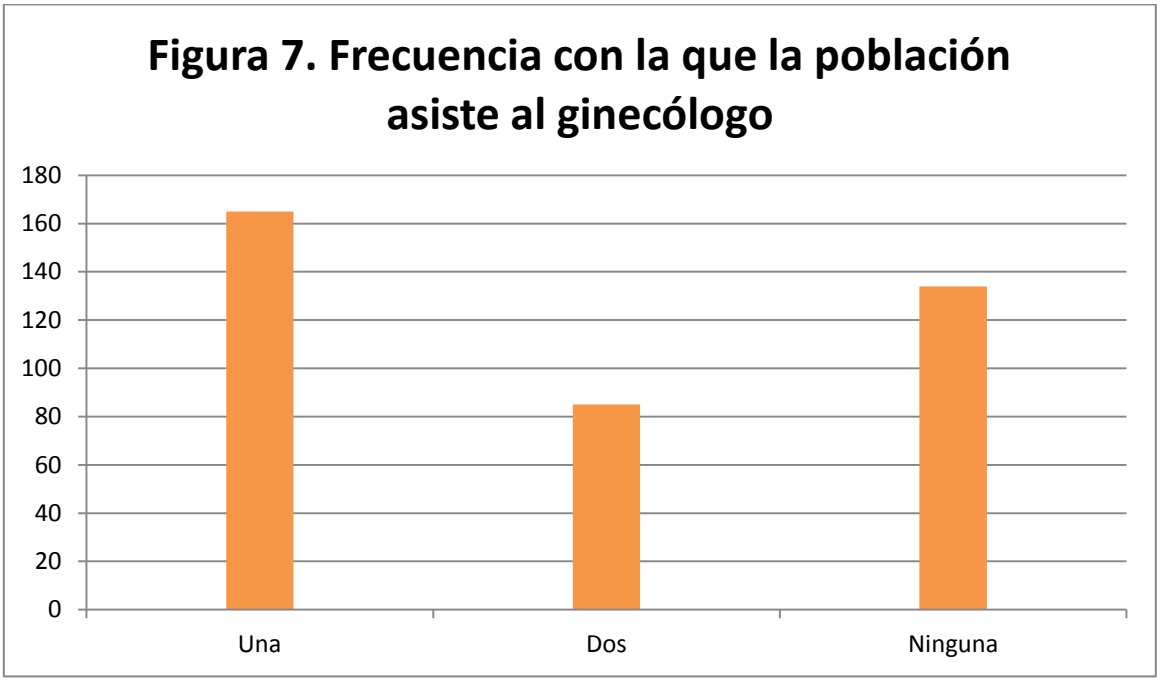
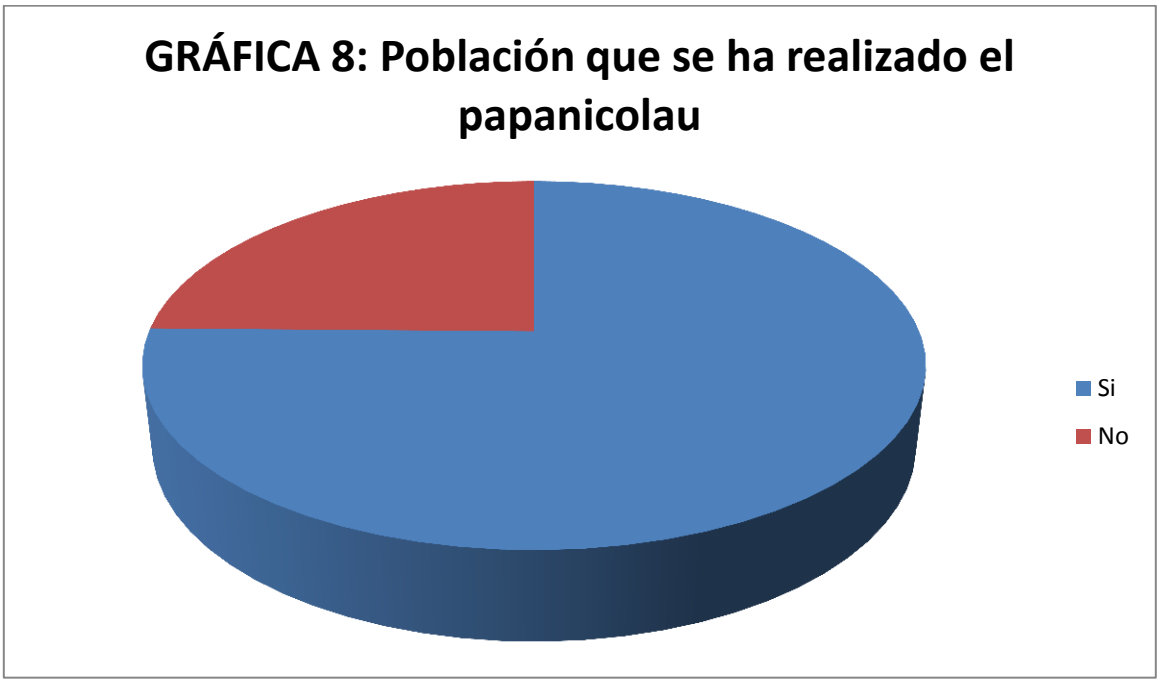
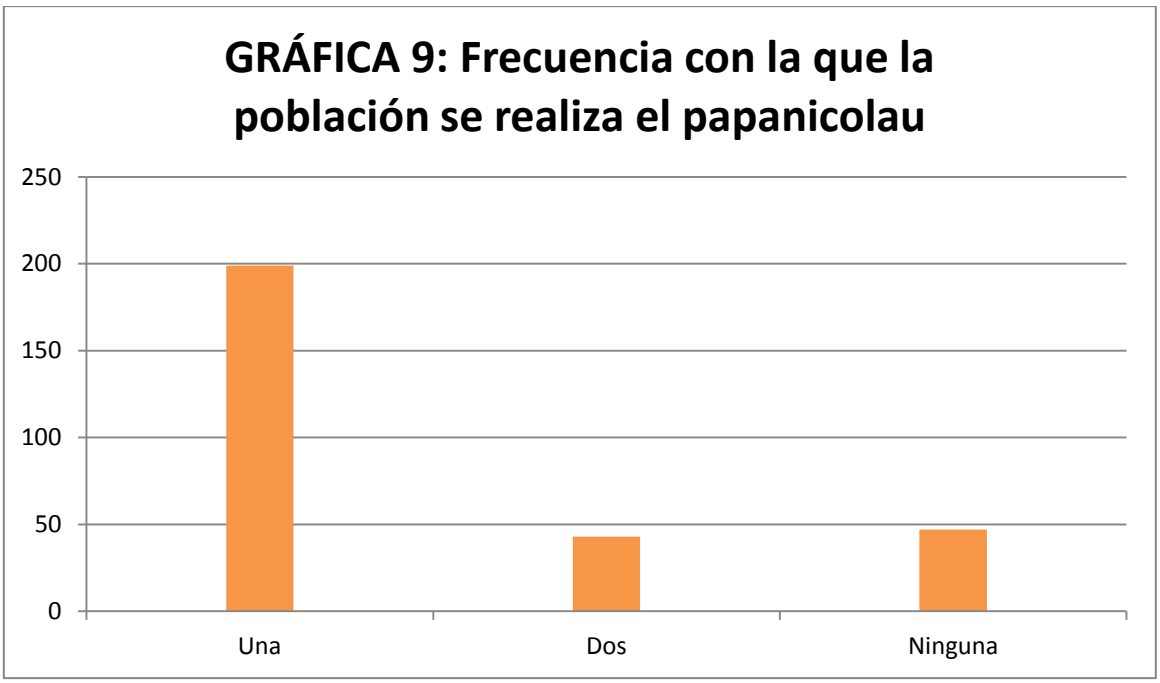
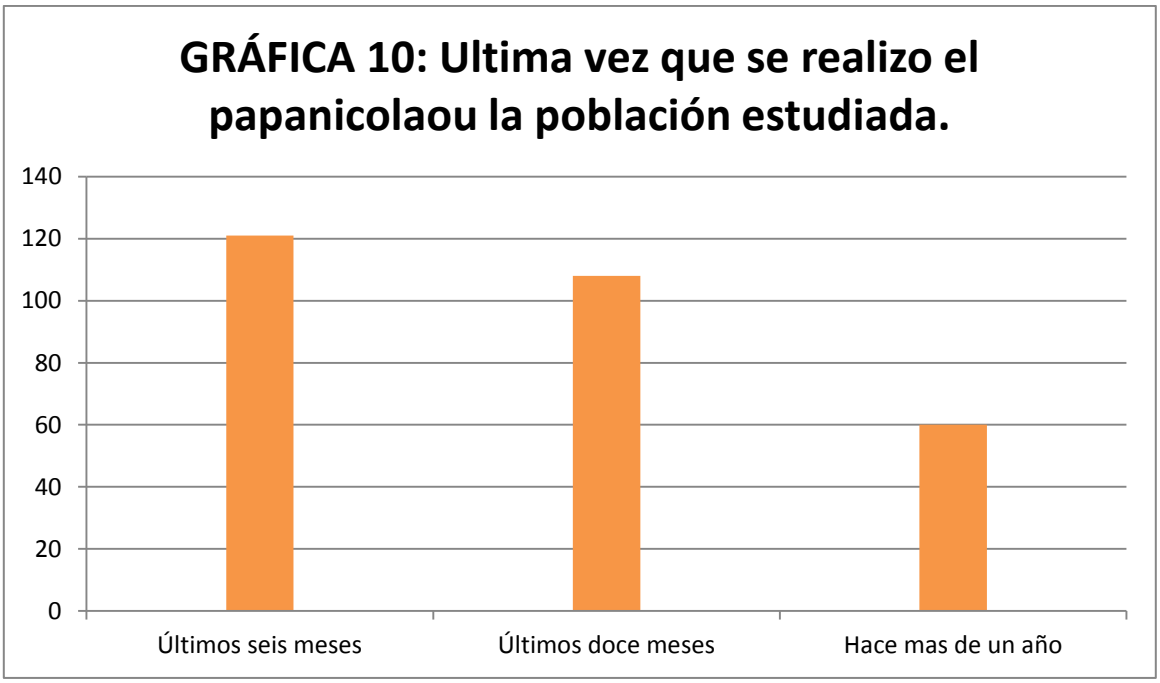


Figura 7. Frecuencia con la que la población asiste al ginecólogo
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Una
Dos
Ninguna


GRÁFICA 8: Población que se ha realizado el papanicolau
Si
No


GRÁFICA 9: Frecuencia con la que la población se realiza el papanicolau
250
200
150
100
50
0
Una
Dos
Ninguna



DISCUSIÓN

Se evidenció que las mujeres de las colonias Bosques del Peñar y La Providencia de Mineral de la Reforma, Hidalgo presentaron altos niveles de prevención contra el cáncer cérvico-uterino debido a que se encontró que el 63% de ellas se realiza el papanicolaou con regularidad cada año. Además se comprobó que la influencia de su pareja y su nivel educativo no influyen en este resultado debido a que el 86% de ellas no sufre violencia de género y el 60% tiene un nivel educativo alto. El 14% de la población estudiada presentó violencia de género, nivel educativo bajo y un cero en realización de papanicolaou.

Estos datos indican que las mujeres que no asisten a la atención médica para una detección oportuna del cáncer cérvico-uterino son por causas que excluyen el nivel educativo y la violencia de género.

Es necesario determinar las razones por las cuales las mujeres, no acuden a la atención ginecológica, por qué pese a que representan un porcentaje bajo, se debe trabajar en eso para alcanzar niveles más altos de prevención cancerígena.

Con esto se prueba que los datos obtenidos hace algunos años, por lo menos han cambiado de manera positiva en estas colonias de Minera de la Reforma, Hidalgo.

En 2003 se observó que 47% de las mujeres mexicanas sufren violencia de género por parte de sus parejas y en 2008 se comprobó que 10 de cada 100 mujeres no tienen escolaridad (INEGI).

En conclusión, la población estudiada se encuentra en un nivel alto si tomamos en cuenta el párrafo anterior. Este estudio permitió acercarnos a la realidad científica dentro del contexto de la prevención del cáncer cérvico-uterino.

CONCLUSIONES

Las mujeres de las colonias Bosques del Peñar y la Providencia de Mineral de la Reforma, Hidalgo muestran altos niveles de asistencia médica preventiva del cáncer cérvico-uterino, con un bajo índice de violencia de género y nivel educativo básico lo que nos indica un panorama general bueno en comparación con resultados obtenidos en años pasados.

Aun así, es preocupante que 14% de la población encuestada sufren violencia de género por parte de sus parejas, ya que este resultado conlleva una serie de cosas alarmantes como alto índice de daño físico y emocional (enfermedades como CCU) reflejado en estas mujeres. La mejor manera de terminar con este problema social es la información y apoyo.

El nivel educativo obtenido en esta investigación refleja un importante avance en materia académica de la población, siendo el predominante el nivel medio-superior lo que significa que cada día nos enfrentamos a una sociedad mayor preparada que necesita satisfacer sus necesidades, prioritariamente las de salud.

Es conveniente realizar estrategias para aumentar notablemente la asistencia médica con el fin preventivo, tanto en Mineral de la Reforma, como en otros municipios y estados, para impactar en la sociedad en general, sin importar el nivel educativo o condición social, ya que el cáncer cérvico-uterino sigue siendo un problema de salud grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez CA, Grigsby PW, Nene SM, et al.: Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. 1992. Cancer 69 (11): 2796-806

2. Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al.: Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. J Clin Oncol. 1999. 17 (5): 1339-48

3. Morris M, Eifel PJ, Lu J, et al.: Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. N Engl J Med. 1999. 340 (15): 1137-43

4. Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al.: Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. N Engl J Med. 1999. 340 (15): 1144-53

5. Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al.: Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. N Engl J Med. 1999. 340 (15): 1154-61

6. Peters WA 3rd, Liu PY, Barrett RJ 2nd, et al.: Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. J Clin Oncol. 2000. 18 (8): 1606-13

7. Thomas GM: Improved treatment for cervical cancer--concurrent chemotherapy and radiotherapy. N Engl J Med. 1999. 340 (15): 1198-200

8. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration.: Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. J Clin Oncol. 2008. 26 (35): 5802-12

9. Pearcey R, Brundage M, Drouin P, et al.: Phase III trial comparing radical radiotherapy with and without cisplatin chemotherapy in patients with advanced squamous cell cancer of the cervix. J Clin Oncol. 2002. 20 (4): 966-72

10. Rose PG, Bundy BN: Chemoradiation for locally advanced cervical cancer: does it help? J Clin Oncol. 2002. 20 (4): 891-3

11. Monk BJ, Tewari KS, Koh WJ: Multimodality therapy for locally advanced cervical carcinoma: state of the art and future directions. J Clin Oncol. 2007. 25 (20): 2952-65

12. Patel FD, Sharma SC, Negi PS, et al.: Low dose rate vs. high dose rate brachytherapy in the treatment of carcinoma of the uterine cervix: a clinical trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1994. 28 (2): 335-41

13. Hareyama M, Sakata K, Oouchi A, et al.: High-dose-rate versus low-dose-rate intracavitary therapy for carcinoma of the uterine cervix: a randomized trial. Cancer . 2002. 94 (1): 117-24

14. Lertsanguansinchai P, Lertbutsayanukul C, Shotelersuk K, et al.: Phase III randomized trial comparing LDR and HDR brachytherapy in treatment of cervical carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2004. 59 (5): 1424-31

15. Nag S, Chao C, Erickson B, et al.: The American Brachytherapy Society recommendations for low-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the cervix. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002. 52 (1): 33-48

16. Nag S, Erickson B, Thomadsen B, et al.: The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the cervix. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2000. 48 (1): 201-11

TRABAJO EDUCATIVO POPULAR FRENTE A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1.- Cornisa:
Trabajo educativo popular frente a los determinantes sociales de la salud.
2.- Título:
Trabajo educativo popular en comunidades rurales: estrategia frente a los determinantes sociales de la salud.
Popular educational work in rural communities: a strategy addressing social determinants of health.
3.- Autor y afiliación:
Jorge Laureano Eugenio (1) y Elisa Gil Hernández (2) Mejía-Mendoza Martha Leticia (3)
(1,2,3) Secretaría de Salud Jalisco

Introducción: Es de interés y análisis para los gobiernos, las persistentes inequidades sociales dentro de una sociedad y entre distintas sociedades, injusticias evitables que

determinan las posibilidades de las personas para desarrollarse en la vida y gozar de buena salud, necesitando desarrollar estrategias de intervención con la población, que posibiliten la problematización y toma de acción frente a estos determinantes.
Objetivo: Describir el proceso y resultados del trabajo educativo popular para incidir en los Determinantes Sociales de la Salud en el contexto rural de Jalisco, México.
Material y Métodos: Proceso educativo circular sistémico en ocho momentos, utilizando métodos mixtos y participación de un equipo de investigación transdisciplinar. Momentos: 1) coyuntura social, 2) adentramiento al contexto, 3) conformación de Grupo Primario, 4) problematización, 5) movilización social, 6) crecimiento del proceso, 7) problematización de la práctica realizada, 8) evaluación y sistematización del proceso.
Resultados: Implementación del proceso educativo en tres comunidades rurales de Jalisco (2010 al 2014), entorno a coyunturas interpretadas por la población (Etnia wixárika: muerte materna, El molino: dengue, Santiago de Pinos: alimentación saludable). Crecimiento del proceso con la creación de agendas colectivas de trabajo donde la población identifica, prioriza, planea y gestiona sus necesidades y deseos de transformación social, comprendiendo los Determinantes Sociales de la Salud, desde dentro de la comunidad y en un sentido histórico y cultural.
Conclusiones: El trabajo educativo ofrece la posibilidad de lograr la movilización social, a manera de demanda pública organizada hacia organismos e instituciones de la salud, educación y desarrollo social, avanzando hacia el empoderamiento de la población y fortalecimiento del entramado social para incidir en los determinantes sociales de la salud presentes su contexto.
Palabras clave: educación popular, determinantes sociales de la salud, desarrollo social

Introduction: It is of interest and analysis for governments, persistent social inequities within a society and between societies, avoidable injustices that determine the ability of individuals to grow in life and good health, need to develop intervention strategies population, which enable the problematization and take action against these determinants.
Objective: To describe the process and results of the popular educational work to influence the social determinants of health in the rural context of Jalisco, Mexico.
Material and Methods: Circular systemic educational process in eight times using mixed methods and participation of a team of transdisciplinary research. Moments: 1) social situation, 2) introduction context, 3) formation of Primary Group, 4) problematization 5) social mobilization, 6) growth process, 7) on problematizing practice, 8) evaluation and systematization process .
Results: Implementation of the educational process in three rural communities in Jalisco (2010 to 2014), around joints performed by the population (wixárika Ethnicity: maternal death, The Mill: dengue, Santiago the Pines: Healthy Eating). Growth process with the creation of collective agendas where the population identifies, prioritizes, plans and manages their needs and desires for social change, social determinants of health comprising from within the community and in a historical and cultural sense.
Conclusions: The educational work offers the possibility of achieving social mobilization, as an organized public demand to organizations and institutions of health, education and social development, moving towards empowering people and strengthening the social fabric to influence the determinants health present social context.
Key words: popular education, social determinants of health, social development

1.- Introducción:

En los últimos años, México ha logrado avances considerables en el campo de la salud, reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer y en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil, pero a pesar de ello, se observan diferencias en cuestiones de salud entre las distintas regiones del país, los grupos étnicos y grupos socioeconómicos.

Los factores que influyen en la distribución inequitativa de la salud y el bienestar de la población, les han llamado, determinantes sociales de la salud, conceptualizados como las circunstancias de vida en la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido además de la calidad del medio natural en que vive la población, teniendo como resultados, las inequidades en salud entre distintas poblaciones y aún dentro de una misma población (1).

En la búsqueda de justicia social, el cumplimiento de los derechos humanos (enfatizando el poner en marcha el derecho a la salud) y la equidad en salud, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en México, señala la importancia de incorporar el concepto de empoderamiento y capital social a las acciones de salud, cuyo fundamento sea la participación social, siendo necesario fomentar la movilización social de actores sociales locales para la identificación de sus problemas, el análisis de los mismos y la generación de propuestas o estrategias que permitan su resolución (2).

La movilización social considera a la población sujeto y no solo objeto del proceso participativo, pues permite que los miembros de la comunidad, puedan dar a conocer sus necesidades, siendo también generador de sus propias acciones, un trabajo reflexivo que fomenta el desarrollo de sus habilidades, la adquisición de conocimientos, el otorgamiento de capacidad y poder para la producción de su salud de manera dinámica y equitativa, identificando, priorizando, planificando y gestionando sus necesidades de transformación, con la movilización de todos los recursos disponibles.

Estos procesos de movilización social, deben de ser auto-sustentables, entendiendo de manera profunda el contexto social, cultural, político y económico de donde se lleva a cabo, considerado el punto de vista de la factibilidad, para que la demanda creada por el proceso de movilización, tenga los resultados esperados, pero también lograr la conciliación de todos los posibles y prácticos aliados sociales e intersectoriales, lo que aumenta la percepción del fortalecimiento de la participación comunitaria con sostenibilidad y autoconfianza (3).

La propuesta teórica y metodológica que ha planteado históricamente la educación popular, permite a la población hacer posible su empoderamiento, a través de un proceso político-pedagógico-cultural con el uso de distintas estrategias críticas y creadoras, permitiendo superar los sentidos de dominación, al construir en la población relaciones equitativas y justas, con igualdad de derechos entre las personas, prácticas educativas diversas con una intencionalidad trasformadora de la realidad, avanzando hacia el desarrollo pleno de las capacidades cognitivas, comunicativas y emocionales de la población, quienes a su vez, logran cambio de valores, actitudes, creencias y comportamientos (4).

La Secretaría de Salud Jalisco, frente a la tarea de desarrollar estrategias de intervención con la población, que posibiliten la problematización y toma de acción frente a los determinantes sociales de la salud, implicando la formación de recursos humanos para este trabajo, ha llevado a cabo procesos educativos desde el 2010, en tres comunidades rurales, poblaciones que se encuentran en condiciones de aislamiento y sus oportunidades de desarrollo son distintas a otros contextos del país (5).

Con el interés de reflexionar, aprender y compartir de las experiencias vividas con la intervención educativa, enfatizando la transformación de las acciones de educación y

promoción de la salud dentro de los programas de salud dentro de la entidad, el presente documento tiene como objetivo el describir el proceso y resultados del trabajo educativo popular para incidir en los Determinantes Sociales de la Salud, en el contexto rural de Jalisco, México.

2.- Método:

Teniendo como base la práctica social y características propias del contexto rural, las acciones educativas se sustentaron en los principios teóricos y pedagógicos de la educación popular, a través de un proceso circular sistémico, desarrollando sus tres ejes: *la organización, la cultura y el poder para,* buscando en todo momento la reflexión crítica de la población participante (6).

Se conformaron equipos transdisciplinarios con integrantes de nivel local y estatal, para la implementación del proceso educativo: promotores de la salud, enfermeras, médicos, epidemiólogos, nutriólogos, activadores físicos y trabajadores sociales. Se utilizaron métodos mixtos (cuantitativos, cualitativos y participativos), para la descripción etnográfica y epidemiológica del contexto, caracterización y comprensión de los determinantes sociales, técnicas educativas populares para la toma de conciencia, generación de indicadores y la sistematización del proceso educativo.

El proceso educativo de las tres comunidades, se ha configurado en ocho fases que se retroalimentan y redefinen en cada contexto particular.

1. Partir de coyuntura social: se inicia el trabajo educativo a partir de necesidades (problemáticas) sentidas por la población, coyunturas sociales con las cuales la población se siente identificada, dando sentido a su participación dentro de la movilización social.

2. Conocimiento de la comunidad: Caracterización epidemiológica y etnográfica del contexto, permitiendo el adentramiento al contexto y la identificación de personajes tradicionales e institucionales, sus formas de organización, habilidades, competencias y actitudes, al igual que aspectos que inhiban o faciliten el proceso.

3. Conformación de Grupo Primario (GP): Convocatoria de líderes naturales e institucionales de la comunidad, dando a conocer el objetivo de su agrupación, llevando a cabo con ellos acciones de integración de grupo y formas participación.

4. Estrategia de problematización: proceso de reflexión crítica de los aspectos de interés (necesidades) con los miembros del GP, generando a través de técnicas de análisis a nivel económico, político e ideológico, un distanciamiento crítico de su realidad, posicionando aspectos reales y percibidos implicados en cada problemática planteada.

5. Movilización social: El GP a través de asambleas comunitarias, dan a conocer con la población los resultados del trabajo de problematización, permitiendo a la población emitir un juicio para la priorización de problemáticas y formas de actuar sobre ellos. Por cada problemática priorizada, se genera una Comisión de trabajo (CT), integrada por miembros del GP, población y organismos e instituciones, construyendo agendas colectivas de trabajo, para plasmar sus modalidades de organización en la solución del problema retomado, trabajo inscrito dentro del Modelo Conceptual Acción-Reflexión.

6. Crecimiento del proceso: El GP y las CT dan dirección al proceso de movilización social, determinando su crecimiento y sostenimiento con la gestión ante otras instancias para la solución de la problemática, retomando formas de organización tradicional y generando otras nuevas, seleccionando los momentos y espacios de trabajo, actores participantes y formas de interacción entre ellos.

7. Volver a la práctica social: durante la implementación de acciones, el GP vuelve constantemente al análisis y reflexión de su práctica frente a sus necesidades, un distanciamiento crítico de la realidad que han construido con el proceso educativo, permitiendo reflexionar los problemas que se han resulto y los que no, sus razones y otras posibles acciones, además de la identificación de nuevas necesidades.

8. Sistematización del proceso: Con el interés de reflexionar, aprender y compartir lo aprendido dentro del proceso educativo, se recurre a la sistematización, llevándose a cabo mínimo a dos años de haber iniciado proceso, implicando metodológicamente: a) Elaboración del plan de sistematización, b) Reconstrucción histórica del proceso, c) Análisis a profundidad y d) Momento de llegada.

3.- Resultados:

Del 2010 al 2013 (tres años), el proceso educativo se ha desarrollado en tres comunidades rurales de Jalisco, entorno a coyunturas distintas, con tiempos distintos en el avance de cada una de las fases del proceso, aspectos descritos en el cuadro No. 1,

Cuadro No. 1

Comunidades rurales y coyunturas sociales donde se ha desarrollado el proceso educativo popular para la movilización social frente a los determinantes sociales de la salud.

Comunidad	**Necesidades planteadas por la comunidad**	**Fase del proceso en que se encuentran**
Localidad indígena wixárika del norte del estado	Muerte materna y acceso a servicios de salud	Fase 5. Movilización social
Localidad rural de la costa del estado	Dificultad para el acceso a los alimentos	Fase 6. Crecimiento del proceso
Localidad rural del sur del estado	Contaminación de la presa, muerte por dengue y violencia contra la mujer	Fase 8. Sistematización del proceso

En lo que respecta a la conformación del GP, debe destacarse la participación activa de la mujer en las tres localidades, en su rol de partera, enfermera, profesora, ama de casa y delegada ejidal. En lo que respecta a la integración de las CT, se logró la construcción de 9 agendas colectivas de trabajo, donde se puede identificar la participación de otros actores sociales internos y externos a las localidades, descritos en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

Actores participantes y su nivel de involucramiento dentro del educativo popular para la movilización social frente a los determinantes sociales de la salud.

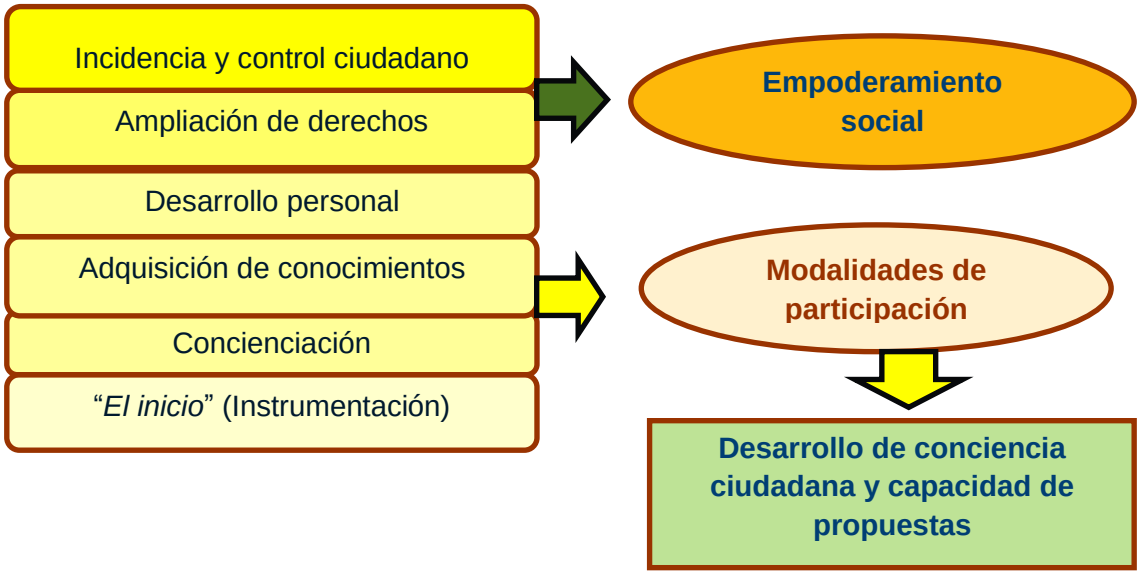
Actores participantes	**Descripción**	**Nivel de involucramiento dentro del proceso**
Líderes naturales	- Parteras - Ejidatarios - Grupos parroquiales - Médicos tradicionales -Gobernadores tradicionales -Comisariados ejidales	-Diseño -Ejecución -Evaluación
Personal institucional de salud local	-Médicos -Enfermeras -Promotores de salud	-Diseño -Ejecución -Evaluación

	-Auxiliares de salud	
Instituciones	-DIF -Instituto Municipal de las mujeres -Ayuntamientos (gobierno municipal)	-Diseño -Ejecución
Otras organizaciones de la sociedad civil	-Comunidad de mineros -Comunidad de extranjeros residentes en los Estados Unidos	-Diseño -Ejecución

Es dentro de la fase de movilización social, donde el GP ha logrado la formulación y activación de modalidades de organización para incidir ante sus necesidades, permitiendo la participación de la población y el GP, con los distintos actores sociales, entorno a necesidades planteadas de transformación, asumiendo sus derechos y deberes cada uno de ellos, convirtiéndose algunos GP en gestores de su propio desarrollo, en fiscalizadores y socios activos del Estado.

El GP también logró que sus integrantes asumieran convicciones propias y no esperaron que *"los expertos",* interpretaran sus problemas, para ellos aceptarlos de manera pasiva y dogmática. Esta convicción racional y firme, fue la base real sobre la que se sustentó la voluntad política, logrando adquirir una actitud de cuestionamiento sobre el proceso causal de los hechos y su dinámica interna, profundizando, ampliando y actualizando constantemente el conocimiento que se tiene sobre ellos.
La formulación de las agendas colectivas de trabajo a partir de sus necesidades, posicionó a la población de una manera más sólida frente a otros actores sociales en la toma de decisiones para incidir sobre sus necesidades, encontrando en sus agendas, evidencias de su creatividad, anhelos de transformación y capacidad de construir su propia salud, aspecto clave para la eficacia social frente a los determinantes sociales de la salud.
A partir del trabajo metodológico de la sistematización, se puede esquematizar, el crecimiento del proceso educativo, iniciándose con la instrumentación del proceso hasta la incidencia y control ciudadano, y dentro de este crecimiento, el desarrollo de conciencia crítica, la generación de distintas modalidades e participación hasta hacer evidente el empoderamiento ciudadano, tal como se muestra en el esquema No 1.

Esquema No. 1
Proceso de empoderamiento de la población participante dentro del proceso educativo popular para la movilización social frente a los determinantes sociales de la salud.



Dentro del marco analítico antes descrito, es que se logró configurar cada uno de los momentos del proceso educativo, haciendo evidente la movilización social a manera de demanda pública organizada entorno a objetivos construidos colectivamente por la población, permitiendo el rompimiento de la parálisis social de la población, ante la participación en aspectos de desarrollo social y salud, destacando el involucramiento y formación bajo estos supuestos teóricos de trabajo, a todos los actores involucrados,

Para hacer visible y cuantificable la movilización social, además de la sistematización de la experiencia, se ha recurrido a la construcción de indicadores, que permitan dar cuenta del avance del proceso, siendo distintos en cada una de las localidades de acuerdo a los determinantes sociales a incidir y el tiempo que esto requería; a continuación en el cuadro No. 3 se describen algunos de ellos:

Cuadro No. 3
Indicadores generados para medir el impacto del proceso educativo popular para la movilización social frente a los determinantes sociales de la salud.

Construcción de indicadores para evaluar el proceso educativo	**Descripción**
Indicadores de proceso	-Equipos multidisciplinarios de salud -Vehículos -Viáticos -Materiales para el trabajo educativo popular -Espacios físicos para el trabajo comunitario

	-Horas empleadas en cada técnica
Indicadores de impacto	-Prevalencia e incidencia de patologías -Número de agendas colectivas generadas -Actitudes, conocimientos y prácticas -Estrategias de promoción de la salud -Actores participantes (sociedad, instituciones, organizaciones de la sociedad civil) -Instrumentos específicos de medición (violencia, acceso a alimentos, recordatorio de 24 horas, depresión, entre otros).

Debe de destacarse lo importante que ha sido la comunicación directa entre los distintos actores participantes dentro del proceso, para avanzar hacia el empoderamiento comunitario, manifestado en la consulta constante de las decisiones o posiciones que se defienden, siendo vital la construcción de estas redes sociales de comunicación, ya que permiten tanto una verdadera negociación entre los actores involucrados, como el intercambio de sentidos sobre las necesidades de transformación y las estrategias de gestión.

Esta construcción de redes sociales de comunicación, se diferencia entre las tres comunidades en cuanto al trabajo con los Ayuntamientos, ya que solamente en la localidad de la zona costa, han asumido su responsabilidad constitucional de fortalecer y estimular el proceso educativo y en las otras dos comunidades, se ha utilizado como escenario político para los funcionarios en turno, que solo aparece al inicio de los trabajos, pero en posterior no se tiene continuidad, aspecto que se tuvo claro por parte de los investigadores para evitar que esto afectará la naturaleza de la movilización social generada por el GP.

De manera puntual, figuras políticas externas a la comunidad indígena del norte del país, ha tenido el interés de colocar de manera coercitiva a líderes locales que no tienen los principios de una participación crítica, sino más bien adopta una posición diferente, simpatizantes para intereses particulares, personajes *"que no hacen mucho ruido"*, estando el proceso con riesgos de ser manipulado, utilizando las necesidades de trasformación de la población, para otros fines, obstaculizando la movilización social.

En lo que respecta al educador, fue importante que permitiera a la población concebir los momentos de trabajo del proceso, un espacio participativo y transformador, partiendo de la realidad contextual donde la población vive, actúa y realiza sus acciones, ubicándose en todo momento el educador, como apoyo o facilitador del proceso, permitiendo a la población obtener una visión crítica y creadora de la práctica social, evidenciando y cuestionando los determinantes sociales de la salud presentes en la localidad (análisis del proceso causal de los problemas y su dinámica interna), profundizando y actualizando constantemente sus conocimientos y formas de actuar sobre estas inequidades.

4.- Discusión:

En la generación de propuestas de movilización social frente a los determinantes sociales de la salud, debe de comprenderse que las políticas sociales e intervenciones deficientes, son situaciones económicas injustas que matan a la población a gran escala, y que de manera local, se ve reflejado en la distribución desigual del acceso a servicios de educación, salud, empleo y alimentos, planteando así una situación compleja y dinámica

que requiere de la intervención de distintas disciplinas y la utilización de los distintos métodos de cada una de estas para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El haber retomado los principios teóricos y pedagógicos de la educación popular, permitió que la población adquiriera una visión totalizadora de sus problemáticas dentro de su realidad, donde cada elemento inscrito, se articula de manera dinámica y coherente con el conjunto (interacción dialéctica entre los factores económicos, políticos e ideológicos), permitiendo avanzar de una simple identificación y priorización, hacia la generación de acciones para la búsqueda de soluciones, proceso educativo de crítica para dirigir acciones hacia lo que ellos consideran debe de suceder.

Para ello, debe destacarse la gran utilidad que se tiene con las técnicas educativas populares para la movilización social, pues estas permiten que la sabiduría popular, la sensibilidad de la comunidad y su creatividad, se conviertan en elementos que permiten dar una interpretación de su propia realidad, desde su propio universo vocabular, generando su propia teoría y sus propios conceptos, claras motivaciones para pasar de una simple organización a una movilización social que rompe con la parálisis social ante la acción.

El que la población descubriera de manera progresiva, sistemática y grupal, "*las causas de las causas*" que originan sus problemas, significó pasar de la apariencia exterior, a razones reales, significando a los Determinantes Sociales de la Salud dentro de lo social, histórico y cultural de cada comunidad, adquiriendo el nivel de conciencia crítico planteado al inicio.

Las formas particulares de adoptar la movilización social la población, mantuvo y dio crecimiento al proceso, logrando una transformación social que retomó y valoró su cultura, las formas de vida y organización local ya existentes, por lo que los logros alcanzados, representaron el florecimiento de su vida en comunidad con un sentido de libertad de elección, configurándose en un ejercicio para alcanzar el derecho a una mejor salud y bienestar social.

Los talleres educativos populares, fundamentados en la praxis social y su reflexión crítica, facilitaron que las intervenciones generaran procesos de construcción y de-construcción del saber popular y del mismo conocimiento científico, comprendiendo la población rural la importancia de su participación dentro del proceso y creando modalidades propias de organización para la acción, junto con otras instancias, ya que la interacción entre actores sociales y actores parlamentarios, permite discutir el supuesto rol de la voluntad o la presión popular, como orientadora de un cambio de rumbo en el Estado, generando el cuestionamiento y reforma de las leyes que rigen a la población (7).

Un aspecto clave para activar la movilización social, fue el trabajo desarrollado por cada Comisión de Trabajo: colaborativo, de auto-gestión, gestión conjugada y negociación, definiendo y evaluando sus propias propuestas de acción, logrando romper limitaciones de carácter estructural dentro de la sociedad (concentración del poder), condición clave para el desarrollo social, ya que el poder y toma de decisiones, se otorga a la población para el trabajo en conjunto con otros actores sociales, permitiendo la generación de redes sociales y comunitarias, alianzas saludables que fomentan sus capacidades humanas, culturales y de libertad.

La utilización y recreación de técnicas educativas populares, por parte de los educadores, fue el estímulo que propicio la participación y también la generación de conocimientos, recogiendo vivencias y formas de interpretar la realidad de las personas participantes, haciendo posible que ellos describan *"las raíces y consecuencias"* de cada problema priorizado, llegando a la reflexión de los mismos desde una visión totalizadora, elaborando y dinamizando sus propuestas, lo que posibilitó el crecimiento del proceso de movilización social en diferentes niveles de manera simultánea (6).

La participación de la población con otros actores sociales entorno a las alianzas saludables, representa una democracia que recupera el sentido transformador e igualitario de la movilización social, dejando atrás la simple instrumentación de la estrategia, tomando conciencia, ampliando sus derechos además de adquirir poder y control ciudadano, empoderamiento comunitario que fortaleció aspectos de identidad y realización grupal, desarrollando sus áreas afectiva, intelectual y social (8).
Finalmente a partir de la propuesta de modelo generado y los resultados alcanzados, es que se debe valorar los supuestos teóricos y didácticos sobre los cuales se sustentan los espacios participativos y las estrategias comunicativas de salud y desarrollo social en cada entidad del país, reflexionando si su concepción y aplicación, las convierten en instrumentos para la progresiva construcción de ciudadanía, evitando que la población solo sea convocada por administradores locales que después desaparecen del escenario (9).
Los promotores de la salud tiene la necesidad de las técnicas y métodos que posibilitan tanto la comunicación como la mercadotecnia, pero también aquellas que generan la movilización social, considerando la necesidad de trabajar con otras disciplinas como la mercadotecnia, la sociología, antropología, comunicación, epidemiología, entre otras, proporcionándole conocimientos, forjándole actitudes y cambios en su práctica disciplinar.

A manera de conclusión, es importante considerar que el retomar los principios teóricos de la educación popular para actuar sobre los determinantes sociales del contexto rural, genera un proceso de movilización social, que avanza hacia la búsqueda de la equidad social, un trabajo "*con y para la comunidad*", siendo fundamental partir de la realidad y su reflexión, no solo a manera de comprensión de lo que sucede, si no que convirtiendo a la población en instrumento activo de crítica y acción social, con propuestas de cambio conforme a sus intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Serie en internet] 2008. [Consultado 2013 noviembre 13]. Disponible en: http://www.who.int/social_determianants/final_report/csdh_finalreport_2008_exesumm_es.pdf
2. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud [disponible en internet] 2013. [Consultado 2013 diciembre 02]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
3. Lugo NS. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. *Revista de comunicación y salud* 2012; 1(1):101-112.
4. Jara O. Para sistematizar experiencias. San José, Centro de Estudios y Publicaciones, México: Alforja, 1994
5. Martínez F, Colino JB, Gómez MÁ. Pobreza y políticas de desarrollo rural en México. *Estudios Sociales* 2014; 22(43):9-36.
6. Aldana C, Núñez C. Educación Popular y los Formadores Políticos. Cuadernos de formación para la práctica democrática. Volumen 3. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Políticos, 2002.
7. Delamata G. Actualizando el derecho al ambiente. Movilización social, activismo legal y derecho constitucional al ambiente de «sustentabilidad fuerte» en el sector extractivista megaminero. *Entramados y perspectivas* 2014; 3(3):55-90.
8. Alenda S. Evaluación de la participación ciudadana en las experiencias de desarrollo integral del Programa Ciudadanía y Gestión Local. *CEPAL*, Chile. [Serie en internet] 2001. [Consultado 2014 enero 24]. Disponible en: http://www.cepal.org/dds/noticias/noticias/1/11671/Alenda_v2.pdf.

9. Giraldo L, Mejía BM. Estrategias comunicativas para la movilización social en procesos de planeación del desarrollo local en *Argumentos. Revista de crítica social* 2011; 13:54-82.

TOXICOMANÍAS EN ESTUDIANTES EN EL ÁREA DE LA SALUD

González-Gutiérrez Krystell Paola
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Carmona-Díaz Elizabeth
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN
Los estilos de vida pueden incluir conductas de riesgo que dañan la salud. Las toxicomanías son parte de estas conductas riesgosas. Diversos estudios en México y Latinoamérica concluyen que el alcohol y tabaco son las drogas legales más utilizadas por los jóvenes, mientras que de forma ilegal lo es la marihuana. El objetivo del trabajo consiste en describir las conductas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes del área de la salud. Se utilizó una muestra de 151 estudiantes universitarios, quiénes respondieron el instrumento FANTÁSTICO, y se retomaron los resultados de los apartados de Tabaco, Alcohol y otras drogas. Se encontró que el 87.4% no fuman ningún cigarrillo durante el día. El 73.1% dice que nunca bebe más de 4 tragos en una ocasión. El 97.9% nunca ha consumido marihuana, éxtasis o cocaína. Los alumnos no manifiestan problemas con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; lo que difiere de los resultados obtenidos en otras investigaciones. Sin embargo, si existen indicios del consumo ocasional de dichas sustancias razón por la cual las universidades deben asumir su responsabilidad como agente preventivo de estas conductas riesgosas.
PALABRAS CLAVE: Drogadicción, Estudiantes, Universidad, Ciencias de la salud.

DRUG ADDICTION IN STUDENTS OF HEALTH SCIENCES

ABSTRACT
Lifestyles may include risk behaviors that damage health. Drug abuse is part of these risky behaviors. Studies in Mexico and Latin America concluded that alcohol and cigarette are legal drugs most commonly used by young people, while illegally is the marijuana. The aim of the paper is to describe the consumer behaviors of alcohol, cigarette and other drugs among students in health area. A sample of 151 college students answered the FANTASTIC instrument, and the results of the sections of cigarette, alcohol and other drugs used were resumed. We found that 87.4% do not smoke cigarettes during the day. 73.1% say they never drink more than 4 drinks on one occasion. 97.9% had never used marijuana, ecstasy or cocaine. Students may not have any problems with the consumption of cigarette, alcohol and other drugs; which is different from the results obtained in other investigations. However, there is evidence of occasional consumption of these substances so universities should take responsibility as a preventive agent of these risky behaviors.
KEYWORDS: Drug Addiction, Students, University, Health Sciences.

INTRODUCCIÓN

El concepto de estilos de vida incluye los hábitos y actitudes cotidianos que identifican el modo de vida una persona (Lema Soto & et al, 2009). Los estilos de vida son

una mezcla de voluntad y costumbres que impactan la salud del individuo y la comunidad a la que pertenece (Páramo & Correa, 1999). Dentro de cada estilo de vida pueden aparecer conductas riesgosas, entendiendo como riesgo aquella probabilidad de obtener una consecuencia adversa, causando daño a la salud (Solórzano & et al, 2007). Las causas por las cuales los adolescentes adoptan hábitos riesgosos son variadas, desde las influencias sociales hasta condiciones psicológicas. Quieren mostrar su rebeldía pero a su vez su necesidad de aprobación. Dentro de estas conductas de riesgo aquellas que tienen una influencia directa en la vida académica es el consumo de sustancias o toxicomanías, tal y como lo manifiesta Caso-Niebla & Hernández-Guzmán (2007) en sus conclusiones.

Las adicciones o toxicomanías según la OMS (1994) se precisan como:
Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Las personas hacen más frecuente el eso de las sustancias por el placer y el bienestar que ello les produce, sin embargo esto les lleva a tener conductas agresivas, a presentar baja autoestima, empiezan a tener problemas familiares, a ser violentos, tienen problemas económicos, en el trabajo y/o en la escuela e incluso accidentes (Martínez & et al, 2011). El uso y abuso de las sustancias licitas e ilícitas ha aumentado en jóvenes de 15 a 25 años de países latinoamericanos, en donde la marihuana es la sustancia ilegal de más fácil adquisición, seguida por el éxtasis y las cocaínas (Barón & et al, 2011).

El alcohol y el tabaco son las drogas legales que aparecen con mayor frecuencia de uso en estudiantes de la Universidad Estatal de Sonora y en dónde ambos son precursores de otras adicciones. Resulta interesante que la totalidad de la población muestra niega el uso de otras sustancias aunque aceptan estar muy cercanos a personas o ambientes en donde se consumen (Páramo & Correa, 1999). En Colombia, los resultados de un estudio desarrollado en la Universidad de Medellín, revelan la prevalencia del consumo de droga en estudiantes de pregrado; de un total de 1264 estudiantes poco más del 40% de ellos ha consumido alguna droga (Tirado & et al, 2012).

El alcohol es la sustancia de consumo más utilizada por estudiantes de medicina en una universidad de Bogotá, los resultados obtenidos apuntan además que el consumo de drogas puede ser progresivo al avance de la licenciatura y la edad (Vélez & Roa, 2005). Es importante señalar que los estudiantes del área de la salud están sometidos a altas demandas académicas y según este estudio hay relación directamente proporcional entre el semestre y el consumo de estimulantes lo que evidencia que las exigencias académicas son mayores conforme se avanza en la carrera (Barón & et al, 2011)

Por su parte, el consumo de alcohol en estudiantes de una universidad en Medellín es alto y hay una relación entre los que han consumido con respecto a los que no han consumido de aproximadamente 8 a 1 (Calderón & et al, 2011). Lo que confirma lo expuesto por Huitrón & et al (2011) quien, en su estudio comparativo de las Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos, encontró que de las sustancias lícitas, las de consumo más altas corresponden al tabaco, seguida por el alcohol. El objetivo del trabajo consiste en describir las conductas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes del área de la salud utilizando los resultados del instrumento FANTÁSTICO.

MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo transversal, y se utilizó el cuestionario FANTÁSTICO para conocer el estilo de vida de los estudiantes; acorde con el trabajo de Ramírez-Vélez y Agredo (2012) este instrumento posee validez de constructo y de consistencia interna. Es importante señalar que en el presente trabajo se retomaron los

puntajes obtenidos en el área de tabaco, alcohol y otras drogas y se utiliza el Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22 para analizar los resultados.

El cuestionario se aplicó a una muestra de 151 estudiantes que representa el 8.28% de la población total de alumnos de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco. La muestra se determina por la fórmula que Aguilar Barojas (2006) establece para el cálculo del tamaño de la muestra en estudios cuya variable independiente es de tipo cuantitativo, este ejercicio arroja una muestra de 116 estudiantes, por lo que la cantidad de 151 cumple con lo expuesto por la autora antes.

RESULTADOS

Para fines de este trabajo se consideraron los ítems de tabaco, alcohol y otras drogas. El área de tabaco se encuentra compuesta por dos ítems mientras que alcohol y otras drogas por seis ítems. En el ítem 1 de tabaco los resultados exponen que el 73.9% de la muestra manifiesta no haber consumido cigarros en los último 5 años, 10.4% no en el último año y 15.7% si consumió en el último año. Las respuestas de esta pregunta tienen una media de 1.58 y una varianza de 0.75. El resultado del ítem 2 de esta misma área arroja que el 87.4% de los encuestados no fuman ningún cigarrillo durante el día, el 9.1% fuma de 0 a 10 cigarros por día y el 3.5% fuma más de 10 cigarrillos al día. La media de estas respuestas es de 1.84 con una varianza de 0.45.

En el área de alcohol y otras drogas, el ítem 1 que describe el número promedio de tragos tiene como resultados el 88.6% de alumnos que beben de 0 – 7 tragos por semana, 6.1% de 8 a 12 tragos y 5.3% más de 12. La media de este ítem es de 1.83 con una varianza de 0.50. El ítem 2 que cuestiona si se beben más de cuatro tragos en una ocasión muestra que el 73.1% dice que nunca lo hacen, el 22.8% lo hace ocasionalmente y el 4.1% a menudo. La media de estas respuestas es de 1.69 y una varianza de 0.55. En el ítem 3 los encuestados manifiestan en un 97.1% que no manejan el auto después de beber alcohol, 2.2% solo lo hace rara vez y 0.7% lo hace a menudo. La media de dichas respuestas es de 1.96 con una varianza de 0.22%. El ítem 4 que se refiere al uso de drogas como marihuana, cocaína y éxtasis tiene como resultados que el 97.9% nunca las ha usado, el 1.4% lo hace ocasionalmente y el 0% a menudo. La media de estas respuestas es 1.87 con una varianza de 0.38. Finalmente el ítem 6 tiene como resultados que el 86.7% beben menos de 3 bebidas que contengan cafeína (café, té o bebidas de cola), 8.9% de 3 a 6 bebidas al día y el 4.4% más de 6 al día. La media de esta pregunta es de 1.74 con una varianza de 0.67.

El resultado general del área de Tabaco es de 1.71 con una varianza de 0.63. Mientras que para Alcohol y otras drogas es de 1.85 con 0.46 de varianza.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados en porcentaje de las dos áreas estudiadas es claro que los alumnos, en su mayoría, no manifiestan problemas con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; lo que difiere de los resultados obtenidos en otras investigaciones (Páramo & Correa, 1999; Vélez & Roa, 2005; Calderón & et al, 2011; Huitrón & et al, 2011). Esta diferencia puede ser ocasionada por que el instrumento no fue contestado anónimamente y que el propio instrumento al medir varias áreas que conforman el estilo de vida no profundiza en ninguna de éstas.

Sin embargo al revisar las medias y varianzas de los ítems podemos inferir que el promedio no ha consumido cigarro en el último año pero si lo ha hecho dentro de los últimos 5 años. Caso parecido es el de número de cigarrillos pues el promedio indica que si existe el consumo de al menos un cigarro diario sin pasar las diez unidades.

Al realizar el mismo análisis del área de alcohol y otras drogas, se encontró que en promedio el consumo de tragos de alcohol por semana es mayor a 1 sin exceder los 7 por semana. Los alumnos también mencionan que en promedio toman 4 tragos en un solo

evento de manera ocasional y el promedio de alumnos nunca maneja después de haber bebido.

De igual forma, en promedio los estudiantes nunca han consumido drogas como la marihuana, cocaína y éxtasis, y en pocas ocasiones han utilizado en exceso remedios caseros sin recetas. Y por último, el promedio de encuestados bebe más de 3 bebidas con cafeína al día sin llegar a las 6 unidades.

En conclusión se propone realizar un estudio más a fondo de este tema, diseñando un instrumento que de manera anónima colecte información más específica de los hábitos de consumo de drogas legales e ilegales. Pues si bien los resultados de este trabajo no muestran signos de alarma en la población estudiada, ya Páramo & Correa (1999) afirmaban que el consumo de sustancias puede desencadenar situaciones como la reprobación y la deserción escolar; siendo la familia y la escuela los agentes que tienen mayor influencia en la prevención de las conductas de riesgo

REFERENCIAS

Aguilar Barojas, S. (2006). *Manual para la elaboración de protocolos de investigación en Ciencias de la Salud.* Tabasco: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

Barón, L., Botero-Henao, K., Castaño-Castrillón, J.J., Castillo-Chang, K., Díaz-Corrales, J., Echeverry-Uribe, J.S., Parra, G.A., Yepes, J.S. & Yurgaky-Jordán, H.Y. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de anfetaminas en estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad de Manizales. *Rev Fac Med,* 59, 201-214.

Calderón, V. G. A., Castaño, P.G. A. & Urrea, C. A. M. (2011). Consumo de alcohol en universitarios relación con los factores de riesgo, en estudiantes de la Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, 2010. Katharsis Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales, 11.

Caso-Niebla, J. & Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología,* 39(3), 487-501.

Huitrón-Bravo, G., Denova-Gutiérrez, H., Halley-Castillo, E., Santander-Rigollet, S., Bórquez-Puga, M., Zapata-Pérez, L., Huinca B., Zubarew, T. G. & Villarroel del Pino L. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. *Papeles de Población, 70*, 33-47.

Lema, S. L. F., Isabel Cristina Salazar T, Varela A. M. T., Tamayo C. J. A, Rubio S. A. y Botero P. A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico, 5(12), 71- 88*.

Martínez, R.M.R., Coronado, H.M.J., Betancourt, E. M. C., Díaz, O. A. & Gallegos M. J. (2011). Drogas lícitas e ilícitas: consumo de los estudiantes en una Facultad de Enfermería. *Enf Neurol (Mex).* 10, (3), 130-134.

Organización Mundial de la salud. (1994).*Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Páramo, J.G. & Correa, C.A. (1999). Deserción Estudiantil Universitaria. Conceptualización. *Revista Universidad Eafit,* 65-78.

Ramírez-Vélez, R. & Agredo, R.A. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Rev. Salud Pública, 14(2), 226-237.*

Solórzano, N., Gaitán, P., Uribe, M., Castro, M.E., Llanes, J. & Carreño, A. (2007). Estudio de riesgo-protección psicosocial en estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. *Liberaddictus,* 99.

Tirado, A.F., Álvarez, M., Velásquez, J.D., Gómez, L., Ramírez, C. & Vargas, A.R. (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública,* 30(1), 38-44.

Vélez van Meerbeke, A. & Roa González, C.N. (2005). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 8(2), 74-82.

SUJETO SOCIAL-EDUCATIVO

Samuel Carmona Aguirre
UNIMED – Centro de Desarrollo e Innovación Médica

Summary:
We define 4 sciences as the theoretical framework in the development and implementation of healthy schools: Neuroscience, Sanalogy, Multiversity and Cooperativist Public Health System.
On one side, the progress in Neuroscience has meant a great contribution to the education, teaching and learning. New knowledge is generated about how we, the human beings, learn. The neuropsicoeducation allows us to design new educational strategies, how learn to learn, experiment, discover, understand, reflect, express and create. These basic activities, integrating ones of creativity, let us learn with the whole brain; it is a development teaching methodology where it is possible to bind the person to his/her health, environment and pertinent learning.
On the other hand, the grid formed by the Cooperativist Public Health System creates the proper organizational and management conditions to implement the healthy schools. This new approach for the public health makes it possible to a participatory action model as a social subject, and development policies and strategies in the health and education field with critical sense, in a healthy context like social and cultural environment.
The interdisciplinary and intersectorial character of the Sanalogy as emerging paradigm with holonic (biopsicosocial cultural political economical ethical spiritual) character in the development of initiatives leading to solve the general and specific problems around education.
This knowledge let us experience the education from the health as a process of hominization, sociabilization, and culturalization of the multidimensional human being capable of transforming his/her social environment.
Keywords: Educational-social Subject, Neuroscience-neuropsicoeducation, Multiversity, Participatory Action Auto-Research - PAAR, Sanalogy, Cooperativist Public Health System.
Resumen:
Definimos 4 saberes como marco teórico en el desarrollo e implementación de escuelas saludables: Neurociencia, Sanalogía, Multiversidad y Sistema de Salud Pública Cooperativista.
Por un lado, los avances de la neurociencia han significado un gran aporte a la educación-enseñanza y aprendizaje, se generan nuevos conocimientos del cómo aprendemos los seres humanos. La neuropsicoeducación nos permite diseñar nuevas estrategias educativas, cómo aprender a aprender, experimentar, descubrir, comprender, reflexionar,

expresar y crear. Estas actividades básicas, integradoras de la creatividad, nos permiten aprender con todo el cerebro, es una metodología didáctica desarrolladora donde es posible vincular la persona con su salud, entorno y su aprendizaje pertinente.
Por otro lado, el entramado que conforma el Sistema de Salud Pública Cooperativista crea las condiciones de organización y gestión adecuadas para la implementación de escuelas saludables. Este nuevo abordaje de la salud pública nos permite un modelo de acción participativa como sujeto social, y desarrollar políticas y estrategias en el ámbito de la salud y la educación con sentido crítico, en un contexto saludable como entorno social y cultural.
El carácter interdisciplinario e intersectorial de la Sanalogía como paradigma emergente de salud-sociedad, naturaleza-cultura, nos proporciona un marco conceptual innovador de carácter holónico (biopsicosocial cultural político económico ético espiritual) en el desarrollo de iniciativas conducentes a resolver problemas generales y específicos del entorno de la educación.
Estos saberes nos permiten experimentar la educación desde lo sano como un proceso de hominización, sociabilización y culturalización del ser humano multidimensional capaz de transformar su entorno social.
Palabras clave: Sujeto social-educativo, Neurociencia-neuropsicoeducación, Multiversidad, Auto Investigación Acción Participativa- AIAP, Sanalogía, Sistema de Salud Pública Cooperativista.

Introducción:
Escuelas Saludables es una iniciativa internacional suscrita como propuesta de la Organización Mundial de la Salud desde comienzos de la década de los 90. Esta estrategia buscaba generar estilos de vida saludable, en ambientes saludables, dentro de una cultura saludable. En su contenido, este programa hablaba de que para conseguir lo anterior, las escuelas deberían ser exitosas en lograr que sus alumnos alcanzasen el mejor desempeño escolar, que a su vez les permitiera construir sobre sus logros.
Replantear una escuela saludable es asumir el compromiso de crear nuevas estrategias con respecto a la iniciativa Escuelas Saludables de la OMS y desarrollar líneas de acción coherentes con la realidad evolutiva y de desarrollo de los seres humanos, en función de sus intereses generales como sociedad y como individuos en lo particular frente a los nuevos tiempos. En plena revolución de la información, las comunicaciones, y de una sociedad del conocimiento globalizada, el término “escuela” ha de re-plantearse o fundarse en nuevos paradigmas que emerjan del saber mismo de su comprensión de los que hemos sido educados y estamos educando hoy en día.
Los seres humanos que somos hoy hemos de superar las fronteras estancos entre los sistemas de salud y educación que se han creado como instrumentos de intervención, control, ideologización, evangelización, y sometimiento a través de políticas de organización jerárquica vertical, definidas por estados, iglesia, empresas privadas, y en los últimos tiempos, por los organismos no gubernamentales, que pretenden, a través de la educación y la salud de las personas, perpetuar un carácter de sociedad vinculada al miedo, a las diferencias de clase, a una realidad social determinada y sobre todo a frenar la libertad del ser humano.
La educación es y ha sido un instrumento de “fabricación de seres”, personas humanas representativas de una sociedad determinada. Cada época, cada régimen, cada sistema de jerarquía, ha diseñado políticas y estrategias vinculantes a su ideología para intuir, formar, educar a sus “ejércitos” de personas que podían ser poseedoras del conocimiento. Las dinastías, las castas, los reinados, las repúblicas, las iglesias, han definido lo que son los sistemas de educación y salud de los pueblos de todo el planeta. Cabe preguntarse si podemos tener una escuela saludable en entornos políticos, económicos, de *mass media*

lejos de concebir una idea de libertad humana creada, diseñada por nuestra propia especie desde la entidad como pueblo sin que ésta sea manipulada por una sociedad de poder determinada.

Cuando las políticas de salud y educación comienzan a ser puntos de encuentro cooperativos en el desarrollo de organizaciones de acción participativa de los pueblos, estos comienzan a emanciparse. La libertad del ser humano comienza a gestarse como un mecanismo de aprender consciente de que el aprender se aprende y que el saber no es asunto tan sólo de profesores, ministros, sacerdotes, médicos, terapeutas, sino también del ser humano empoderado como persona que experimenta la vida y crea su realidad a partir de multiversidad de experiencias que lo hace único, singular, y que puede constituir un sujeto social capaz de crear sistemas de educación y salud pública desde la cooperación y desde la autonomía, accionando en sus componentes teóricos y prácticos, siendo constituyente de estos sistemas y no mero usuario, alumno, cliente o paciente como es hoy en día en estas sociedades de poder globalizado.

Esta estrategia-discursiva corresponde a lo que entendemos como una sociedad promotora de la salud y la educación, diseñada y promovida por los pueblos auto organizados. Sólo así podemos crear, desarrollar escuelas saludables en una estrategia que emancipe, libere al ser humano desde aprender a aprehender que es ser humano y libre, luego ya aprenderá lo que quiera, más nunca más lo que convenía a otros que aprendiera.

Método:

En este trabajo se aborda el tema del “sujeto social-educativo” desde una innovación de métodos y técnicas de la investigación cualitativa, asunto que no resultó fácil, debido a que el tema en cuestión es el estudio, la reflexión, el cuestionamiento crítico, que en sí es investigar parte de nuestras vidas, los supuestos paradigmas sobre los que se sustenta la salud, la educación en la sociedad en que vivimos.

En esta investigación cualitativa he utilizado el método de investigación acción participativa, pero innovando en su ejecución ya que las características más importantes de este método es mi participación como sujeto-investigador-conceptualizador y descriptor de la realidad investigada, lo que la convierte en Auto Investigación Acción Participativa- AIAP.

Mi experiencia como sujeto-alumno, sujeto-padre, sujeto-profesional bio-médico científico y como sujeto social-educativo, realizando estudio de cientos de artículos publicados sobre educación y salud dentro del enfoque de cambio de paradigma hacen posible la acción participativa de investigación aplicada en el estudio de los problemas en salud y educación en la sociedad actual.

Las técnicas de observación participante activo, método IAP, y la necesidad de comprender los problemas educativos y de salud en las escuelas, desde la perspectiva del científico bio-médico que soy, y a partir de la interrelación como investigador con los sujetos de estudio, me ha permitido captar el significado de las acciones sociales; esto, en definitiva, me ha llevado al estudio de escuelas saludables desde una perspectiva del sujeto social en una auto investigación cualitativa.

Parto de una serie de problemas vinculantes, sociedad-salud-educación, enseñanza-aprendizaje-pedagogía-escuelas, que hacen necesario un cambio en las estrategias de resolución de problemas. La primera acción, como evento de investigación fue analizar, hacer una búsqueda de cuál es la naturaleza primera de los problemas, a saber:

- La realidad. Es evidente que hay múltiples realidades en salud, educación y que el estudio de una parte influirá necesariamente en todas las demás, pero necesitaba concebir una realidad Holónica que no redujera las parte al todo ni el todo redujera las partes que lo constituyen.

- La relación investigador sujeto/objeto. De acuerdo a la ciencia clásica el investigador mantiene una distancia entre él mismo y el fenómeno estudiado, el objeto. Mi enfoque es el de una ciencia de la diversidad integrativa, lo que me permite ser sujeto y objeto de mi propia investigación.

Con este fin procedí a emplear instrumentos táctico-psicosociales, como conocimiento teórico publicado en internet, basado en intuiciones, sentimientos, afinidad con el tema. Estos instrumentos de investigación subjetiva, permite que el propio investigador sea el instrumento, sujeto de la investigación, perdiendo en objetividad pero ganado en flexibilidad (complejidad de la dialógica objetividad-subjetividad).

Como diseño del estudio partí de múltiples realidades y de la interacción entre investigador-investigados que influyen y se modifican mutuamente, esto requería un diseño abierto, no estructurado, que se fue desarrollando a medida que avanzaba en la investigación.

La investigación ha acontecido en un complejo escenario. Se lleva a cabo la investigación en un contexto natural, el lugar donde ocurren los hechos es la ciudad de Mataró dentro del territorio de Cataluña y del estado monárquico español (ver documento anexo "Resumen del proyecto Escuela Saludable Mataró, Cataluña") y en el plano bibliográfico como argumento cualitativo de conocimiento y estudios previos, donde, algunas de estas documentaciones han sido puntos de reflexión y cohesión, como punto de encuentro de ambas investigaciones.

Este trabajo al ser realizado en educación y salud desde la perspectiva cualitativa, se centra en los dos mecanismos más utilizados como propios de este tipo de investigación, observacional y fenomenológico. Hemos hecho un estudio de caso (sujeto social-educativo de Mataró, 25 personas aproximadamente) constituyendo la Investigación Acción Participativa (IAP) y la investigación bibliográfica, como métodos centrales en la investigación.

Como sujeto social educativo-investigador, hemos hecho el estudio de una diversidad de jóvenes en aula, fuera de aula, instituciones, adultos padres y no padres, profesores y personas aleatorias con el propósito de analizar profundamente distintos aspectos de un mismo fenómeno, la escuela en relación salud / educación y su problemática.

Algunas de las características más importantes que evidenciamos en este estudio fueron:

- Participación intensiva y continuada en el tiempo en un contexto de campo.
- Interrelación continúa entre investigador-participantes en el escenario natural. Auto Investigación Acción Participativa.
- Comprensión de las acciones-significados de éstos a partir de los hechos observados, sin especificación de teoría previa por parte de los participantes.

Métodos y técnicas de exploración

La naturaleza del problema planteado, así como las necesidades de la propia investigación, definieron las estrategias a utilizar en los diferentes momentos del proceso de exploración y seguimiento.

La triangulación y la objetividad de los datos se realizaron mediante los procesos naturales de interrelación de todos los participantes, innovando en técnicas de recogida de datos y validándolas dentro del mismo proceso de investigación.

La auto-observación del participante tanto como individuo sujeto como sujeto social en conversación-reflexiva validó una entrevista-didáctica, conversación reflexiva-interrogativa espontánea, como técnica inclusiva de antagonismo y complementariedad en la comunicación activa, dialógica emisor-perceptor, que nos permitió la recogida de datos como evaluación de experiencia tanto de sí mismo como del otro y a la vez como experiencia del sujeto social-educativo. Estas preguntas, sin la búsqueda de verdades, más utilizadas en el desarrollo de la comunicación activa de la investigación fueron:

- ¿Cómo ser humano necesito ser enseñado?
- ¿Cómo construyo mi realidad sin la tutela de una jerarquía impositiva en mi aprender, en mi experiencia de vivir?
- ¿Quién soy yo si no fuese adoctrinado con un lenguaje determinista?
- ¿Es la escuela un lugar sano si parte de la necesidad de educarme para el objetivo de la producción-el trabajo, la profesión por sobre mi necesidad de experimentar la vida?
- ¿Cómo aprendo?
- ¿Enseñanza o investigación?
- ¿Qué han hecho conmigo, me han programado para obedecer y quejarme?

Llegamos, en el proceso, a la conclusión de que en la AIAP, cualquier técnica puede ser válida si el estudio lo requiere.

Auto Investigación Acción Participativa- Autoobservación Participante

La acción observación participante valida al sujeto-individuo y al sujeto social como objeto de sí mismo en la investigación, que lo sitúa en el escenario de estudio, funcionando éste como instrumento de recogida de datos en tanto a persona y colectivo de la experiencia en salud y educación y de su problemática.

En todos los eventos-fenomenológicos, la dinámica de investigación nos permitió involucrar la interacción social con entorno, entre el auto-investigador y su formulación de la experiencia como datos, en el seno de la investigación, lo cual permitió que se recogieran los datos de modo natural y no intrusivo.

Realidad y experiencia (lo real vivido) desde la perspectiva de la auto investigación acción participativa (de los participantes de todos en el estudio), genera una dialógica comprensiva sujeto-objeto lo que arroja la obtención de un cuerpo de datos auto-descriptivos, que son las propias palabras de las personas, habladas o escritas, el desarrollo de los fenómenos recogidos a través de descripciones detalladas de los sucesos auto observados por ellos mismos.

Éste ha sido el medio de llegar a la comprensión y explicación de la realidad que se expresa en este trabajo, ha sido por tanto la observación participante. Este planteamiento complejo permitió evaluar y validar el método AIAP donde el observador participa de la situación-evento experiencial que está observando, es decir, participa activamente en la experiencia de sí mismo, analizando sus propias reacciones, intenciones y motivos y también a los otros dentro de un grupo o institución que yo llamo “sujeto social-educativo”.

El análisis

Tanto el análisis de los datos como el proceso de recogida fueron simultáneos en la investigación. La computación, acción de reflexionar del ser viviente, en todo momento de la investigación me permitió/nos permitió extraer categorías de eventos que emergen como datos, los cuales se redactaron en una lista como temas, conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones producidas o identificadas durante el análisis.

Lo que expresa este documento en su introducción, en el método, en los resultados y la discusión, se debe a la información percibida en todos los datos recogidos, tanto de notas, como documentos-artículos bibliográficos, diarios, relatos de dinámicas de acción participativa (ej. lectura crítica, foros y debates, etc.).

Conclusiones referentes al método

A modo de conclusión, en tanto a método, quiero señalar que las técnicas y métodos son una innovación de Auto Investigación Acción Participativa, propios de esta investigación cualitativa, vía por la cual coopero-trabajo en estudios pormenorizados de los problemas que evidenciamos en la salud y la educación, en el propio lugar donde se plantea el problema, lo cual me permite comprender los fenómenos-eventos donde se producen, y

así poder crear diversas posibilidades que propicien una realidad distinta del proceso educativo y de salud insertos en la sociedad actual.

Resultados:

La visión como investigador de mi propia acción participativa en salud y educación me posibilita el cambio e innovación entendido como otro paradigma del saber hacer la praxis de escuelas saludables. La capacidad de desarrollo y capacitación del sujeto social-educativo (Sociedad en su conjunto) está relacionada con su capacidad crítica hacia su acción participativa del desarrollado de escuelas saludables. La investigación-acción participativa expresada en este documento nos permite construir camino de lo diverso en salud y educación para establecer la acción, a partir de la reflexión de los propios participantes.

Como resultado partimos señalando que la educación y salud son cosmovisiones de un paradigma de naturaleza mecánica. Partimos de la base de que la educación y la salud no son simples componentes estructurales y funcionales de la sociedad. Se comprenden estos conceptos como elementos estratégicos de un paradigma muy bien definido, el cual da contenido epistemológico y ontológico de su razón de ser como conceptos.

El paradigma cartesiano, mecanicista, reduccionista, define la naturaleza y por ende, al ser humano. En salud lo categoriza como una maquina biológica, organizada y determinada y desde ahí se organiza la salud pública, la sanidad, la asistencia social y la biomedicina, ciencia que le da soporte a la medicina oficial, alopática. La educación, desde el paradigma cartesiano, reduce al ser humano como un ser dualista, que tiene mente y cuerpo, que es poseedor de dones pre determinados, capacidad intelectual determinada y sobretodo un cerebro que puede ser llenado de contenidos y programable para luego usar estos contenidos en oficios, profesiones, caracterizados por niveles de capacidades. De este modo queda jerarquizada la educación: alumnos, a los que hay que dotar de luz, de conocimiento; el profesor, el que sabe; los doctores, los expertos, especialistas.

Ambos conceptos, educación y salud, están relacionados en su esencia ya que el profesional de la salud ha de ser educado, formado, y realiza el circuito en una escuela diseñada para tal fin, es moldeado, llenado de contenido para luego ejercer su profesión, adecuada para el uso de personas que están necesitadas de su saber para estar sanas y rendir en la sociedad que ha definido un medio de producción determinado también por esta naturaleza reduccionista.

Es eminente que si queremos crear escuelas saludables hemos de fundar nuevas escuelas y diseñar nuevos sistemas de salud y educación. La salud, desde el paradigma cartesiano ha de evolucionar a un paradigma de sistemas complejos, que le doten de una ciencia que sea diversa e integrativa, que esté basada en un modelo científico holomédico que sea capaz de interpretar a la persona humana como un todo, multidimensional (biopsicosocial cultural político económico ético espiritual). Esta evolución es necesaria que emerja en el fundamento teórico de una escuela saludable, y que sea componente de la misma para diseñar políticas y estrategias a fines a una nueva era de facilitadores de salud como paradigma de vida consciente libre del ser humano.

Educación y neurociencia es una integración adecuada y propicia para construir herramientas de aprendizaje y formación. La teoría que nos aporta la neurociencia con respecto a que aprender con todo el cerebro ha de ser compatible con el propio cerebro, lo que tiene una implicancia evolutiva en cómo se crean los sistemas educativos, enseñanza-aprendizaje. Las investigaciones que se han realizado en el cerebro humano y sus resultados nos evidencian que es urgente construir nuevos modelos educativos y dejar el modelo conductivista ya que éste no es compatible con el cerebro así como lo conocemos hoy.

En esta unicidad educación-neurociencia, hemos de abordar la neurociencia como desarrollo-evolutivo de la ciencia del método científico, mecanicista, hacia la ciencia de la diversidad integrativa. Aunque los investigadores en neurociencia basan su trabajo a un nivel mecanicista y reduccionista, abarcan campos como la psicología cognoscitiva, la lingüística, la antropología física, la filosofía y también la inteligencia artificial lo que hace que la neurociencia asuma su carácter social. Esto significa comprender la educación desde la consciencia de saber cómo aprende la persona humana como ser singular y como sujeto social, creando una didáctica desarrolladora en el aprendizaje humano basada en la neurociencia, cerebro, que nos permita la praxis del aprendizaje en la investigación acción participativa. Se presenta así la investigación como modelo educativo a todo nivel de la persona humana en el proceso evolutivo de autoconstrucción de humanidad.

La escuela saludable es una metodología didáctica que ha de permitir cooperar y colaborar en los procesos de investigación-aprendizaje desarrollador y educativo, no sólo de personas-alumnas, sino también de personas-profesoras y de personas–padres. Las escuelas-aulas adquieren otra dimensión en este proceso educativo. Las escuelas se construyen como un principio didáctico de autoconstrucción del sujeto social, como a su vez ha de ser lo que conocemos como grupo familiar, la calle, los parques, los transportes colectivos, todo espacio o campo de acción participativo de interacción de la persona humana con su realidad creada como entorno. Escuela-aula-patio se convierten en “Multiversidad, en espacio comunicativo de comprensión humana, en laboratorio para reflexionar, investigar y crear “.

La praxis metodológica de la escuela saludable es sin duda la implementación de multiversidad. El concepto multiversidad en esta dimensión de praxis de la escuela como didáctica desarrolladora de la investigación–aprendizaje no se define como una institución, sino que se comporta como una implementación de enlace hacia una visión coordinadora, armonizadora y comprensiva de la realidad del entorno de las diferencias pedagógicas, de lo singular de cada persona humana participativa de la escuela saludable. Este diseño complejo de realidad crea el “pensamiento del sujeto social “y permite generar conocimiento pertinente, fomento del emprendimiento, promueve la diversidad, estimula la condición humana, coordina y participa activamente en la transferencia del conocimiento. En este pensamiento del sujeto social la educación se basa en el placer de conocer.

Así como la neurociencia-social nos permite crear una nueva realidad de educación y la multiversidad la praxis metodológica, hemos de permitirnos la emergencia de la Sanalogía y trascender en el valor-principios de un bien vital como es la salud de la persona humana desde un nuevo paradigma. Si la escuela-aula-patio se define como saludables ha de ser por principios sanalógicos.

La dialógica sanalogía-educación es un enfoque epidemiológico social. Es partir de lo sano como un bien común de relación entre las personas humanas que constituyen la escuela. La sanalogía en el proceso educativo constituye una herramienta metodológica como ciencia innovadora-emergente en la dialéctica complex-intext (lo interno-lo externo) del autoconocimiento de la persona sobre su salud. La autogestión de la salud refleja una complejidad multidimensional de la persona y de cómo se relaciona con su entorno mucho más allá del reduccionismo biologicista.

La sanalogía como ciencia de lo sano en el marco de la salud pública cooperativista puede abordar a la persona humana en el proceso salud–enfermedad desde una categoría holomédica, no reduccionista, y comprender a las personas en aprendizaje-investigación como un todo, psicosocial cultural político económico ético espiritual tanto como individuo sujeto biológico como constituyente del sujeto social, el cual experimenta la vitalidad del ambiente que crea y dispone para vivir su existencia.

Su carácter socio epidemiológico nos permite evaluar la salud de las personas humanas en el entramado escuela (sujeto social-educativo) desde la subjetividad y en relación a la participación activa como investigador y creador de su propia realidad, como sujeto autónomo e independiente de un sistema que lo determine o reduzca a objeto de investigación e intervención social o bilógica.

Desde la sanalogía el sujeto social-educativo puede desarrollar líneas de acción en salud de la población conducentes a crear estrategias de calidad de vida desde una concepción de la salud convergente con la educación y los procesos de autogestión de la actividad humana productiva y servutiva. La escuela saludable es el comienzo ideológico de una nueva relación de las personas humanas con el medio de producción, el trabajo y la construcción de una sociedad. La educación libre, resultado de escuelas saludables, crea una nueva sociedad desde la autoconstrucción del sujeto hacia la construcción del sujeto social basada en valores cooperativos, solidarios, mutualistas, mancomunados, de equidad y autodeterminación como ser humano.

El hilo conductor y ligamento de esta metaestructura sociológica de escuela saludable es el Sistema de Salud Pública Cooperativista (SSPC), sistema complejo de organización y gestión de la salud de todas las personas humanas. Su carácter de entramado-nodos tetralógico (individuo-especie-sociedad-humanidad), marca el horizonte de multiversos caminos que llevan a definir, conceptualizar la naturaleza de la salud y educación, desde un pensamiento complejo, crítico, de donde emergerá toda nueva idea de ciencia y arte como expresión coherente de la especie humana en un nuevo orden de cultura y sociedad.

En su arquitectura de diseño complejo, el SSPC se expresa como conjunto de nodos organizativos del sujeto social, que contempla principios de acción en conexión correlacional definidos como: medio ambiente, desarrollo económico, desarrollo político, desarrollo social y diversidad cultural. El carácter transdisciplinario en el campo de la salud pública cooperativista se expresa en la praxis como un tejido fractal dinámico, comprensivo en su implementación como es en el caso de un proyecto de escuelas saludables.

Discusión:

El Sistema de Salud Pública Cooperativista, la Neurociencia y educación, la Sanalogía y la multiversidad son los principios activos de un proceso de construcción de sociedad basado en escuelas saludables. La escuela es el sujeto social-educativo expresado como didáctica desarrolladora de la investigación-aprendizaje en el ámbito de la innovación social, constructo de humanidad como vía evolutiva de la persona humana.

Existen las condiciones sociales, políticas, económicas y científicas para abordar cambios de paradigmas en salud y educación en el desarrollo de una emergente sociedad donde el individuo sujeto biológico, social y virtual se involucren activamente en generar políticas y estrategias que den contenidos teóricos y prácticos a partir de la transferencia del conocimiento a todos los niveles de la comunidad educativa y de la salud.

La comunidad educativa en el contexto actual de sociedad necesita crear líneas estratégicas que le generen dinamismo en su proceso de interacción con el espacio y la problemática que se le presenta en el oficio de educar. Las nuevas ideas aquí expresadas como herramientas para escuelas saludables ponen en el centro de la vida de las escuelas el todo persona, más allá de su persona etiquetada como alumno, profesor, administrativo, padre-madre y apoderado. La alianza estratégica de la neurociencia y la educación, la sanalogía, la salud pública cooperativista y la multiversidad son fundamentos teóricos que empoderan a cada persona y potencian sus capacidades, facultades en su dinámica de hacer escuela. En este contexto se funda una nueva escuela, un nuevo orden de naturaleza de la educación, y un nuevo principio de la salud.

Concluimos que el desafío de una escuela saludable no es en sí mismo un fin, una meta a alcanzar, sino más bien un proceso de experimentar-crear una visión sistémica, globalizadora e integradora de la salud y la educación como ecología de la acción del sujeto social-educativo.

Bibliografía:

- Gardie, O. 1995. "*Modelo de enseñanza creativa para la formación y desempeño del docente venezolano*". Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Tesis doctoral.
- Center for Neuroscience, Mind & Behavior. Bowling Green State University. 2000.
- Aldereguía Henriques, C. M. J. C. "*Sanalogía: paradigma alternativo*". Universidad de la Habana, Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos. Cuba.
- Belda M. "*Nuevo paradigma en educación*".
- Palmer, P. J. 2013. "*Enseñar con el corazón y el alma*". Revista Athanor, nº 102 (noviembre-diciembre 2013). Barcelona.
- Marino Martinic, C. M. "*Educación popular: Paradigma de la praxis en las ciencias sociales*". Revista Kairos, nº 5.
- Lamus F., et al. 2003. "*Hacia una escuela saludable, una experiencia de integración de los agentes educativos entorno a la calidad de vida*". Universidad de La Sabana, Facultad de Educación. Colombia
- Walker, M. R. "*Educación en Salud y Humanización*", Revista ARS MEDICA, nº 12. Universidad Católica de Chile.
- Del Pozo Delgado, P. "*Formación de formadores*". Ediciones Pirámides, 2ª edición. Madrid
- Silvestre Oramas, M.; Zilberstein Toruncha, J. 2003. "*Hacia una Didáctica Desarrolladora*". Editorial Pueblo y Educación, Habana, Cuba.
- Morin, E. 1999. "*Los sietes saberes necesarios para la educación del futuro*". UNESCO.
- 2012. "*Por nuestra salud. Hacia un sistema de salud público cooperativista y autogestionado*", Revelaos!, pag 8. Barcelona, Cataluña.

SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO DE LA UAM-XOCHIMILCO

Compeán Dardón María Sandra, Martínez Cárdenas María de los Ángeles, Staines Orozco María Guadalupe, Ortiz Nicolás Olga Maritza
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

RESUMEN

La salud bucal ha sido reconocida por la OMS como componente fundamental de la salud y la calidad de vida. Los problemas bucales en los jóvenes y los estudiantes universitarios pueden resolverse eficazmente desde el ámbito universitario con medidas de promoción, prevención y atención o derivación oportuna. Objetivo: Describir las condiciones de salud bucal, prevalencia de caries e higiene bucal en estudiantes de primer ingreso de la UAM-Xochimilco, al inicio del trimestre de primavera de 2014. Método: La muestra correspondió a 1423 estudiantes de primer ingreso a la UAM-X quienes voluntariamente aceptaron realizarse un examen bucal que incluyó exploración de cara, cuello, labios y mucosa bucal. Se emplearon los índices CPOD, y de higiene oral (IHOS). Se usó el paquete

estadístico SPSS-21, realizando análisis univariado y bivariado con Ji cuadrado: Resultados: El 55.2% fueron mujeres, el promedio de edad 20 años (DS 2.9). La prevalencia de alteraciones en cara, cuello y mucosa bucal fue menos del 3% en cada aspecto; la prevalencia de caries dental fue de 77.5%. El valor del CPO, que es el promedio de dientes, cariados (C), perdidos (P), y obturados (O) fue de 4.84. El valor promedio de C, que indica dientes cariados sin tratamiento fue de 2.0. En higiene bucal, 59.2% tuvieron entre buena y excelente, 34.2% regular y 6.6 mala. No se observaron diferencias por sexo. Conclusiones: Los datos indican problemas de salud bucal en los estudiantes por lo que la UAM-Xochimilco ha incluido este componente en su programa de Universidad Saludable.

ABSTRACT

Oral health has been recognized by WHO as an essential component of health and quality of life. Oral problems in young people and college students can be effectively addressed from the university by means of promotion, prevention and care or appropriate referral. Objective: To describe oral health conditions, prevalence of caries and oral hygiene in freshmen UAM-Xochimilco, at the beginning of spring quarter 2014 Method: The sample consisted of 1423 freshmen at UAM X who voluntarily accepted a dental examination including examination of face, neck, lips and buccal mucosa performed. The DMFT indices were used, and oral hygiene (OHI). SPSS-21 statistical package was used, performing univariate and bivariate analysis with Chi-square Results: 55.2% were women, mean age 20 years (SD 2.9). The prevalence of abnormal face, neck and buccal mucosa was less than 3% in every aspect; the prevalence of dental caries was 77.5%. The value of the CPO, which is the average number of teeth decayed (C) lost (P), and filled (O) was 4.84. The average value of C, which indicates untreated carious teeth was 2.0. In oral care, 59.2% had good to excellent, 34.2% and 6.6 regulate bad. No differences were observed by sex. Conclusions: The data suggest oral health problems in students so the UAM-Xochimilco has included this component in its program of Healthy University.

Introducción.

La salud bucal ha sido reconocida por la OMS como componente fundamental de la salud y la calidad de vida. La cavidad bucal está relacionada con funciones como la alimentación, la cual implica un proceso de masticación, a través de la cavidad bucal se da la identificación de los sabores, implica también la fonación, la pronunciación de los vocablos para que los sonidos sean identificados, la estética que cumple un papel en el desarrollo psicosocial de los individuos, todas las funciones en conjunto están ligadas al proceso de sociabilización y se relacionan con el bienestar[1]

Los problemas en la cavidad bucal pueden causar infecciones y alterar su funcionamiento, una de las enfermedades de mayor prevalencia es la caries dental que afecta entre el 70 y 85% de la dentición permanente a la edad de 12 años[2], en un estudio realizado en estudiantes de primer ingreso al ciclo de bachillerato con un promedio de edad de 16 años 2 meses, se encontró una prevalencia de 48%[3]

La placa dentobacteriana constituye un factor predisponente de caries dental, la presencia de ésta en los órganos dentales nos lleva directamente a una valoración de la calidad de la higiene bucal de los individuos, en la Encuesta Nacional realizada en 2009 en niños y adolescentes de 15 a 19 años, los resultados de la aplicación del índice de higiene oral simplificado (IHOS), -que valora la presencia de placa dentobacteriana y presencia de cálculo dental- indican una distribución de 49.1% de la población con presencia de detritos o cálculo visibles y en los adolescentes de 15 a 19 años un resultado de 58.7% de un valor de IHOS>0[3]

Los problemas bucodentales en los jóvenes y estudiantes universitarios pueden ser abordados y resueltos desde el ámbito de la universidad a través de la promoción de la

salud dental, prevención primaria de la caries dental, -considerada la de mayor prevalencia a nivel de cavidad bucal-, prevención de otras patologías, como son las relacionadas con el parodonto, mucosas y diagnóstico precoz de las alteraciones de la oclusión y de la articulación témporomandibular, atención o derivación oportuna hacia los servicios de salud que se brindan a los estudiantes a través del seguro social o algún otro servicio de salud[4].

Objetivo

Describir las condiciones de salud bucal, prevalencia de caries e higiene bucal en estudiantes de primer ingreso de la UAM-Xochimilco, al inicio del trimestre de primavera de 2014.

Método

Se llevó a cabo un estudio transversal y observacional. La población estudiada correspondió a 1423 estudiantes de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, durante el Examen Médico y Físico que se realizó al inicio del trimestre de primavera de 2014. Los estudiantes voluntariamente aceptaron realizarse el examen bucal que incluyó exploración de cara, cuello, labios y órganos dentales. Para obtener la prevalencia de caries se empleó el índice CPOD, el cual registra los dientes cariados, perdidos y obturados de la dentición permanente y para analizar la presencia de placa dentobacteriana y cálculo presentes sobre las superficies dentarias se aplicó el índice de higiene oral simplificado (IHOS) de Greene y Vermillion. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, realizando análisis univariado y bivariado con Ji cuadrado.

Resultados:

La muestra quedó conformada por un total de N= 1423 estudiantes, de la cual el sexo femenino correspondió al 55.2%, el promedio de edad fue de 20 años (DS 2.9). La prevalencia de alteraciones en cara, cuello y mucosa bucal fue menos del 3% en cada aspecto; la prevalencia de caries dental fue de 77.5%. El valor del CPO, que es el promedio de dientes, cariados (C), perdidos (P), y obturados (O) fue de 4.84. El valor promedio de C, que indica dientes cariados sin tratamiento fue de 2.0. En higiene bucal, 59.2% tuvieron entre buena y excelente, 34.2% regular y 6.6 mala. No se observaron diferencias por sexo.

Discusión y conclusiones:

Los datos indican problemas de salud bucal en los estudiantes de primer ingreso a la universidad, la prevalencia de caries en este caso es similar a la reportada en los datos de la Encuesta Nacional realizada (SIVEPAB 2009) y presenta un mayor porcentaje respecto a los resultados del estudio realizado en estudiantes de primer ingreso a la UNAM para los años de 2003, 2004 y 2005, en donde la prevalencia fue de 48% y el índice caries fue de 5 (Fuente-Hernández 2008), similar al obtenido en este estudio, en donde el índice fue de 4.84, cabe mencionar que rebasa la meta propuesta por la OMS, que establece un índice de igual o menor a 3 dientes con caries. Por lo anterior, según los resultados, se han llevado a cabo acciones de información y diagnóstico en salud bucal durante el examen médico y físico que se realiza cada trimestre a todos los estudiantes de primer ingreso, y se ha propuesto desarrollar un programa de promoción, prevención y diagnóstico oportuno para fortalecer este componente en el Programa de Universidad Saludable UAM-X.

Referencias:

1. Aula 4: Cuidados com a saúde: Higiene pessoal. Texto montado a partir dos manuais: Atenção à saúde do adolescente. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. p. 75-79 y Santos-Barros CM. Saude bucal de

adolescente, en: Santos-Barros CM. (Coord.) Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. p. 53-55. Fecha de acceso: 11 de septiembre de 2014. Consultado en: http://extensao.cecierj.edu.br/material_didatico/sau2202/pdf/aula04_leitura02_SaudeBucal.pdf

2. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. (en línea) Junio 2011. (Fecha de acceso 11 de septiembre de 2014) Consultado en www.salud.gob.mx /www.dgepi.salud.gob.mx.
3. Fuente-Hernández J, González de Cossío M, Ortega-Maldonado M, Sifuentes-Valenzuela MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Pública de México 2008; 50 (3): 235-240.
4. Vitoria Miñana, Pericas Bosch FJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Soriano Faura J, Colomer Revuelta O, Cortés Rico MJ, Esparza Olcina J, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado A, Martínez Rubio M, Merino Moína CR, Pallás Alonso. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria (en línea) vol.13 no.51 Madrid jul.-set. 2011. (Fecha de acceso 12 de septiembre de 2014) consultado en http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010

SOFTWARE NUTRICIÓN UNIVERSIDAD SALUDABLE

HEALTHY NUTRITION UNIVERSITY SOFTWARE

ANA GUADALUPE GUTIEREZ REYES
UNIVERSIDAD DE COLIMA

RESUMEN.
La universidad de colima ha venido presentando altas prevalencias en sobrepeso y obesidad (20 % de acuerdo a los resultados obtenidos del EMA Examen Médico Automatizado) esto en los últimos 5 años, relacionados en su totalidad a mala alimentación, sedentarismo y malos hábitos en general. Por lo que buscando la manera de hacer frente a dicho problema de salud se realizó un Software de Nutrición como una herramienta autodidacta encaminada a fomentar estilos de vida más saludables y de auto cuidado en la que se lleve a cabo un seguimiento y control nominal; la metodología utilizada fue un estudio de control donde fueron explorados indicadores cuantitativos y cualitativos; se analizaron los datos de un 20 % de los alumnos de nuevo ingreso del ciclo escolar 2013. Los resultados mostraron una disminución de 5% en prevalencia después del conocimiento y utilización de la herramienta presentada.
PALABRAS CLAVE: Software, Nutrición, Alumnos, Hábitos Saludables.

ABSTRACTS.
The University of Colima has been presenting high prevalence in overweight and obesity (20% according to the results of Medical Examination Automated EMA) this in the last 5 years, entirely related to poor diet, sedentary lifestyle and bad habits in general. So looking for ways to deal with this health problem a Nutrition Software was created as a tool aimed at fostering self healthier life styles and self-care in which perform face tracking and control; The methodology used was a control study where they were explored quantitative and qualitative indicators; data 20% of the new students of school year 2013 results showed a 5% decrease in prevalence after the knowledge and use of the presented tool is analyzed.
KEY WORDS: Software, Nutrition, Students, Healthy Habits.

INTRODUCCIÓN.

En la universidad de colima la tendencia en el tiempo en los últimos 8 años ha sido con una prevalencia de un 30 % de obesidad en los alumnos de nuevo ingreso (EMA Examen Médico Automatizado 2005-2012). Así como en trabajadores su prevalencia fue de un 40% de obesidad en el 2011. Es por ello la necesidad de desarrollar un módulo de nutrición en la cartilla electrónica de salud universitaria, en el cual se contemplan aspectos de nutrición, activación física, educación para la salud así como ligas correspondientes a los aspectos ya mencionados, dicho módulo de nutrición otorga el seguimiento nominal de todas las acciones tanto universales como selectivas e indicadas que se aplicarían en la comunidad universitaria. Es muy importante determinar cuál es la condición inicial en la que se encuentran los alumnos y trabajadores para decidir una ruta terapéutica en la que se incluye la alimentación y otras medidas que modifican el cómo se vive el día a día, así pues el proyecto se enfocará en la mejora de los hábitos alimenticios que conllevarán a mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria por medio del conocimiento de su estado nutricional , acceso a actividades de salud integral así como información relevantes acerca de temas de nutrición y salud en general. Dicho módulo captura el peso y talla de la persona para posteriormente calcular en IMC (Índice de Masa Corporal), muestra un listado de planes de alimentación de acuerdo con el valor calórico y nutricional para cada uno, recomendaciones de acuerdo al IMC, enlaza a una atención personalizada en el caso en el que se requiera a psicología, deportes y con la especialista en nutrición.

La realización de dicho software de nutrición es en base a tener la certeza de que el crear o mejorar hábitos en la comunidad universitaria debería ir acompañada de una herramienta que fuera atractiva al tipo de personas que va dirigido (alumnos) con un diseño moderno , fresco y funcional , que pudiera ser utilizado en cualquier momento del día en la comodidad de casa o directamente en su plantel ; lo que conllevaría a una mayor motivación para la realización de cambios conductuales permanentes aunado a una mejor educación alimenticia.

METODOS.

Estudio de control con los alumnos detectados por el EMA (Examen Médico automatizado) 20 % (2000 alumnos) del total de 10000 alumnos de nuevo ingreso a los que se les realizo dicho Examen Médico Automatizado; utilizando para ello platicas en comités de salud realizados en cada uno de los campus de la universidad siendo estas pláticas 1 vez al mes , talleres así como atención personalizada cada uno de ellos ;se dio seguimiento mostrando y utilizando como herramienta dicho Modulo de nutrición.

El alumno introdujo sus datos, peso, talla edad y sexo, obteniendo un plan de alimentación de acuerdo a las calorías calculadas por el software, recomendaciones sencillas para llevar a cabo, así como la muestra para la realización de su propio menú con los artículos o alimentos a los que el alumno tiene acceso en casa, escuela o a cualquier sitio que sea visitado por él.

Los Recursos utilizados 10,000 alumnos de nuevo ingreso a los que se les aplico EMA, 2000 alumnos detectados, 3 nutriólogas, 15 enfermeras ,4 Ingenieros en Sistemas.

Indicadores cuantitativos: Se consideraron los siguientes indicadores: Peso en Kg, Talla en Centímetros, IMC kg /cm2 dichos datos fueron obtenidos en la aplicación del Examen Médico al ingreso a alumnos tanto de nivel medio superior al igual que nivel superior.

RESULTADOS.

La prevalencia de obesidad disminuyo en un 5% con los alumnos que se utilizaron para dicha evaluación, cabe mencionar que dichos alumnos no estuvieron enterados que estaban participando puesto que se realizaron con el dato obtenido cuando ingresaron.

De los 10,000 alumnos a los que se les realizo el EMA el 20 % (2000 alumnos) tenían sobrepeso u obesidad ,siendo un año después que 5% lo que equivale a 100 alumnos habían llegado a su peso normal o habían conseguido una disminución de peso significativa mayor al 10 % de su peso corporal inicial.

El IMC en dichos alumnos era un promedio de 28 ± 1 (kg /cm2) al inicio, posteriormente disminuyo a 26 ±1 (kg /cm2).

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en este pequeño estudio nos confirman lo importante de conjuntar la utilización de herramientas atractivas , practicas e innovadoras para ser partícipes en la educación alimentaria , en la creación de hábitos saludables así como conductas de autocuidado , pero dejándole la posibilidad al alumno de ser autodidacta ir aprendiendo a su ritmo así como realizando los cambios pertinentes a su consideración sin sentir la presión de que le sean prohibidos alimentos bebidas ,etc. o la imposición de reglas o conductas , pues hemos notado la diferencia entre la imposición y el dejar a libre elección los cambios o adecuaciones así se sienta pertinente , sin realizar lo que para el alumno podría ser algún tipo de sufrimiento o privación.

Las cifras obtenidas fueron muy favorables para nuestra universidad, pues son cambios que el alumnos realizo por sí mismo, encaminado a mejorar su salud, su alimentación en general sus hábitos, por tanto se quedaran en el no habrá un retroceso como pudiera pasar con la utilización de algún otro método donde van implicados experimentos o practicas medicamentosas en las que el beneficio suele ser solo temporal.

En conclusión estamos seguros del éxito y la aceptación de dicho Software de Nutrición obtenida por la comunidad universitaria como herramienta para llevar nuestra universidad a ser una institución cada vez más saludable.

SISTEMA DE CONTROL DE LA CAMPAÑA “PARA VIVIR SIN DENGUE”

Autor:
MSP Alberto López Flores
Universidad de Colima
Secretaría de Salubridad y Asistencia, Colima.

RESUMEN

Se diseñó un sistema de software para captar y coordinar las acciones de saneamiento ambiental básico con la participación de los alumnos de la Universidad de Colima (15,000 alumnos), quienes contribuyeron operativamente formando equipos de 10 integrantes, distribuidos en manzanas para cubrir casa por casa toda la población urbana y rural del Estado de Colima (10 municipios). Una de sus funciones fue registrar el domicilio, la hora de intervención y al responsable de la morada en una hoja de registro para nutrir la base

de datos que permite supervisar la situación de la vivienda, en este proceso han informado y capacitado a la población sobre la importancia de la descacharrización en la prevención del dengue. Con lo cual se logró la conjunción de esfuerzos, la participación social y suma de voluntades políticas con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de casos de dengue, surgiendo con esta iniciativa un programa permanente y punta de lanza para aplicarse en otros Estados.

Palabras claves: sistema de software, prevenir el dengue, descacharrización, página web, capacitar e informar, participación social.

INTRODUCCIÓN:

Derivado de uno de los problemas de salud pública que afecta a la población en Colima, al igual que otras entidades dentro y fuera del país, el dengue, se han conformado diversas campañas de concientización, de modo que la población sepa qué es esta enfermedad y, sobre todo, medidas para evitar la proliferación del mosco transmisor, Aedes aegypti.

El sistema de control de la campaña surge así como una aportación de la Universidad de Colima, por medio de su Dirección de Servicios Médicos, al programa de la Secretaría de Salud y Bienestar Social a nivel estatal (SSA), acompañado de una página web en donde se brinda información sobre el dengue, temporadas de descacharrización y otros elementos para explicar cómo el Aedes aegypti se desarrolla. El sistema y página web fueron realizados por el Centro Nacional de Edición Digital y Desarrollo de Tecnologías de Información (CENEDIC), con las especificaciones de la Dirección de Servicios Médicos y la SSA.

Aunque durante muchos años se asoció al dengue con el periodo de lluvias, a partir del año 2007, se presentaron casos en Colima todos los meses del año, lo cual alertó para de manera urgente tomar medidas preventivas, a través de la participación de todos los ciudadanos, construyendo una cultura de saneamiento básico desde nuestros hogares, sitios de trabajo, escuelas, lugares de esparcimiento y convivencia.

En el año 2009 se agravó aún más la situación de este padecimiento en el Estado, ya que se registraron 4 mil 982 casos de dengue, de los cuales 3 mil 935 fueron clásicos y mil 047 hemorrágicos, así como 6 defunciones, lo que colocó a Colima entre los 3 primeros lugares de todo el país con mayor incidencia de la enfermedad.

Por ello, se establecieron nuevas estrategias que permitieran la conformación de equipos en los niveles de gobierno y sectores de la sociedad, para reactivar la participación ciudadana en la prevención de esta enfermedad. En el marco del Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015 el combate al dengue se estableció como una prioridad estatal y, en consecuencia, se definieron estrategias innovadoras que han permitido controlar el padecimiento, con la colaboración de estudiantes universitarios quienes se incorporaron a promover el saneamiento básico en los hogares colimenses, gracias igualmente a la participación de alcaldes, diputados del H. Congreso del Estado, así como funcionarios de diversos organismos públicos y privados, e integrantes de organizaciones civiles y populares como la CTM, la CROM, la CROC, entre otras, y por supuesto del apoyo incondicional de la Universidad de Colima.

Esas estrategias fueron reconocidas por el Gobierno Federal y se analiza su aplicación en todo el país[3].

Surgieron entonces los Días estatales de descacharrización en los que participan estudiantes universitarios y personal de la Secretaría de Salud y Bienestar Social. A la fecha, se han realizado cuatro ediciones de esta labor, lo que ha permitido la recopilación de más de mil toneladas de cacharros, hecho sin precedentes y de alto impacto en beneficio de la salud de los colimenses.

Día estatal de descacharrización

Las actividades de un Día de descacharrización consisten en que, en todo el Estado, se desplieguen brigadas de 10 estudiantes universitarios cada una, así como de otras entidades educativas como el CBTIS 19, CONALEP, CBTA 148, CETIS 157, y el Tecnológico de Colima. Cada brigada cuenta con un supervisor, y el control de cómo se conforman las brigadas queda en manos de los directores de los planteles. Cabe destacar que son más de 10 mil 500 estudiantes los que se suman a la campaña en cada edición. La labor de cada brigadista consiste en informar casa por casa a las personas los horarios de recolección de cacharros, Promocionar la eliminación de criaderos enseñando a las personas cuáles pueden ser esos criaderos, Promocionar el Escuadrón Cazadores de Maromeros para niños, brindar orientación e información a las familias sobre las acciones de Casa Limpia y Capturar la información que obtengan en un formato especial. El supervisor de brigada por su parte se reúne con los integrantes de su brigada en el lugar y la hora señalada. Organiza las parejas de brigadistas para cubrir las manzanas que le han sido asignadas. Apoya a los integrantes de su brigada en los problemas que se le presenten. Apoya a los miembros de su brigada en el registro correcto de la información, y le orienta sobre el procedimiento para su captura electrónica.
Al finalizar la labor de cada brigada entra en acción el Sistema de control. Los jóvenes ingresan a la página www.cenedic.ucol.mx/noaldengue con una clave y contraseña sólo

[3]http://www.colimanoticias.com/index.php?option=com_content&view=article&id=12650:reconoce-gobierno-federal-estrategia-de-colima-en-combate-al-dengue&catid=1:Ultimas%20Noticias

conocida por ellos, para proceder a la captura de los datos obtenidos en su visita por las colonias.
El sistema permite asimismo la generación de reportes a los que sólo personal de la SSA puede tener acceso. La información obtenida permite detectar focos rojos de riesgo, es decir, colonias que presenten casos febriles, casas abandonadas, entre otros datos que permiten a la Secretaría de Salud una toma de decisiones informada y pertinente.

Método
TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo.
MÉTODO: Investigación Acción Participativa (IAP).
TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cualitativa-cuantitativa.
POBLACIÓN: La población del Estado de Colima.
PARTICIPANTES: Personal de la Universidad de Colima y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Estado de Colima.
TIPO DE MUESTREO: Por conveniencia.
INSTRUMENTO: Software diseñado para el control de la campaña contra el dengue "Para vivir sin dengue".

PROCEDIMIENTO:
A grandes rasgos podemos decir que se trató de que en un solo día se eliminen los criaderos potenciales del mosco transmisor del dengue en las diez cabeceras del Estado de Colima, para ello participaron por parte de la Universidad de Colima, 32 Bachilleratos con 5,527 alumnos, además de 300 trabajadores entre directivos, maestros y administrativos.

Es importante mencionar que otra de las tareas encomendadas a los universitarios, fue la localización de niños menores de cinco años de edad en cada una de las casas de nuestro Estado, con el fin de que sean llevados a los puestos de vacunación más cercanos a sus domicilios, con lo que se incrementaron los esquemas completos en niños menores de cinco años.

La meta última de la Investigación Acción Participativa (IAP) es conocer para transformar. Dentro de este proceso secuencial *conocer-actuar-transformar*, la investigación es tan sólo una parte de la *acción transformadora global,* pero hay que tener en cuenta que se trata ya de una forma de intervención, al sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación para organizar y movilizar a los participantes.

Algunas de las acciones de los brigadistas fueron:

- Recibe capacitación por parte del Supervisor Universitario.
- Recibe capacitación de parte de la jurisdicción sanitaria correspondiente.
- Organiza las parejas de brigadas para cubrir las manzanas que le han sido asignadas.
- Inicia el recorrido en la manzana tomando como referencia la parte norte y en sentido de las manecillas del reloj.
- Se presenta ante el morador, explicando de manera clara el objetivo de la visita y la importancia de la eliminación de los "criaderos".
- Solicita acceso a la vivienda para que de manera conjunta se identifiquen los depósitos, cacharros o diversos charcos que puedan y/o almacenen agua.

- En caso de lote baldío, retirará los cacharros que representen riesgo para la reproducción del mosco.
- Reporta los casos que le representen problemas.
- Verifica el paso del camión recolector de cacharros y en caso de percibir alguna anomalía, lo reporta al responsable del sector.
- Recoge la información generada por los miembros de su brigada, la revisa, concentra y la entrega al responsable del sector.

Resultados

Durante el 2010 se logró disminuir un 81.3% los casos con respecto al año anterior, registrando 752 con dengue clásico y 182 de dengue hemorrágico y 2 defunciones; por lo que, de estar en los primeros lugares al inicio del año, terminamos ubicados en el sitio número 15 a nivel nacional.
Sin embargo, y aunque la respuesta de la población colimense ha sido excelente, en particular la participación de los jóvenes estudiantes, todavía queda mucho trabajo por hacer, ante lo cual las campañas continúan a fin de mantener las acciones de control y consolidarlas.

secretaría de salud y bienestar social

Todos juntos, al mismo tiempo, una misma tarea:
"ELIMINAR CACHARROS"

colima

Jurisdicción	Municipio	U de C	SEP Federal
J-1	Colima	1, 2, 3, IUBA, 15 y 30	CONALEP, CBTIS 19, TECNOLOGICO DE COLIMA
	Tepames	29	
	Comala	25 y 17	CBTA 148
	Coquimatlán	18	
	Cuauhtémoc	13 y 12	
	Quesería	22	
	Villa de Alvarez	4 y 16	CBTIS 157
J-2	Armería	21, 7	
	Cof. de Juárez		
	Tecomán	20,5,6	CONALEP
	Cerro de Ortega	19	
	Madrid	24	
	Ixtlahuacán	26	
J-3	Manzanillo	23,27,10,8,9,28, El Colomo	CONALEP, CETIS 084
	Minatitlán		

Actividades

- Desarrollar actividades educativas con la integración del Escuadrón Cazadores de Maromeros, a través del cual se promoverán 4 acciones básicas: Lavar, Tapar, Voltear y Tirar, a fin de construir una cultura del saneamiento básico en escolares.
- Incorporar a los escolares de educación básica en acciones de difusión para la estrategia de Días Estatales de Descacharrización.
- Promover la participación de la comunidad educativa en acciones de saneamiento básico escolar y familiar, a fin de proteger la salud de los escolares ante los riegos que representan las enfermedades trasmisibles relacionadas a la higiene.

Página web

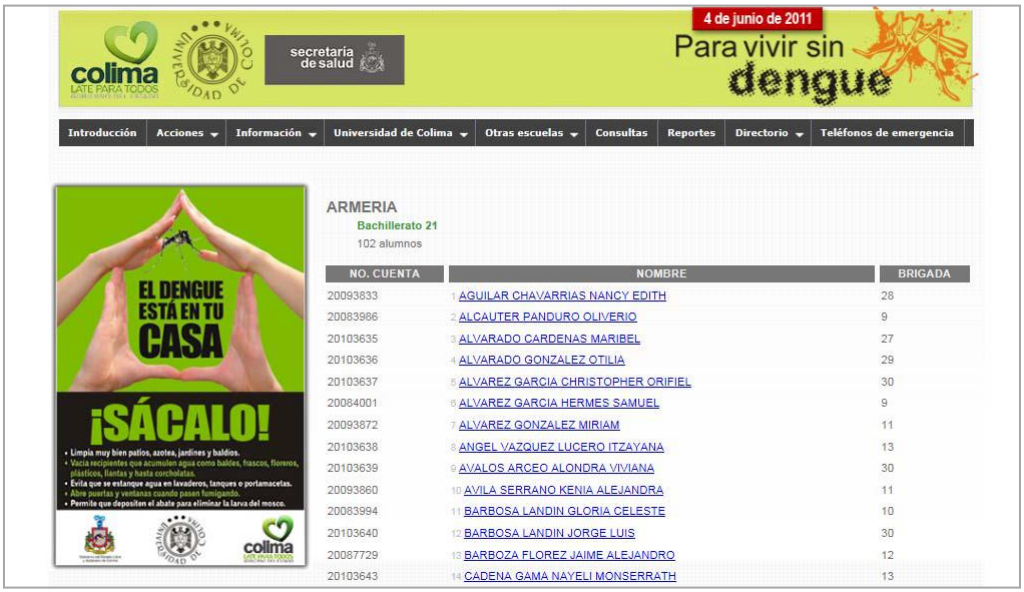
El sitio es parte importante del programa de difusión de las campañas. En él se expresan las acciones de los brigadistas a manera de guía, información como Horarios de recolección, ¿qué es el dengue? y otros datos de interés.

A través del portal los brigadistas conocen quién es su supervisor, y viceversa. Asimismo, los directores de cada plantel pueden capturar los alumnos, es decir, generar las brigadas organizando 10 personas por grupo, así como examinar el proceso de captura final:

El apartado **Otras escuelas** presenta la misma estructura, brindando información a los brigadistas, supervisores y directores de las mismas.

Consultas

La sección Consultas permite conocer qué planteles están participando por municipio. Asimismo, al seleccionar un determinado Bachillerato se despliegan los nombres de los alumnos participantes y la brigada a la que pertenecen.

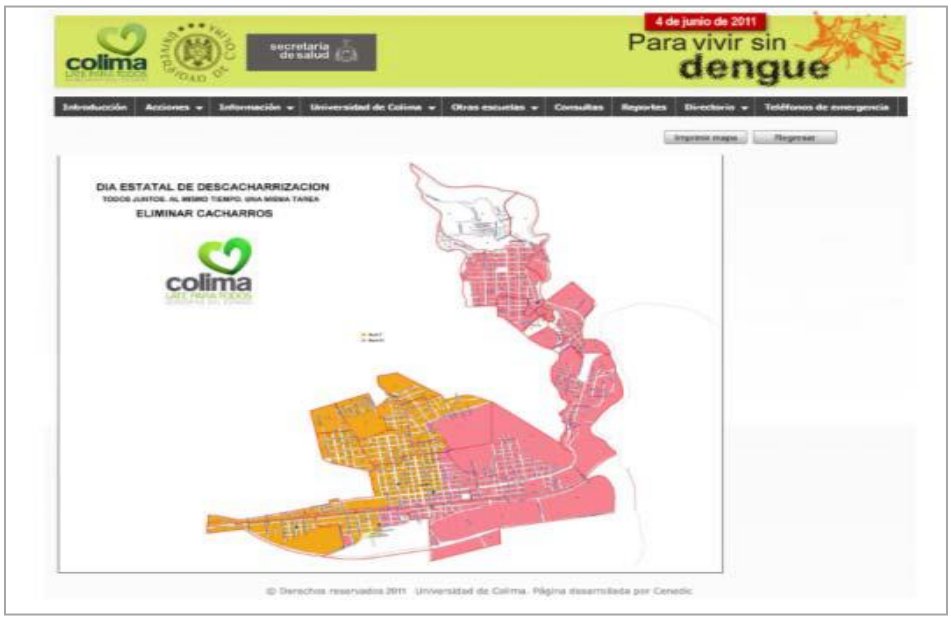


NO. CUENTA	NOMBRE	BRIGADA
20093833	1 AGUILAR CHAVARRIAS NANCY EDITH	28
20083986	2 ALCAUTER PANDURO OLIVERIO	9
20103635	3 ALVARADO CARDENAS MARIBEL	27
20103636	4 ALVARADO GONZALEZ OTILIA	29
20103637	5 ALVAREZ GARCIA CHRISTOPHER ORIFIEL	30
20084001	6 ALVAREZ GARCIA HERMES SAMUEL	9
20093872	7 ALVAREZ GONZALEZ MIRIAM	11
20103638	8 ANGEL VAZQUEZ LUCERO ITZAYANA	13
20103639	9 AVALOS ARCEO ALONDRA VIVIANA	30
20093860	10 AVILA SERRANO KENIA ALEJANDRA	11
20083994	11 BARBOSA LANDIN GLORIA CELESTE	10
20103640	12 BARBOSA LANDIN JORGE LUIS	30
20087729	13 BARBOZA FLOREZ JAIME ALEJANDRO	12
20103643	14 CADENA GAMA NAYELI MONSERRATH	13

Al seleccionar a un determinado alumno se muestra un mapa para la ubicación de la zona que va a cubrir.

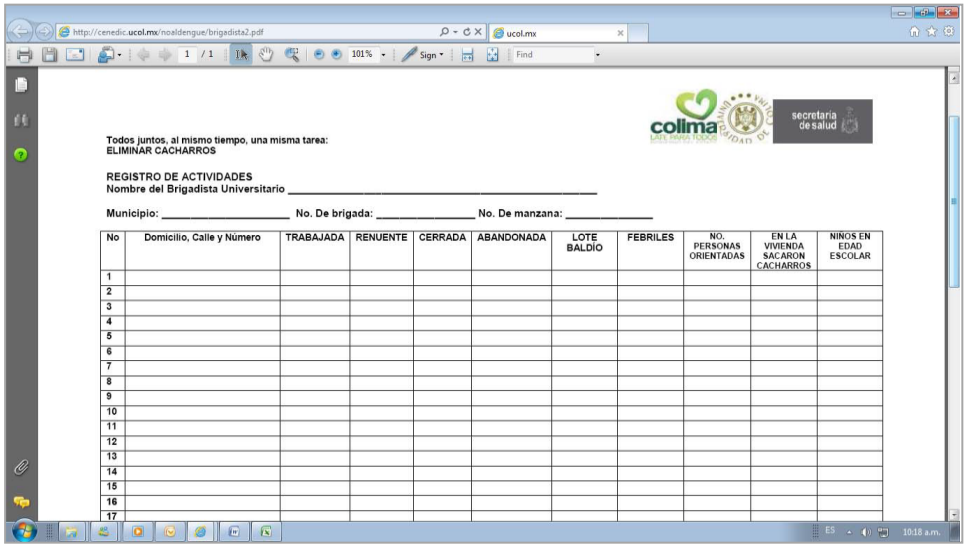
El mapa puede ampliarse para una mejor visualización y los usuarios pueden imprimirlo:

El punto de reunión representa el lugar del que las y los muchachos parten para hacer la labor de visita casa por casa, posteriormente vuelven al mismo sitio para compartir experiencias y cerrar el día para regresar a sus hogares. Los mapas fueron generados por la Secretaría de Salud y Bienestar Social específicamente para esta Campaña.



Mapa de las regiones que se cubren en la zona conurbada

Por medio de la página web es posible obtener el formato que se utilizará durante el Día de descacharrización, e imprimirlo para llenarlo *in situ*.



Todos juntos, al mismo tiempo, una misma tarea:
ELIMINAR CACHARROS

REGISTRO DE ACTIVIDADES
Nombre del Brigadista Universitario _____

Municipio: _____ No. De brigada: _____ No. De manzana: _____

No	Domicilio, Calle y Número	TRABAJADA	RENUENTE	CERRADA	ABANDONADA	LOTE BALDIO	FEBRILES	NO. PERSONAS ORIENTADAS	EN LA VIVIENDA SACARON CACHARROS	NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										

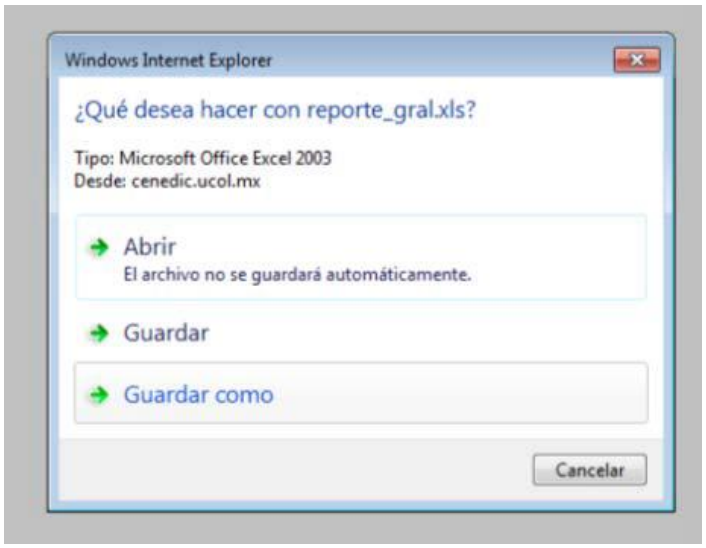
Este mismo formato, pero en versión electrónica, es el que los jóvenes capturan al finalizar su jornada

Reportes

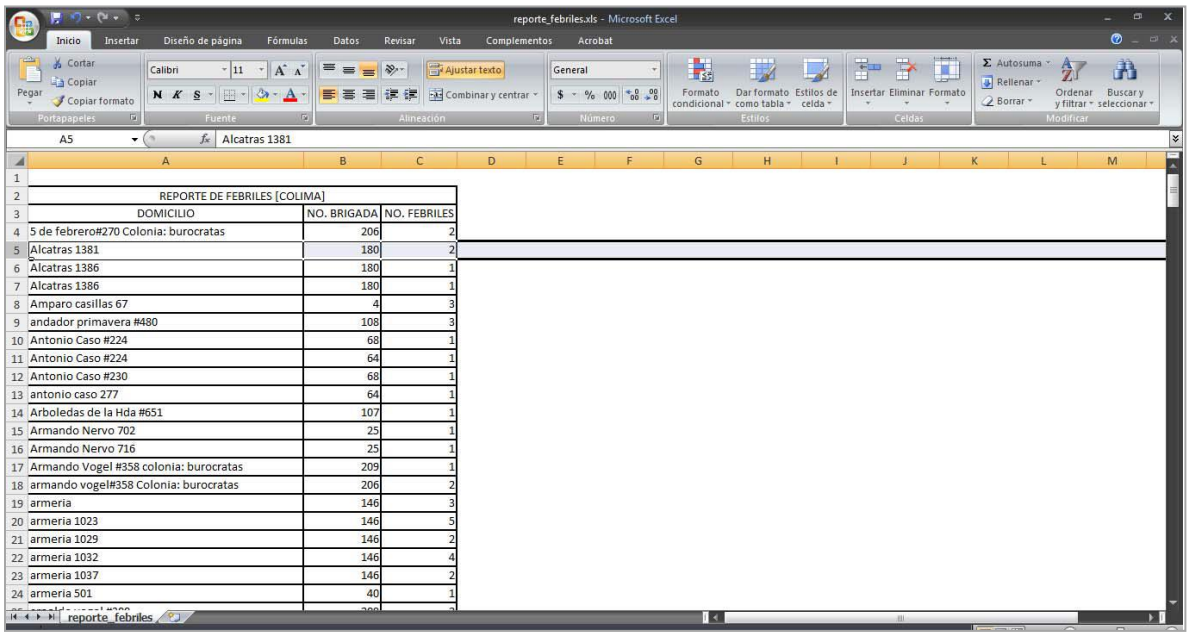
El apartado **Reportes** es particular de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, con su respectivo ingreso con seguridad, por medio de nombre de usuario y contraseña:

Una vez que se ingresa, podemos conocer la Estadística general, sea en su totalidad o por municipio.

El sistema genera un archivo Excel de manera automática, que puede descargarse para su uso:



Además de la estadística general, pueden obtenerse datos más concretos, como puede ser Enfermedad febril, Casas renuentes, Casas cerradas, Casas abandonadas y Niños en edad escolar por casa, por municipio:



REPORTE DE FEBRILES [COLIMA]		
DOMICILIO	NO. BRIGADA	NO. FEBRILES
5 de febrero#270 Colonia: burocratas	206	2
Alcatras 1381	180	2
Alcatras 1386	180	1
Alcatras 1386	180	1
Amparo casillas 67	4	3
andador primavera #480	108	3
Antonio Caso #224	68	1
Antonio Caso #224	64	1
Antonio Caso #230	68	1
antonio caso 277	64	1
Arboledas de la Hda #651	107	1
Armando Nervo 702	25	1
Armando Nervo 716	25	1
Armando Vogel #358 colonia: burocratas	209	1
armando vogel#358 Colonia: burocratas	206	2
armeria	146	3
armeria 1023	146	5
armeria 1029	146	2
armeria 1032	146	4
armeria 1037	146	2
armeria 501	40	1

Ejemplo de reporte de febriles en Colima capital

Directorio

La página web muestra como información adicional directorios con números de interés del Gobierno del Estado y la Universidad de Colima:

Asimismo se muestran teléfonos de emergencia:

Conclusiones

En general, el Sistema de control de la campaña "Día de descacharrización" ha permitido la automatización de datos trascendentales para el manejo del dengue en Colima. Es un software único en su tipo a nivel nacional, desarrollado íntegramente en la Universidad de Colima, a través de su Centro Nacional de Edición Digital y Desarrollo de Tecnologías de Información, siguiendo la iniciativa de la Dirección de Servicios Médicos de la propia Universidad, así como de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, para beneficio de la salud de los colimenses.

La disminución de casos de dengue en Colima ha demostrado el éxito de esta campaña, que a la fecha continúa implementándose.

SIGNFICADO DE DIETA MÉXICO BRASIL

1.- Cornisa: SIGNFICADO DE DIETA MÉXICO BRASIL.

2.- Título: CASO COMPARATIVO MÉXICO BRASIL, SIGNFICADO DE DIETA EN PACIENTES CON OBESIDAD.

3.- Autor y afiliación:

Donovan Casas Patiño [1], Cristiane Costa da Cunha Oliveira [2]; Alejandra Rodríguez Torres [3]; Georgina Contreras Landgrave [4]; Maria de los Ángeles Maya Martínez [1]; Sonia Oliveira Lima [2]; Vianey Guerrero Alcocer [1]; Soraia Silva Santos Candeias [2]; Ana Maria Duran Ibarra [1]; Igor Soares Vieira [2]; Maria Eliane de Andrade [2]; Josilda Ferreira Cruz [2].

[1] Centro Universitario Amecameca Universidad Autónoma del Estado de México.

[2] Universidade Tiradentes (Brasil-Campus Aracaju Farolandia).

[3] Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 195 Chalco.

[4] Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl Universidad Autónoma del Estado de México.

4.- Resumen:

Introducción: La Obesidad es una enfermedad comorbida multifactorial, la dieta es una herramienta crucial para el combate de esta enfermedad, como profesionales de la salud lo sabemos, pero ¿que representa la dieta para los pacientes obesos?
Objetivo: Interpretar la representación social de la dieta en el paciente con obesidad en una comunidad del Estado de México y compararla con una comunidad de Brasil.
Método: El presente estudio es de tipo cualitativo/hermenéutico-interpretativo, realizando una entrevista semiestructurada a un grupo de pacientes obesos de México y Brasil.
Hallazgos: La voz de los actores en México en relación a la dieta reflejan un imaginario que remite a todo aquello que les obligan a comer (centralismo biomédicalizado) por el cual deben apegarse con estricto rigor, muestran respeto a la dieta prescrita por Nutriólogo y Médico, pero la refieren como muy cara y no apegada a la realidad económica. La voz de los actores en Brasil, señalan como dieta "comer saludable", "apoyo de combate a su padecer", la dieta prescrita por médico de familia y promotores de salud es adecuada y apegada en alimentos de la región.
Conclusión: La relación discursiva de los pacientes entrevistados muestra que la población brasileña tiene un significado más establecido respecto al sistema alimentario básico, en cambio en México se tiene un significado más elaborado en relación a una esfera biomédica (biocontrol). Conocer el significado de "dieta" en paciente con obesidad nos permite proponer estrategias de prevención, promoción y educación en salud a fin de mejorar conductas y hábitos saludables, como los provistos en los discursos de la población brasileña.
Palabras Clave: Obesidad, Representación Social, Determinantes Sociales de la Salud, México, Brasil.
Summary:
Introduction: Obesity is a multifactorial comorbid disease, diet is a crucial tool to combat the disease, we as health professionals know, but what is the meaning of diet for obese patients?
Objective: Interpret the social representation of diet in obese patients in a community in the State of Mexico and compare it to a community in Brazil.
Method: This study is qualitative / interpretative hermeneutic, it included a semi-structured interview in a group of obese patients of a semi-rural community in the State of Mexico and compared with a community of the same socio demographic characteristics of Brazil.
Findings: The obese group in Mexico have an imaginary about diet which refers to all that require them to eat (biomédicalizado centralism), by which must adhere to strict rigor, they show respect to the diet prescribed by Medical Nutritionist but refer that is expensive and not attached to the economic reality. The group of Brazil, refers a diet as "eating healthy", "support to combat sickness," prescribed by the family doctor and health workers is adequate to the food of the region.
Conclusion: The discursive relationship of the patients interviewed shows that the Brazilian population has meaning of diet based on the basic food system, instead of Mexico that has meaning in relation to biomedical sphere (biocontrol). Know the meaning of "diet" in obese patients allows us to propose strategies for prevention, health promotion and education to improve healthy behaviors and habits, as provided in the discourse of the Brazilian population.
Keywords: Obesity, Social Representation, Social Determinants of Health, Mexico, Brazil.

Introducción:
Este estudio describe y compara el significado de la *representación social de dieta* en pacientes de dos países del continente Americano (México y Brasil) que cursan con obesidad, se realiza una aproximacion al fenómeno del proceso dieta y salud/enfermedad desde el paradigma hermenéutico-fenomenológico y bajo la mirada de la *Teoría de las*

Representaciones Sociales (RS), concretamente hacemos alusión al término que acuñó Sergei Moscovici (1988), psicólogo social francés de origen ruso, el cual retoma de un concepto olvidado de Durkheim [1], ya que la representación social surge en el campo de la psicología social para contrarrestar el incremento de la individualización, debido a que la tendencia prevaleciente en esta disciplina se encontraba alejada de lo social y se dirigía al individuo, las representaciones se forman en las experiencias cotidianas de los sujetos, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, como el mundo físico, el mundo de la vida o el mundo social o a aspectos muy limitados como el funcionamiento de un ecosistema o el ciclo de vida de un organismo. Estas representaciones le dan el sentido a la realidad y van cambiando, son dialécticas [2, 3, 4,5,6,7,8,9].

La RS integra conceptos cognitivos distintos como actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., puede ubicarse como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social; así la representación social es una: «…forma de conocimiento de sentido común … es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales» [3], la representación social guarda una posición y función en el entramado de significaciones, donde: *la mediación individual + el trama socio-estructural = a la representación social* (en esta fórmula se contrastan lo individual y lo social, donde el sujeto y el objeto, están en un mismo espacio dejando a un lado la ausencia de contrastaciones), así es como entenderemos a la representación social.

Para entender a la Obesidad en México y Brasil.

La *obesidad* es una enfermedad crónica multifactorial que se define como el exceso de grasa corporal que pone al individuo en una situación de riesgo para su salud, se determina a partir del cálculo en el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado, un IMC mayor de 30 es obesidad, y entre 25 y 29.9 sobrepeso [10, 11], la obesidad se considera una patología de riesgo variada agrupada a: lumbalgia, infertilidad, osteoartrosis, hiperuricemia, disnea, apnea del sueño, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, litiasis vesicular, accidentes cerebrovascular, ovarios poliquísticos, síndrome metabólico, dislipidemia [12], catarata, enfermedad del hígado graso no alcohólico, además disminuye la esperanza de vida en un promedio de 9 años y actualmente asociado a cáncer de mama, colon y endometrio [13, 14, 15], los varones obesos tienen mayor riesgo de cáncer de recto y próstata [16 A 25]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso, de acuerdo con proyecciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se estima que más de dos de tres personas tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020.

Respecto a Brasil la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 2008-2009, llevado a cabo en colaboración entre el IBGE (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística) y el Ministerio de Salud [26, 27], analizó los datos de 188 mil personas en Brasil de todas las edades, mostraron que la obesidad y el sobrepeso se han incrementado rápidamente en los últimos años. En esta encuesta el sobrepeso y la obesidad en conjunto alcanzan alrededor del 60% de los adultos brasileños; 50% de los hombres y el 48% de las mujeres tienen sobrepeso, y el 12,5% de los hombres y el 16,9% de las mujeres son obesos [26]. Otra investigación llamada VIGITEL 2012 (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefónico) [28] realizada en 27 capitales brasileñas con líneas telefónicas aleatorias estratificadas y sistemáticas, demostró en población mayor de 18 años una frecuencia de sobrepeso del 51,0%, siendo mayor entre los hombres (54,

5%) que entre las mujeres (48,1%), con una de obesidad promedio de 17,4% en hombres y mujeres (Tabla 2). *México* tiene más de la mitad de obesos (26.8% mujeres y 37.5 hombres) que *Brasil* (17.4% similar ambos sexos) de acuerdo a la encuesta EPF/VIGITEL 2012 y ENSANUT 2012 [29] respectivamente, *México* ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial según la OMS y *Brasil* ocupa el 77 lugar [27,28 29], además *México* tiene una prevalencia de obesidad de 73.3 (Tabla 3) contra *Brasil* que tiene 57 (Tabla 4), pero de acuerdo a las tablas demográficas *México* cuenta con una población de 140 millones de habitantes en comparación con *Brasil* con 210 millones de habitantes, *esto condiciona en números y porcentajes una similitud demográfica para obesidad y sobrepeso en ambos países.*

Respecto a las diferentes alternativas para el combate a la obesidad y el sobrepeso en *México*, encontramos que estas siguen siendo ineficaces tanto para el paciente como para el médico ya que en la mayoría de los casos hay recurrencia de la obesidad debido a que se requiere un compromiso socio-económico-psicológico para mantener el tratamiento además del cambio en los estilos de vida. Los pasos a seguir en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso son: detección oportuna, valoración integral de otras patologías agregadas, nutrición (dieta) y apoyo psicológico-psiquiátrico –existen pacientes que cursan con trastornos depresivos, de ansiedad o pulsiones de muerte que les provoca consumir en exceso alimentos pocos saludables- [10, 11], otras alternativas son: una alimentación hipocalórica baja en grasas, un programa de actividad física permanente y el uso de fármacos (sibitramina, mazindol, orlistat, biguanidas, tiazolidinedionas, aldactona, fenfluramina y la dexfenfluramina); otros más, agresivos como la cirugía bariátrica -procedimiento que consiste en la modificación anatómica del sistema digestivo para disminuir y restringir la absorción de alimentos- la cual hasta este momento no tiene la evidencia científica para determinar su beneficio directo en el paciente con obesidad [30]; todos estos tratamientos están centrados en una mirada medicalizada sin una mirada que corresponda al análisis de los determinantes sociales que influyen directa o indirectamente en esta patología y al parecer esta nueva pandemia va en aumento complejizándose en el individuo y la colectividad. Mencionaremos que apenas inicia en México una nueva mirada a este proceso, pues fue avalada por mayoría en la Cámara de Senadores y Diputados, una ley que restringe la venta de la denominada comida “chatarra” en las escuelas, la SEP (Secretaría de Educación Pública) divulgo una lista de 610 productos autorizados, refiere que alimento que no aparezca en la lista no podrá venderse dentro de las escuelas, dejando un vacío legal en la venta de estos productos prohibidos afuera de los centros escolares y sin límites de bombardeo televisivo de Comerciales que alientan al consumó de estos productos [31], una ley a medias que trata de justificar combate a esta pandemia.

Respecto a las diferentes alternativas para el combate a la obesidad y el sobrepeso en *Brasil*, hace 20 años la sociedad brasileña se organizó con apoyo de asociaciones médicas nacionales para iniciar el combate a estas pandemias, estas iniciativas ocurrieron de manera directa en el ámbito municipal mas no a nivel nacional, en ese sentido la Atención Básica en Brasil se inscribió sobre la base de la Atención Primaria, esto con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) descentralizado y redirigido a cada municipio brasileño, además el Ministerio de Salud asumió el Programa de Salud a la Familia como estrategia para reorientar la Atención Básica en el país, esta concepción de *Atención Primaria de la Estrategia de Salud a la Familia* preconiza un equipo de carácter multiprofesional que trabaja con definición de territorio de cobertura, adscripción de población, catastro y acompañamiento de la población residente en el área territorial de atención, y además conforma necesidades reales de la población en políticas públicas en salud, es así que encontramos que a fínales de los 90s surge la primera política en salud contra la obesidad en Rio de Janeiro llamada: *“Programa de enfrentamiento a la*

Obesidad Mórbida", esta ley N° 3.286 autoriza a implantar sistemas para asegurar un diagnóstico adecuado, atención mediata, acceso a unidades básicas de salud, con equipos multidisciplinario, así como cirugía bariatrica o plástica y los gastos correrán a cargo del municipio en cuestión, a estas se agregaron otras políticas municipales como; "Amor a la vida" contra la obesidad ("Enmagreciendo con amor a la vida") [32], además de la restricción de alimentos culturalmente tradicionales como el "cuscús", el cual se modificó en su elaboración para ser menos calórico, aunado a esto Brasil se apoyó en programas de autocuidado en su población y desarrollo un programa *Salud Familiar para todos*, lo cual se percibe como compromiso colectivo-individual. En ese mismo sentido hace 15 años se creó la ABESO (Asociación Brasileña para el Estudio de la Obesidad), la cual ha promovido discusiones medicas con diferentes sectores de la sociedad y estimulando prácticas de combate contra la obesidad y el sobrepeso [33], y desde 2003 en Brasil se inició el debate del impuesto sobre productos industrializados, además solicitando la reducción en el costo de los productos dietéticos vía extensión tributaria [34 A 47]; la mirada brasileña respecto a la pandemia de obesidad y sobrepeso ha sido incluyente de todos los sectores sociales, que se han comprometido en la búsqueda de un bienestar en común, esta mirada ha roto los esquemas biomédicos curativos occidentales creando alrededor de esta problemática una participación social dirigida a políticas reales de necesidad colectiva.

La Obesidad es una enfermedad comorbida multifactorial, a este solo se le há estudiado desde ámbitos biomoleculares genéticos e intervencionistas, aunado la dieta es una herramienta para abatir a la obesidad y además está confirmada como el conductor directo hacia el estado comorbido de obesidad, y hasta el momento no se há realizado una aproximacion cualitativa comparativa entre dos países de América Latina.

¿Cómo, comenzar a combatir la obesidad desde las ciencias sociales en salud?, aquí surge el planteamiento de esta investigación, si la *dieta* es constructo socio-cultural, que entiende un paciente con obesidad respecto a *dieta* en dos contextos diferentes pero similares de un continente, México –*Estado de México/Chalco*- (Tabla 5/Mapa 1) y Brasil –*Aracaju/Sergipe*- (Tabla 2/Mapa 1) los dos estratos en estudio son municipios de su país respectivamente *Chalco y Sergipe*, además tienen la misma cantidad de habitantes entre 500 mil y una prevalencia de Obesidad de 27.3 y 18.3 respectivamente [28, 29], ahora bien si un pilar fundamental de combate a la obesidad es la *dieta*, esta ¿que determina en el imaginario del individuo?, cabe resaltar que la *dieta* de cada individuo está condicionada por la cultura en una *dieta accesible* y *dieta preferida*, la primera es el conjunto de alimentos y bebidas a las que puede acceder en un entorno cercano, ya sea económicamente o por localidad, la segunda es el conjunto de alimentos y bebidas que son elegidos sin obstáculo alguno, entonces, ¿Qué entiende por *dieta* un paciente que cursa con obesidad, en dos países diferentes pero con la misma enfermedad?, ¡aquí podrá estar guardado el código oculto de combate a la obesidad¡ con un acercamiento a dos realidades sociales que vive el paciente con obesidad podremos develar a partir de la representación social el significado que se colecciona en la dieta del paciente con obesidad.

Objetivo:

Interpretar la representación social de la dieta en el paciente con obesidad en una comunidad del Estado de México y compararla con una comunidad de Brasil.

Material y método

El presente estudio es de tipo *cualitativo/hermenéutico/interpretativo*, el análisis implico interpretación de significados/signos códigos a partir de la parte discursiva del paciente que cursa con obesidad, el trabajo de campo incluyo la entrevista participante del paciente con obesidad, con el fin de disponer de reflexividad conceptual del término de la dieta a partir de cinco categorías:

a) Descripciones de *identidad*: dieta, que es?, que entiende?, como la define?
b). Descripciones de *actividad*: como practica la dieta?, como la realiza?,
c) Descripciones de *propósitos*: que objetivo tiene la dieta en su padecimiento?
d) Descripciones de *normas y valores*: con respecto a su padecimiento y la dieta, que influencia tiene en su estilo de vida?
e) Descripciones de *posición y de relación*: en relación a posiciones de poder de algún integrante de su familia o del equipo de salud, alguien tomo su decisión hacia su dieta y su padecimiento, sin consultarle?
Cabe señalar que ésta entrevista fue validada previamente, en México con 5 pacientes y en Brasil con dos pacientes, se adaptó el instrumento final al portugués con la finalidad de poder ser aplicada sin sesgos de lenguaje o neologismos, se aplicó previo consentimiento informado. La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico: 17 pacientes con obesidad (México/Chalco) y 16 pacientes con obesidad (Brasil/Sergipe).
Resultados:
Mencionar que la relación del análisis discursivo de los pacientes entrevistados nos conlleva a un análisis que va más allá del significado de dieta es concebir que esta, se construye, reconstruye, conforma y reproduce por factores socio-culturales que definitivamente influyen directamente o indirectamente en el compartimiento del habito alimentario, *el modelo biomédico, el ingreso per cápita, la transición dietólogica, la actividad física, los alimentos hipercalóricos como fuente de alimentación rápida y económica, la alteridad y otredad en salud,* todos estos factores influyen en esta situación de pandemia mundial por lo cual encontramos indiscutiblemente necesario su análisis a partir de los discursos de ambos pacientes en dos países diferentes pero con similitudes enfrentadas:

a) La mirada biomédica, en *México* el combate a la obesidad está centrado en modelos curativos invasivos con destrucción y negación de la otredad por parte del equipo de salud [11], donde la expedición de una receta dietólogica o medica concluye el proceso de atención a esta pandemia; en contraparte en *Brasil* el abordaje está estructurado hacia el componente básico de la sociedad la *familia* [48], donde un grupo multidisciplinario acude hasta el origen del manejo, manipulación, adquisición y preparación de los alimentos fomentado un ambiente de múltiples canales de comunicación en beneficio del colectivo el llamado *Modelo Medico Centrado a la Familia* [49], además de influir políticamente y directamente en la comercialización de alimentos de gordura (chatarra), así como un respeto de mutualidad una alteridad y otredad entendida como praxis inseparable del condicionante de la practica en salud, paciente y enfermo.
b) El ingreso per cápita por familia e individuo; en *México* el salario mínimo se encuentra 36 por ciento abajo de la línea de pobreza, 150 dólares al mes, es el peor en Latinoamérica y, para rematar, dos tercios de la población trabajadora se ubican en un nivel menor a tres de estas percepciones, en suma, la mayoría de los asalariados se encuentran en una condición cercana a la miseria [50], con esto como acceder a una dieta nutritiva, fresca, de calidad y buen gusto, y si además le agregamos que en su preparación de estos alimentos se requiere de gas, agua y tiempo (preparación y cocción), nos sumergimos aún más en la pobreza de la dieta mexicana, donde se puede afirmar que es más barato consumir una sopa instantánea que preparar un kilo de frijol; *Brasil* mantiene uno de los mejores salarios mínimos de la zona después de Estados Unidos y Canadá, con 722 reales mensuales (350 dólares), esto condiciona que a pesar de la inflación alimentaria y de adquisición de bienes de la zona de América del Sur [51], la población brasileña ha disminuido su desigualdad social y además no ha sufrido negativamente con el

empleo ni en la formalidad este, por lo cual este colectivo puede acceder a una dieta nutritiva, de calidad, fresca y de buen gusto para su consumo.

c) La transición dietólogica; en *México* en los últimos 20 años nuestra dieta estará basada en aquellos productos que se encuentran a nuestro alcance y en el entorno, por un lado, el individuo y la colectividad han sufrido una domesticación que ha involucrado cambio en los hábitos alimentarios, por un lado la mercadotecnia televisiva y de radio hacia el consumo de alimentos traídos de lejos hacia nuestra dieta básica; Coca-Cola, Pepsi, Burger King, McDonald's, Pizza Hut, Dominos' Pizza, Sabritas, Bimbo, Chocomilk, Zucaritas, etc., esta incorporación a la dieta mexicana ha sido sin restricción alguna, por otro lado la accesibilidad a establecimientos comerciales donde se expenden alimentos rápidos en su preparación, tales como embutidos, sopas instantáneas, tacos, pizzas y guisados congelados, etc., son en ocasiones muy baratos y fáciles de obtener, su preparación culinaria se traduce en platillos fáciles de elaborar y disponer en cualquier horario, con lo cual esto se convierte en ahorro de tiempo, preparación rápida y listos para comer (deglutir) [52]; *Brasil*, por el contrario ha mantenido una estructura de castigo económico y político contra aquellos alimentos que transgredan el contenido calórico permitido por día/individuo por su Ministerio de Salud de acuerdo al *Plan de Acción Estratégico para la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles en Brasil, 2011-2022*, además de mantener un apego cultural hacia los alimentos tradicionales que genéticamente por el paso de los años condicionan atributos nutritivos adecuados y necesarios sin modificación de su estructura biológica [32, 33]; aquí cabe señalar, que si el alimento es constructo cultural, a la obesidad se le debe entender: como una respuesta social de adaptación colectiva en aras de preservación del ideario cultural, ahora bien si un pilar fundamental de combate a la obesidad es una alimentación balanceada, adecuada, disponible y nutritiva, cabría resaltar que los alimentos de cada individuo están condicionados por la cultura, esto es en una dieta accesible y dieta preferida, la primera es el conjunto de alimentos y bebidas a las que puede acceder en un entorno cercano, ya sea económicamente o por localidad, la segunda es el conjunto de alimentos y bebidas que son elegidos sin obstáculo alguno, entonces un acercamiento a la realidad colectiva en el cambio de hábitos alimenticios donde la diversidad en estos es reinante de la esfera neoliberal, se puede concluir que a pesar de múltiples políticas en salud de castigo a empresas de engordura el inserto cultural de apropiación de alimentos preferidos se ha consolidado en el gen social del colectivo mexicano, el cual se reproducirá socialmente sin remordimiento alguno.

d) La actividad física: en *México*, de acuerdo al ENSANUT 2012 [29, 53], estimó que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no refieren haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó uno o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol soccer, en adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012), además 51.4% de los adultos reportó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, mientras que 48.6% pasó más de dos horas diarias, asimismo esta encuesta encontró que los adultos ocupan en promedio 1:40 horas (DE=1:50 h) de su tiempo diario en transportarse inactivo, y 3:30 horas (DE=2:40 h) de su tiempo a estar sentados, al mismo tiempo reportaron dormir diariamente un promedio de 7:30 horas (DE=1:00 h) diarias, cabe mencionar que la jornada laboral es de más de 12 horas diarias en algunas zonas geográficas donde la

obesidad es más alta [54], *México* no es la excepción en este cambio de dinámica social pero si cabe mencionar que la inactividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes y está asociada con la aparición y falta de control de diversas enfermedades crónicas en este caso la obesidad; *Brasil*, de acuerdo a la encuesta VIGITEL 2012 [55, 56, 57], reporta 20 % de sedentarismo en su población, con 2 horas diaria frente a una pantalla y 30 minutos tiempo diario en transportarse inactivo promedio nacional, también cabe mencionar que la jornada laboral en *Brasil* es de 6 horas promedio nacional, con un salario mínimo adecuado para adquirir alimentos nutritivos y saludables, y con tiempo para realizar una actividad física es contar con un plan incluyente de todos los sectores preocupados por combatir una pandemia que podría repercutir en su colectivo, es así como estos factores primordiales que son ejercicio y dieta se conjugan de manera social en beneficio de un colectivo.

Conclusiones.

Es un estudio que no ha concluido, la parte que se presenta permite obtener algunas conclusiones preliminares que orientan a la carencia de un análisis claro respecto a los Determinantes Sociales en Salud que no son la causa de la causa pero que si influyen de manera directa en la presentación de modelos de comportamiento epidemiológico hacia la obesidad, un pilar fundamental como la dieta que es el núcleo de los sistemas alimentarios básicos lo encontramos completamente quebrantado en la región de México, la mirada medicalizada hacia el combate a la obesidad desdibuja la realidad de la dieta y aun mas de contraparte que es la actividad física, este estudio compara en la población Brasileña, que esta tiene un constructo adecuado del significado de dieta el cual puede haber sido trabajado desde las políticas en salud de los años 90s: "Amor a la vida" contra la obesidad ("Enmagreciendo con amor a la vida") etc., además apoyado en programas de autocuidado en su población y el desarrollo de un programa de Salud Familiar para todos, lo cual se percibe como compromiso colectivo-individual-Estatal, México tiene mucho que aprender y desarrollar con su colectividad, puesto que este estudio devela una sensación de incongruencia social, biomédica y de políticas incongruentes en salud.

SALUD PSICOSOCIAL EN EL PROFESOR DE NUEVO INGRESO A LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

Carmona-Díaz Elizabeth
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

González-Gutiérrez Krystell Paola
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Rosaldo-Rocha Alejandra
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Pedrero-Martínez Delfina
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

SALUD PSICOSOCIAL EN EL PROFESOR DE NUEVO INGRESO A LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

La **salud psicosocial** se refiere al bienestar mental y emocional de las personas como individuos y como integrantes de una sociedad, incluye características como: Alta capacidad de adaptación, Identidad individual y social, Control de impulsos y apego a la realidad, Superación de problemas y frustraciones, Madurez intelectual, emocional y de conducta. Con el Objetivo facilitar proceso de ingreso a la institución y fortalecer las habilidades de enseñanza – aprendizaje que garanticen el éxito en los estudiantes se ofertó el curso-taller Identidad Universitaria y Salud Laboral a profesores investigadores de nuevo ingreso a la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco. Esta actividad da un panorama general de la dinámica laboral de la División y la Universidad y fomenta el trabajo en equipo. El curso-taller constó de seis módulos que promueven la comunicación entre todos los miembros de la comunidad universitaria como medio estratégico para convivir sanamente y eliminar conductas poco adaptativas que mermen la salud integral del personal docente de la Institución.

PSYCHOSOCIAL HEALTH OF THE NEW PROFESSOR IN DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

Psychosocial health refers to mental and emotional well-being of people as individuals and as members of society, includes features such as: High adaptability, individual and social identity, Impulse control and attachment to reality, Overcoming problems and frustrations, intellectual, emotional and behavioral maturity. With the objective to facilitate the process of joining the institution and enhance teaching-learning skills to ensure students success, the workshop in Identity and Occupational Health University in new professors of División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco was offered. This activity gives an overview of the labor dynamics of the Division and the University and promotes teamwork. The training workshop consisted of six modules that promote communication among all members of the university community as a strategic tool to live healthily and eliminate maladaptive behaviors that diminish the whole health of the teaching staff of the institution.

INTRODUCCIÓN

La productividad, la eficiencia y la salud laboral reflejadas en el bienestar psicológico y la calidad de vida laboral, se entrelazan e impactan la competitividad de una empresa u organización (Durán, 2010).

En 1984 el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) declaró que los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de las percepciones y experiencias del empleado y abarcan diversos aspectos. El Comité Mixto OIT/OMS (1984) definió: “los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento”

Múltiples son los aspectos que propician el estrés en la labor de los maestros escolares. Entre los estresores que la literatura ha mencionado se encuentran las dificultades con los recursos, la disciplina en el aula, los conflictos y la ambigüedad en el rol, la sobrecarga de

trabajo, el bajo reconocimiento profesional y la interrelación con los otros maestros. Por ejemplo, (Oramas et al. 2003) reportan que “Las demandas de trabajo multiplicidad de tareas, responsabilidades con el alumnado, y el comportamiento de los estudiantes (irrespetuoso, bullicioso, difícil) se destacan en una relación directa con el estrés en maestros”. Un clima organizacional en el que predomine el proceso de crossover -irradiación- de la tensión del equipo de dirección hacia los subordinados y viceversa, puede generar una reacción circular de tensión, que trae como consecuencia condiciones estresantes para los maestros, a sabiendas de estos factores y algunos otros más la **salud psicosocial** se refiere al bienestar mental y emocional de las personas como individuos y como integrantes de una sociedad que incluye características como: Alta capacidad de adaptación, Identidad individual y social, Control de impulsos y apego a la realidad, Superación de problemas y frustraciones, Madurez intelectual, emocional y de conducta, motivo por el cual se ofertó el curso-taller Identidad Universitaria y Salud Laboral a profesores investigadores de nuevo ingreso a la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco.

MÉTODOS

La División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco pertenece desde el 2013 a la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS) y a la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). En la Declaración de Costa Rica de 2011, las instituciones pertenecientes a la RIUPS proponen como estrategia: Promover en los diversos entornos universitarios prácticas culturales en la Promoción de la Salud que estimulen principios, valores, creencias, actitudes, modos de vida y relaciones que permitan adherirse a la producción, beneficios y oportunidades para facilitar opciones saludables (Arroyo, 2013). Bajo esta premisa, y considerando a la salud como un concepto integral, surge el proyecto DAMC: División Promotora de la Salud, teniendo como objetivo potenciar un entorno promotor de la salud en la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.

Una de las líneas de acción de este proyecto está destinada a la promoción de la salud mental integral, y está a su vez tiene como uno de los objetivos específicos diseñar talleres que promuevan el crecimiento personal en la comunidad universitaria. La teoría del crecimiento personal, toma en cuenta la autonomía, el auto concepto, la motivación del individuo, se involucra en los sentimientos de la persona buscando una buena autoestima, afirma que si la gente recibe libertad y apoyo emocional para crecer puede desarrollarse en un ser humano pleno afirmando que el ser humano es capaz de resolver sus propias problemáticas y conflicto, convirtiéndose en quien desean ser (Philip, 1997). Es decir, una persona saludable es la que es libre y se encuentra estable emocionalmente, ya que esta cumplirá todas sus metas y objetivos.

Se elaboró e implementó el curso-taller, el cual constó de seis módulos: 1. Identidad Universitaria, 2. Manejo de las Tecnologías de la Información, 3. Reglamentación Universitaria, Programa Institucional de Tutorías y Programa de Educación Ambiental, 4. Perspectiva de Género, 5. Inteligencias Múltiples y la labor docente y 6. Estrategias Docentes.

RESULTADOS

No se debe olvidar que el recurso humano representa uno de los pilares más valiosos y dinámicos para el desarrollo y crecimiento de cualquier organización, por lo cual, se hace

indispensable conocer y entender cuáles son los factores que tienen mayor influencia en el rendimiento de las personas en su lugar de trabajo Fernández (2010).

Gracias a esta actividad se pudo conocer el sentir de los profesores acerca de su ambiente laboral; gracias a esta oportunidad de comunicación se detectó la necesidad de ofrecer actividades de inducción a los profesores que ingresan a la División, pues los comentarios vertidos denotaban el sentimiento de incertidumbre que se experimenta al tener el primer acercamiento a la docencia universitaria. Esta incertidumbre genera estrés entre los nuevos miembros del grupo, y la mejor forma de contrarrestarlo es dotarles de los conocimientos que les permitan desarrollar su práctica docente de una mejor manera. Recordemos que cuando se selecciona y contrata a uno de los aspirantes a ingresar a la organización es necesario no perder de vista el hecho de que una nueva personalidad va a integrarse a aquélla. Acorde con Arias Galicia & Heredia Espinoza (2004) el nuevo trabajador va a encontrarse de pronto inmerso en un ambiente con normas, políticas, procedimientos y costumbres extrañas para él; en suma, está ingresando a una nueva cultura. El desconocimiento de todo ello puede afectar en forma negativa su eficiencia así como su calidad de vida.

Para los nuevos docentes los primeros días dentro del ambiente universitario son vertiginosos y es necesario ofrecerles seguridad, apoyo y aceptación. El proceso de inducción de los nuevos profesores resulta vital pues son las experiencias iniciales que vive un trabajador en la organización las que van a influir en su rendimiento y adaptación. El propósito del proceso de inducción es el de adaptar al nuevo empleado lo más pronto posible a su nuevo ambiente de trabajo, a sus nuevos compañeros, a sus nuevas obligaciones y derechos, a las políticas de la empresa, etcétera (Rodríguez Valencia, 2007). Sin embargo, en la Universidad no existe un programa de inducción para el personal académico, pues por usos costumbres todo la atención ha recaído en la selección del personal. Es decir no basta con elegir a los integrantes que se unirán a la institución, sino no que se debe encaminarlos para alinear sus objetivos con los organizacionales e ir generando intenciones, emociones y sentimientos favorables a la Universidad.

DISCUSIÓN

Es necesario comprender y asimilar que es en gran parte el personal quien dirige el rumbo que toman las organizaciones, es por ello que depende de éste que pueda mostrar o no un funcionamiento adecuado dentro de las mismas. Si las dependencias educativas desean reflejar en sus programas o proyectos la más alta calidad y transparencia, se requiere que los individuos se desempeñen en un ambiente laboral que sea propicio para un desarrollo más óptimo y productivo, que permita un trabajo eficiente y efectivo.

Si el proceso de selección se limita a elegir a los candidatos que cubran las necesidades institucionales quedaría incompleto. El Plan de Desarrollo Institucional 2012 – 2016 de la Universidad marca como parte de sus estrategias la elaboración e implementación de programas de capacitación sobre competencias docentes que incluyan las técnicas de estudio y material didáctico; así como la adecuación de procesos, productos y servicios universitarios que coadyuven al cumplimiento de las funciones sustantivas y adjetivas de la institución. Es decir, el proceso de selección debe ampliar su alcance y considerar la inducción de los profesores de nuevo ingreso. Esta inducción no se restringiría al área disciplinar sino también cultural, con el objetivo de crear un sentido de pertenencia e identificación con la Universidad.

REFERENCIAS

Arias Galicia, L. F., & Heredia Espinoza, V. (2004). *Administración de Recursos Humanos: Para el alto desempeño* (5ta. ed.). México: Trillas.

Arroyo, H.V. (Ed.). (2013). *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica*. San Juan: La Editorial Universidad de Puerto Rico.

Cabildo, H. (2005). *Salud Mental: Enfoque preventivo*. México: Editorial Imprenta.

Desarrollo Humano: Perspectiva Psicológica. Recuperado de http://desarrollohumanoperspectivapsicolgica.blogspot.mx/2009/09/la-teoria-de-la gestalt.html.

Durán, María (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Revista Nacional de Administración, volumen 1, núm. 1, pp. 71-84.

Fernández, P. (2010). La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral. Revista Invenio, vol. 13, núm. 25, pp. 111-124.

Newstrom, J. W. (2007). *Comportamiento humano en el trabajo* (12ma. ed.). México: McGraw Hill.

Oramas A, Rodríguez R, Almirall PJ, Huerta J, Vergara A. 2003. Algunas Causas de estrés psicológico en maestros del municipio Arroyo Naranjo, Cuba. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 4(1-2):8-12.

Rodríguez Valencia, J. (2005). *Adminsitración moderna de personal* (7ma. ed.). México: CENGAGE Learning.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (2012). *Plan de Desarrollo Institucional 2012 – 2016*. México.

SALUD MENTAL: LA VULNERABILIDAD EN ESTUDIANTES

Guerrero Anaya, Mónica Liliana

Universidad Autónoma de Aguascalientes

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1948). Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

El método a emplear será la aplicación de una encuesta Kessler 10 (K–10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel, dicha encuesta estuvo conformada

de 10 preguntas que permiten identificar niveles básicos de ansiedad, depresión y malestar psicosocial.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) The mental health includes a wide range of activities direct or indirectly related to the component of mental well-being included in the definition of health: It is a condition of complete physical, mental and social well-being, and not only the absence of affections or diseases (1948). It is related to the promotion of the well-being, the prevention of mental disorders and the treatment and rehabilitation of the persons affected by the above mentioned disorders. The method when used erá the application of a survey Kessler 10 (K-10) in the detection of depression and anxiety in the first level, the above mentioned survey was shaped of 10 questions that allow to identify basic levels of anxiety, depression and discomfort psicosocial. Not experimental.

Pregunta:

¿Cuál es la vulnerabilidad en salud mental en estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes?

Hipótesis

Diversos factores intervienen en la vulnerabilidad de la salud mental en los estudiantes de enfermería.

Objetivo:

Identificar la vulnerabilidad en salud mental de estudiantes de Enfermería de 3er año de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con la finalidad de establecer estrategias de promoción en salud mental de esta población.

Metodología

Este estudio será No Experimental, Transversal, Descriptivo y Cuantitativo.

La encuesta a aplicar será Kessler 10 (K–10) que consta de 10 preguntas básicas sobre depresión, ansiedad y malestar psicosocial.

Resultados

Al identificar la vulnerabilidad en estudiantes de Enfermería de 3er año. Se propone trabajar junto con el programa de Universidad Saludable para crear un programa de auto-relajación a estudiantes durante horas de tutoría y que logren adquirir herramientas para promover su óptima salud mental y así fomentar las buenas relaciones sociales y aumente su desempeño.

Discusión

Son diversos los factores que intervienen en la vulnerabilidad de la salud mental de estudiantes por éste motivo se busca obtener resultados que favorezcan a todos los estudiantes implicados en éste estudio, para darles a conocer como está afectando o

favoreciendo en su salud mental la manera en la que realizan su vida; al tener resultados nos daremos cuenta si en verdad existe vulnerabilidad en estudiantes de tercer año, los cuales están a la mitad de su carrera universitaria casi listos para asumir toma de decisiones sin que estas afecten su salud mental.

Conclusión

La salud Mental es un tema tabú ya que miles de personas están expuestas a cambios diariamente que pueden o no afectar su manera de pensar, su manera de percibir el día a día, pero para ello depende mucho la manera en que llevan su vida, como aceptan o rechazan las oportunidades que se les presenta y como aceptan las situaciones que la vida les traza.

Buscamos obtener resultados que nos muestren de manera clara cual es la vulnerabilidad en los estudiantes de tercer año en Enfermería los cuales están expuestos a diversos cambios y factores que pueden afectar o favorecer en su salud mental. Con éste estudio y la encuesta aplicada mostraremos los resultados de una manera clara.

RESIDUOS SÓLIDOS URBANOS

MA. Elena Aguilar Martínez.
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Los residuos sólidos urbanos son los que se generan en las casas habitación como resultado de la eliminación de los materiales que se utilizan en las actividades domésticas o los que provienen también de cualquier otra actividad que se desarrolla dentro de los establecimientos o en la vía pública, con características domiciliarias, y los resultantes de las vías y lugares públicos siempre que no sean considerados como residuos de otra índole (DOF, 2003). Con la publicación de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (DOF, 2003), los residuos sólidos municipales (RSM) cambiaron su denominación a la de residuos sólidos urbanos (RSU).
Norma oficial mexicana nom-161-semarnat-2011, que establece los criterios para clasificar a los residuos.
Desafortunadamente, en países emergentes como México la recuperación y reciclaje de estos productos es todavía muy baja. Para incrementar el volumen de reciclados es crítico lograr la participación activa de los ciudadanos, para ello se reconoce como importante identificar segmentos de individuos con perfiles sociodemográficos y psicográficos distintivos a partir de los cuales se puedan diseñar programas de mercadotecnia social que refuercen la conducta de reciclaje o bien modifiquen la de no-reciclaje.

Palabas clave: reciclaje, México, industrialización.
La intensificación de la industrialización que se presentó en México durante la segunda mitad del siglo pasado, produjo una mayor demanda de materias primas para satisfacer el creciente consumo de bienes y servicios de una población en aumento y con patrones de consumo cambiantes y cada vez más demandantes. A la par crecieron la generación de residuos de distintos tipos y los problemas asociados para su disposición adecuada, así como las afectaciones a la salud humana y a los ecosistemas.

Las cifras sobre la generación de RSU a nivel nacional que se han reportado en los últimos años presentan limitaciones importantes, básicamente porque no se trata de

mediciones directas, sino de estimaciones. Son calculadas por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) conforme a lo establecido en la norma NMX-AA-61-1985 sobre la Determinación de la Generación de Residuos Sólidos. Según dicha dependencia, en 2011 se generaron alrededor de 41 millones de toneladas, lo que equivale a cerca de 112.5 mil toneladas de RSU diariamente.
La generación de RSU se ha incrementado notablemente en los últimos años; tan sólo entre 2003 y 2011 creció 25%, como resultado principalmente del crecimiento urbano, el desarrollo industrial, las modificaciones tecnológicas, el gasto de la población2 y el cambio en los patrones de consumo.

La generación total de RSU en el país difiere de manera importante a nivel geográfico. Si se considera la regionalización de la Sedesol para el análisis de la generación de residuos, en 2011 la región Centro contribuyó con el 51% de la generación total en el país, seguida por la región Frontera Norte (16%) y el Distrito Federal.

Material y métodos:
Estudio cuantitativo. Sujetos de estudio comunidad universitaria de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Se proporcionará información acerca de la forma de separar los residuos sólidos para que se establezca un contenedor destinado a cada tipo de residuo con el fin de que todos respeten la dicha separación.

Objetivo:
Que el individuo contribuya al ahorro de recursos naturales separando los residuos sólidos urbanos en su propia universidad.

Hipótesis
La generación de residuos sólidos Urbanos (RSU) se ha incrementado notablemente en los últimos años como resultado principalmente del crecimiento urbano.

Resultados:
Los residuos separados se venderán con el fin de recaudar fondos que se utilizarán para las necesidades de la misma comunidad universitaria

Conclusiones:
Actualmente en México ha crecido la generación de residuos de distintos tipos y los problemas asociados para su disposición adecuada, así como las afectaciones a la salud humana y a los ecosistemas.

Bibliografía:
http://www.dof.gob.mx/busqueda_avanzada.php
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-161-SEMARNAT-2011, QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA CLASIFICAR A LOS RESIDUOS DE MANEJO ESPECIAL Y DETERMINAR CUALES ESTAN SUJETOS A PLAN DE MANEJO; EL LISTADO DE LOS MISMOS, EL PROCEDIMIENTO PARA LA INCLUSION O EXCLUSION A DICHO LISTADO; ASI COMO LOS ELEMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA FORMULACION DE LOS PLANES DE MANEJO. DISPONIBLE EN: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5286505&fecha=01/02/2013

http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe_12/pdf/Cap7_residuos.pdf

RELACIONES PERSONALES Y SOCIALES FRENTE AL VIH/SIDA DE HOMBRES JÓVENES

Lic. María del Carmen Barranco Rodríguez
Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

Psic. Diego Söhle Gómez
Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

Psic. Getzamany del Villar Meléndez
Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

Resumen

Desde los primeros diagnósticos acerca del VIH/SIDA se han desarrollado tecnologías que no solo han logrado un diagnóstico precoz sobre esta, sino también el tratamiento antirretroviral. El campo de estudio de esta enfermedad se ha centrado principalmente en las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, caracterizando los factores de riesgo y su transmisión; observando que cada vez, son más los jóvenes que presentan esta enfermedad; es por ello que se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal con 30 jóvenes entre 18 y 29 años de edad que asistieron a un encuentro organizado por el Colectivo Integral para la Salud de la Familia (CIFAM). Usando cómo instrumentos, cuestionarios de tipo: sociodemográfico (edad, lugar de residencia, estado civil, etc.); sobre prácticas sexuales (prácticas de riesgo y otras situaciones de vulnerabilidad al VIH); Percepción de riesgo; acerca del consumo de alcohol y drogas; comunicación y relaciones sociales (familiares, pareja sexual, etc.); e identidad sexual y violencia. Encontrando evidencia que la percepción de riesgo en los jóvenes es alta, el patrón sexual que se encontró, al igual que otros estudios realizados en México, señalan que los varones muestran una edad temprana al inicio a la vida sexual (Robles Montijo, 2005 y Villagrán y Perelló ,2006). Indicando que los jóvenes necesitan mejorar su nivel de información acerca de los factores de riesgo a la salud, las consecuencias del consumo de sustancias toxicas, además de la utilidad y efectividad del condón para prevenir enfermedades de Transmisión sexual.

Palabras clave: VIH/SIDA, enfermedad, jóvenes, transmisión sexual, factores de riesgo.

Abstract

From the first diagnosis about HIV / AIDS have developed technologies that have not only achieved this early diagnosis, but also ART. The field of study of this disease has focused primarily on people diagnosed with HIV / AIDS, characterizing the risk factors and transmission; are increasingly finding, are younger who have this disease; is why we conducted a descriptive cross-sectional study with 30 young people between 18 and 29 years who attended a meeting organized by the Collective for Comprehensive Family Health (CIFAM). Using an instrument, questionnaires type: sociodemographic (age, place of residence, marital status, etc.); about sexual practices (practices other situations of risk and vulnerability to HIV); perception of risk; about alcohol and drugs; communication and

social relationships (family, sexual partners, etc.); and sexual identity and violence. Finding evidence that the perception of risk in young people is high, the sexual pattern was found, as other studies conducted in Mexico, indicate that males show a young age at first sexual life (Robles Montijo, 2005 and Villagran and Perello, 2006). Indicating that young people need to improve their level of information about the risk factors to health, the consequences of consumption of toxic substances, in addition to the utility and effectiveness of condoms to prevent Sexually Transmitted Diseases.

Keywords: HIV / AIDS, illness, youth, sexual transmission, risk factors.

Introducción

A pesar de los avances tecnológicos, la disminución del analfabetismo y las mejoras en la atención respecto a la salud, Tuxtla Gutiérrez es uno de los 3 municipios de Chiapas que presenta un mayor número de casos de VIH/SIDA en jóvenes de aproximadamente 21 años de edad. Siendo los jóvenes homosexuales los que experimentan mayores encuentros sexuales ocasionales sin protección que los jóvenes heterosexuales; teniendo por esta razón como objetivo identificar factores de riesgo frente al VIH así poder diseñar un programa de intervención, que ayude a mejorar la calidad de vida de los jóvenes chiapanecos, brindándole mayor orientación antes o durante la adquisión de alguna enfermedad de trasmisión sexual. Estudios realizados por INEGI en el año 2013 relatan que el VIH ocupa un 4.2%, siendo la cuarta causa de fallecimiento en los hombres jóvenes de Chiapas. Se ha avanzado en el manejo, diagnóstico, tratamiento e investigación del VIH/SIDA, pero aún hay dos metas por alcanzar: detener la pandemia y bajar el índice de mortalidad, como lo establece el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, y la mejor vacuna contra este padecimiento es la prevención, aseveró el secretario de Salud en Chiapas, James Gómez Montes.

Metodología.

Estudio descriptivo transversal con 30 jóvenes entre 18 y 29 años de edad, que asistieron al encuentro organizado por el Colectivo Integral para la Salud de la Familia (CIFAM)

El instrumento utilizado para la realización de esta investigación consta de: 1) Cuestionario sociodemográfico el cual, contiene seis preguntas: edad (medida en años cumplidos declarados por los estudiantes) lugar de residencia, estado civil, nivel educativo, empleo e ingresos económicos. 2) Cuestionario sobre Prácticas Sexuales. Conjunto de preguntas en las que se consideraron las principales prácticas sexuales de riesgo y otras situaciones de vulnerabilidad al VIH como: a) inicio a la vida sexual (si/no), b) prácticas sexuales en los últimos tres meses considerando, número de parejas sexuales, frecuencia de uso del condón, situaciones que intervienen en la decisión del uso y frecuencia del condón, actividades de comercio sexual, frecuencia y tipo de actividades sexuales (oral, anal, genital). Cabe mencionar que los reactivos se evalúan mediante respuestas de opción múltiple. 3) Cuestionario sobre Percepción de riesgo Conjunto de preguntas que pretende saber qué tan peligroso considera hacer cosas arriesgadas para la adquisición del VIH/SIDA, las escalas se evalúan mediante opciones de respuesta tipo Likert; por ejemplo:1= nunca / o casi nunca, 2= a veces; 3= con frecuencia y 4= con mucha frecuencia. 4) Cuestionario sobre comunicación y relaciones sociales con familiares, parejas sexual y comunicación social (amigos, medios de comunicación colectiva “Internet” etc.) 5) Cuestionario de Identidad sexual. Conjunto de preguntas que

pretenden conocer la identidad sexual y vulnerabilidad a la que se enfrentan los jóvenes encuestados; los reactivos se evalúan mediante respuestas de opción múltiple.

Se utilizó el método de análisis no paramétrico de chi cuadrada para medir el impacto de las características sociales sobre diferentes aspectos de salud, para el análisis de los datos según tipo de variables, se aplicó análisis de varianzas de los factores de riesgo.

Resultados

1) Cuestionario Sociodemográfico.

- Edad promedio de los jóvenes encuestados: 21.5 años
- Lugar de residencia: Tuxtla Gutiérrez
- Porcentaje de Estado Civil: el 100% de los encuestados refieren que nunca han estado casados.
- Nivel educativo: De las opciones mostradas, la opción de estudios de nivel técnico es el promedio más elevado, mostrando una diferencia significativa respecto al resto de nivel de estudios; con valores de X2= 113.333 gl=7 y p= <0.0001

Identidad Sexual

Los jóvenes manifestaron en 3.44% ser Heterosexuales, el 58.62% manifestaron ser homosexuales, 24.13% Bisexuales y 13.79 % transexuales

En esta variable se observaron diferencias significativas en la ubicación de la identidad sexual de los jóvenes, con valores de X2 =68.846 gl= 3 p=<0.0001.

2) Resultados del cuestionario de conocimiento sobre el VIH/SIDA

Valores sobre ideas falsas, verdaderas o desconocimiento acerca del VIH/SIDA.

Los resultados de este análisis indican diferencias significativas en cuanto al conocimiento sobre la: apariencia de una persona infectada, la existencia de vacuna y cura del VIH/SIDA y la diferencia entre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pudiendo observarse en todos los incisos de este cuestionamiento que existen diferencias altamente significativas entre las proporciones con un valores de p = <0.00001 estableciendo, que estas variables son relevantes y se deben considerar para reforzar los conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA, en esta población.

Conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH

Observamos que la evolución del nivel de conocimiento sobre la infección por el VIH y el SIDA presenta valores significativos, indicando que los jóvenes tienen información acerca de cómo se transmite la infección, sin embargo está no es suficiente para evitar la infección, lo que sugiere que es necesario reforzar el conocimiento para generar conductas preventivas frente a la misma.

El análisis muestra, que existen diferencias altamente significativas con valores de p = <0.00001 indicando que: donar sangre, dar la mano, usar baños públicos, los estornudos y picaduras de mosquitos, son ideas falsas de la transmisión de la infección.

3.- Estrategias para reducir el riesgo del VIH/SIDA

En cuanto a la variable sobre la existencia de estrategia(s) personal(s) para reducir el riesgo de contraer VIH/SIDA las respuestas reportadas son en un 48.82% refieren si tener, con 20.68% mencionan que tal vez y en porcentajes iguales; 17.24% manifestaron no tener estrategias y no saber acerca de ellas.

Los resultados del análisis muestran que existen diferencias significativas entre las opciones de respuestas en esta variable con valores de X2= 21.284, gl=3, p=0.00009, indicando que, proporcionalmente hay más jóvenes que si tienen una estrategia personal para reducir el riesgo de contagio de la infección de VIH, a diferencia de otros jóvenes que indican no saber qué estrategia tomar, o bien no tener ninguna estrategia para reducir el riesgo.

4.- Conocimiento, acerca de la infección del VIH O SIDA EN LA PAREJA CON LA QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES RECIENTEMENTE-

El 10% de los encuestados refirieron que su pareja tiene el virus, el 50% refirió que no lo tiene y el 40% menciono, no saber si su pareja está infectada.

El análisis de esta variable indica que, entre los jóvenes encuestados existe diferencia significativa; entre los jóvenes que conocen la situación con respecto a si su pareja tiene la infección y los que desconocen si su pareja está infectada presentando valores de X2 = 26.0026, gl=2; p=0.00001

Por lo antes citado, se sugiere que se promueva entre los jóvenes una mejor comunicación con las parejas sobre el tema del VIH/SIDA.

- **Frecuencia del uso de condón con los hombres que No Son la pareja principal.**

En este grupo de variables, se pretende saber, la frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales, es decir, hombres que no son la pareja principal.

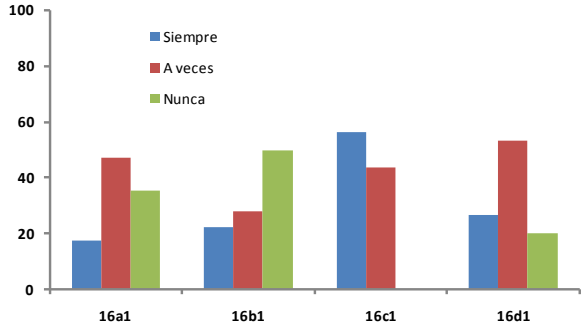
Tabla de contingencia de Uso de condón

	Porcentajes			**X2**	**gl**	**p**
	Siempre	A veces	Nunca			

a1. ¿Con qué frecuencia Usted uso condón en el sexo oral con la pareja ocasional?	17.64%	53.33%	20%	13.15	2	0.00139
b1. ¿Con qué frecuencia su pareja ocasional uso condón en el sexo oral?	22.22%	47.05%	35.29%	12.964	2	0.00153
c1. ¿Con qué frecuencia usa Usted condón con la pareja ocasional en el sexo anal?	56.25%	27.77%	50%	1.562	1	0.21167
d1. ¿Con qué frecuencia su pareja ocasional usa condón en el sexo anal?	26.66%	43.75%	0	18.668	2	0.00009

Los resultados muestran que existen diferencias en la consistencia del uso de condón según el tipo de conducta sexual, siendo más frecuente el uso del mismo en el sexo anal, observándose en esta variable (inciso c1) que, no hay diferencias entre las opciones de: a veces y nunca obteniendo valores de p=0.21167. Contrario a este resultado, podemos observar que el resto de las variables, si presentan diferencias significativas con valores de **p menores a 1**

Distribución porcentual del uso de condón



En función de lo anterior, se puede afirmar que el uso del condón con la pareja ocasional, aún es poco frecuente en el sexo anal y oral entre los jóvenes, lo que incrementa la probabilidad de contraer la infección frente al VIH.

- **Razones por las que No SIEMPRE los jóvenes usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales con Hombres que no eran su pareja principal.**

Distribución porcentual de razones por las que no se usa el condón

	Porcentaje
a. Es mucho problema	0
b. No funciona o se rompe	3.33%
c. Da vergüenza(pena) hablar de eso	0%
d. Siempre saco mi pene antes de venirme	3.33%
e. Interrumpe la pasión del momento	0%
f. No siempre tengo condón a la mano	30%
g. Reduce el placer del sexo	6.66%
h. Él podría pensar que estuve con otra persona	3.33%
i. No los uso para el sexo oral	33.33%
j. Él no quiere que los use	0%
k. No sé cómo usarlos	0%
l. Él podría pensar que no le tengo confianza	3.33.%
m. En sexo oral él no traga mi semen	13.33
n. No tengo dinero para eso	0%
o. Reduce los sentimientos emocionales del sexo	3.33%
p. Causan irritación en el pene	0%
q. Son incómodos (me aprietan)	0%

Como se puede observar en la tabla, el porcentaje más elevado es de 33.33% indicando que los jóvenes no utilizan condón en el sexo oral, seguido del 30% que no utilizan el condón, porque no siempre tienen a la mano.

Discusión

Hay aproximaciones teóricas que estudian los mecanismos que favorecen la disminución de nuevas infecciones por VIH o de otras ITS, así como, variables que predicen la

aparición de conductas sexuales de riesgo (Delgado, Flores y Andrade 2007). En este sentido, algunos estudios señalan que varias conductas se relacionan entre sí, por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Velasco, Borges y Lazcano (2004), así como la asociación de alcohol-sexo y autoconcepto (Villagrán V,-Alfaro M y Torres; 2004). La evidencia encontrada hace referencia a la percepción de riesgo señalando que los jóvenes que participaron en este estudio les gustan correr riesgos.

El patrón sexual que se encontró, al igual que otros estudios realizados en México, señalan que los varones muestran una edad temprana al inicio a la vida sexual (Robles Montijo, 2005 y Villagrán y Perelló ,2006)

Los resultados analizados anteriormente indican que los jóvenes necesitan mejorar su nivel de información, especialmente en lo referente a las formas de prevención de factores riesgosos a la salud resaltando el fortalecimiento del autoconcepto, las consecuencias del consumo de sustancias adictivas además de la utilidad y efectividad del condón para prevenir enfermedades de Transmisión sexual incluyendo SIDA. Concluimos que este puede ser un primer acercamiento para la elaboración de programas específicos que respondan a las necesidades de los jóvenes.

Referencias bibliográficas

1. -Cooper, L. M. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth:

Evaluating the evidence. Journal of Studies on Alcohol, Supplement, 14, 101- 117.

2. Delgado, J. R. P., Flores, M. I. B., Palos, P. A. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Psychology International, Volumen 18, Number 4,

3. Robles-Montijo y Díaz-Loving (2006), Estilos de Negociación vinculados con el uso del condón, Cap.116 pp. 882-886. Congreso Nacional de Psicología Social, México. AMEPSO.

4. Villagrán, V. G., Alfaro, M. L. y Torres, M. K. (2004). Asociación alcohol- sexo y autoconcepto en

HSH. La Psicología Social en México, 10, 453- 460

RELACIÓN DEL ÁREA PERSONAL Y FAMILIAR CON LA ADAPTACIÓN ESCOLAR EN ALUMNOS DE NUEVO INGRESO

María de Lourdes Del Rio Mendoza
Unidad Académica de Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas
Rafael Armando Samaniego Garay
Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Resumen
Uno de los problemas de la educación radica en que cada vez se incrementa el número de alumnos con dificultades de tipo individual, escolar, familiar, social que interfieren no solo en su desarrollo escolar sino que también afecta a los maestros responsables de su formación académica. Bastantes profesionales de la educación carecen de información desde una perspectiva psicosocial que les permita enfrentarse y a dar solución a las diversas problemáticas que presentan sus alumnos. La mayoría de los problemas de los alumnos en el aula posiblemente puedan ser debidos a desajustes con el medio escolar, social e incluso familiar, y que pueden ser etiquetados como alumnos con problemas conductuales y sociales durante toda su escolaridad. El objetivo del estudio es conocer las áreas: personal, familiar y de adaptación escolar presentes en el estudiante de nuevo ingreso a la Unidad Académica de la Preparatoria de la U. A. Z. Se empleó el Cuestionario: “Perfil Psicosocial del Estudiante Universitario” (Samaniego R. y Moral de la Rubia, 2005). El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional, la muestra es de 1396 estudiantes de nuevo ingreso a los 8 programas de la unidad académica de la preparatoria de la U. A. Z. Se trató de un estudio Descriptivo-Correlacional, se presentan resultados respecto a las variables socio-demográficas del perfil de la muestra así como de indicadores considerados como relevantes en cuanto a las características psicosociales (del área personal, del área familiar y de la adaptación escolar) presentes en el estudiante de nuevo ingreso.
Palabras Claves: Área Personal, Área Familiar, Adaptación escolar.

Abstract
One of the problems in education is that the number of students increases with individual, school, family and social difficulties that interfere not only in their school development but also affects teachers responsible for their education. Enough education professionals lack information from a psychosocial perspective that allows them to face and solve the various problems that present students. Most of the problems of the students in the classroom can possibly be due to mismatches with school, social and even family environment, and can be labeled as students with behavioral and social problems throughout their schooling. The aim of the study was to determine areas: personal, family and school adjustment present in the new student to the High School Academic Unit of the U.A.Z. Questionnaire was used: "Psychosocial Profile of College Student" (Samaniego R. y Moral de la Rubia, 2005). The type of non-probability sampling is aspirational, the sample is 1396 freshmen at 8 programs from high school academic unit of U.A.Z. This was a descriptive-correlational study, results are presented regarding the socio-demographic variables of the profile of the sample as well as indicators considered relevant in terms of psychosocial characteristics (personal area, family area and school adjustment) present in the freshman.
Keywords: Personal Area, Family Area, School Adjustment.

Introducción

Si se entiende al adolescente y los elementos que intervienen en su área personal, los cuales son, entre otros: estado de ánimo, metas y objetivos, auto concepto y la satisfacción de la figura corporal y sobre los cuales interactúa el adolescente, resultarían datos muy interesantes de los que sobresaldrían situaciones en las que profesionales de la psicología, podrían intervenir. Creemos que la existencia de dificultades en alguna de estas fases que determinan entre otras al área personal del estudiante de preparatoria, genera problemas en el estudiante del nivel medio superior.

Consideramos, que el estado de ánimo, el cumplimiento de metas y objetivos, la satisfacción con la imagen corporal y el auto concepto, son elementos de suma importancia para el desarrollo y la adaptación del estudiante de preparatoria de la U.A.Z, ya que de este dependen elementos como la empatía, la cual de alguna manera influye en sus compañeros, maestros y en la manera en la que se desempeñan para lograr ser un buen estudiante, esto por consiguiente interviene en el pensamiento y las percepciones externas del estudiante del nivel medio superior y es posible creer que un estado de ánimo tranquilo, el establecimiento de metas y objetivos, el auto concepto y la satisfacción con la imagen corporal, es el más adecuado para que los alumnos se relacionen con los demás y mantener una buena adaptación en el ámbito escolar.

Esto nos lleva a pensar que estos factores, no son causales, sino que depende en parte de factores biopsicosociales, los cuales influyen notablemente en el adolescente durante su paso como estudiante, esto a raíz de que estos elementos son fundamentales en el área personal del adolescente, ya que a partir de esto, nace la idea que tenemos de nosotros mismos.

El individuo tiene una serie de características, las cuales, se van a ir desplegando de ciertos factores como lo son en esta investigación, el estado de ánimo, metas y objetivos, auto concepto y satisfacción de la figura corporal, entre otras y estas influirán en la adaptación a su medio escolar. Constituyendo esta última como una de las características por las que atraviesan constantemente los adolescentes y más aún cuando se encuentran dentro de un entorno social como lo es su escuela.

Ello significa que desde estos rasgos, se puede predecir de algún modo la adaptación que va a tener el adolescente y que desde ésta se puede definir de alguna manera el desarrollo del alumno dentro del ámbito escolar. En el área de la educación y de intervención psicológica, manejamos el concepto de adaptación desde el punto en el cual, nos podremos dar cuenta que tan buena relación hay entre maestro, compañeros y alumno, la realización de tareas, hábitos de estudio y el rendimiento académico, entre otros factores, que nos queda claro que son sumamente importantes en el adolescente estudiantes.

Por otro lado, y con relación a nuestra segunda variable, se considera que la familia y la escuela han mantenido siempre, de manera compartida y desde sus respectivos ámbitos de responsabilidad, el protagonismo en materia de educación de niños y adolescentes, pero hoy en día, se puede observar a los alumnos (as) de preparatoria con problemas de inadaptación dentro del aula, relacionados posiblemente con la estructura y el ambiente familiar, o con el nivel o grado con el que se involucran los padres en la educación de sus hijos, estos alumnos a la larga pueden ser considerados alumnos con problemas conductuales o sociales durante su escolaridad en la preparatoria.

Se puede observar a alumnos con problemas de rendimiento académico, de irresponsabilidad en el cumplimiento de tareas, con malas relaciones con profesores y compañeros, en donde los maestros están dispuestos a trabajar para que sus alumnos se sientan más seguros de sí mismos, sepan expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos, que tomen decisiones de manera responsable y adopten actitudes positivas en relación a su salud, proyecto de vida, tareas escolares y a relacionarse más y mejor con sus compañeros y maestros. Sin embargo, esta afirmación que desde el discurso parece ser obvia, es una realidad no siempre acertada en la actualidad, ya que aparentemente los maestros están dispuestos a trabajar de esta manera con los alumnos, pero al enfrentarse con un problema de este tipo, tienden a delegar esta responsabilidad a la familia.

Y la familia por el otro lado cree, que solo la escuela es la responsable en la educación de sus hijos; que su papel consiste, solamente en brindarles el apoyo económico para que los adolescentes asistan a la escuela, además de que los cambios que han surgido en los

últimos años con la inserción de la mujer en el ámbito laboral hay más posibilidades de ofrecerles recursos materiales, por lo que podemos ver a estos estudiantes con celulares, laptop, buena ropa, donde aparentemente nos les falta nada.
Se considera que probablemente la familia necesita formación y orientación para apoyar la educación de su hijo; y la escuela precisa del apoyo de la familia para lograr una buena educación y por lo tanto una buena adaptación en el alumno.
Ante lo anterior en el presente estudio se generó la siguiente hipótesis de investigación: Existe Relación del Área Personal y Familiar con la Adaptación Escolar en los Alumnos de Nuevo Ingreso a la Unidad Académica de la Preparatoria de la U. A. Z y también el siguiente objetivo del estudio: Conocer si Existe Relación del Área Personal y Familiar con la Adaptación Escolar los Alumnos de Nuevo Ingreso a la Unidad Académica de la Preparatoria de la U. A. Z.
Dado que el título de nuestro trabajo es “Relación entre el área personal y familiar con la adaptación escolar en los alumnos de nuevo ingreso a la preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas, nos podemos dar cuenta que se seleccionaron como variables, tanto el área personal del estudiante y el área familiar, así como como la adaptación escolar, por lo que se cree conveniente llevar a cabo una descripción histórico conceptual de dichas variables, comenzaremos en primera instancia, con los antecedentes principales de la primera variable denominada “Área personal”.
Llevando a cabo la revisión de la literatura hemos visto como a lo largo de la historia los elementos del área personal han sido explicados por distintos autores que han intentado descifrar a la persona en su desarrollo psicosocial, saber acerca de sus metas, objetivos, auto-concepto, si están satisfechos o no con su figura corporal, su estado de ánimo, entre muchos otros factores que influyen en la persona, para conocer más acerca de esto es necesario remontarnos a los pensadores antiguos quien ya nos hablaban acerca de la persona como un “yo”. (Ramírez, M, Herrera, I. 2006).
Revisando un poco la historia, antes del siglo XX la discusión acerca del yo, se centraba en torno a conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, etc.; encuadrándose, por tanto, dentro de los ámbitos filosófico y religioso. En este sentido, podemos remontarnos a Platón o bien a Aristóteles y sus contemporáneos para encontrar alguna referencia a la dicotomía cuerpo y alma. Hasta el siglo XVII, con Descartes, no se enfatiza la centralidad del yo en la conciencia, si bien Locke y Hume añadieron un nuevo ingrediente que mejoró la ecuación, la importancia de la experiencia. Posteriormente, Kant, en su Crítica a la Razón Pura, especificó la distinción entre el yo como sujeto y el yo en cuanto objeto, que más tarde abordaría también Schopenhauer. (Ramírez, M, 2004), con esta breve descripción, podemos darnos cuenta de la complejidad del ser humano, en este caso del adolescente y su Área personal.
Morris, en las teorías e investigaciones del aprendizaje, plantea que Bandura subraya que los seres humanos son capaces de fijarse a sí mismos estándares de ejecución y luego recompensarse por alcanzar o fracasar al tratar de alcanzar esos estándares. En otras palabras, Morris mencionaba, que las personas pueden ser su propia fuente de reforzamiento o castigo y pueden, por lo tanto regular su propia conducta. (Morris, citado por Arias, M., 2001) Esto bien tiene que ver con el área personal del adolescente en cuanto a su conducta y la proposición de metas y objetivos, además de que los resultados de estas, posiblemente influyan en su auto-concepto y el estado de ánimo del estudiante.
A través del tiempo se ha ido observando que se presentan múltiples elementos que interactúan en la vida de un adolescente o joven, entre ellos encontramos que la escuela, las relaciones con compañeros y con maestros, juegan un papel central en el desarrollo del adolescente como lo han reportado algunos autores. (Prinstein, Boergers, Spirito, Little, y Grapentine, citados por Barcelata, E., 2006). Además existen otros aspectos de índole personal que contribuyen de manera importante a la aparición de malestar

emocional durante la adolescencia. Los procesos de autoafirmación, el auto-concepto y la percepción de la propia imagen son de vital trascendencia para el adolescente o joven en su devenir como ser humano (Reuchin, Eisemann y Hägglöf, 1999; Lucio, Barcelata y Durán, citados por Barcelata, E., 2006). En este sentido, los especialistas en desarrollo humano han dirigido sus esfuerzos a estudiar y comprender los mecanismos psicológicos, sociales y biológicos durante la adolescencia en un intento por apoyar a los adolescentes a transitar por esta etapa sin mayores contratiempos. Es fundamental conocer qué es lo que los adolescentes o jóvenes piensan y sienten en relación con su entorno; es decir, valorar las diferentes dimensiones o aspectos de la vida del adolescente a partir de su propia perspectiva.

Desde esta perspectiva y con base en la investigación de la literatura mundial, se consideró importante identificar diversos aspectos de algunas dimensiones de la vida de un adolescente como la familiar, escolar, social, personal, de salud y sexual, que pudieran constituir un riesgo y, por tanto, contribuir al surgimiento de problemas durante dicha etapa. (Barcelata, E., 2006).

Habiendo ya mostrado un poco de los antecedentes históricos del área personal del adolescente o joven, es ahora, en segunda instancia, momento de llevar a cabo una descripción histórica conceptual teórica, acerca de nuestra segunda variable, la del área familiar, donde para la mejor comprensión de nuestras variables de investigación es preciso explicar lo que se entiende por los conceptos de familia y sus características, desde diferentes perspectivas y como estos han ido cambiando a lo largo de la historia.

El concepto de familia se haya entre aquellos términos más ampliamente difundidos, entender la visión actual de la familia, requiere mirar la evolución que el concepto de familia ha experimentado y continua experimentando. En las Ciencias Sociales, desde mediados del siglo XX, las tradicionales definiciones del concepto de familia y de sus diversas funciones, comenzaron a surgir. En tal década nos encontramos con las ideas de Flugel, él decía que la familia desde una perspectiva psicoanalítica, era vista como un "núcleo de influencia de suma importancia en los procesos psicológicos y emocionales de la infancia, y como agente de contacto con el mundo exterior" (1961). N. Ackerman, reafirmaba la concepción de familia como "unidad básica de la sociedad, como proceso vivo, llegando a hablar de organismo familiar, en donde la familia tiene una historia, y capacidad de adaptarse a la progresión y al cambio, dando cuenta de un proceso permanente de evolución del ciclo vital", (Flugel. C. 1981).

También se fortalecían, en tales años, ideas respecto de capacidad de regulación y equilibrio de sus funciones básicas y su adaptación. Laing hablaba de la familia como "sistema de relaciones con una estructura temporal, espacial y en un contexto" (1969). D. Jackson por su parte en El estudio de la familia considera a la familia como "sistema gobernado por reglas".

Sin duda que se había dado inicio a una manera de pensar de la familia como sistema de relaciones. Es por eso que se retomara esta idea y en esta investigación el concepto de familia será retomado desde esta misma línea "sistémica", donde uno de los principales postulados es que toda persona, se encuentra inserta en un sistema; entendiendo por sistema a un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad.

Por lo que es preciso mencionar otras definiciones desde esta misma perspectiva, sobre familia, desde el punto de vista de algunos autores:

Según Ochoa de Alda (2004); Familia: es un sistema abierto que se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo.

Carlos Sluzki define a la "familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código

propios que le otorgan singularidad, un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen"

Mara Selvini coincide en afirmar que la familia es un "sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución".

Con relación y para comenzar a hablar de adaptación escolar, es preciso definirla primeramente desde el punto de vista etimológico; la adaptación proviene del latín adaptare que significa acomodar; desde el punto de vista de la biología, se considera que la adaptación es: el proceso por el cual el organismo se va haciendo capaz de sobrevivir en determinadas condiciones ambientales. Y desde una perspectiva psicológica, que es la que aquí nos interesa, partimos del acuerdo con Hernández y Jiménez (1983) que consideran a la adaptación como un criterio operativo y funcional de la personalidad, en el sentido de que recoge la idea de ver hasta qué punto los individuos logran estar satisfechos consigo mismos y si sus comportamientos son adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en que tienen que vivir.

Juan Mora en su tesis enriquecimiento cognitivo: Evaluación del programa "Comprender y transformar," analiza tres definiciones o modos de adaptación:

La satisfacción obtenida por el sujeto mediante una relación más o menos placentera con el ambiente.

Ajuste de las tendencias individuales a los requerimientos sociales. Un proceso de equilibrio entre los estados psicológicos internos y la conducta.

Despliegue de las potencialidades del individuo mediante la maduración y la acumulación de experiencias, la realización de sí mismo. La adaptación es la respuesta y superación de la frustración. Entre las respuestas de jerarquía más elevada están las de solución de problemas y por ende el pensamiento. (Mora, J., citado por Yaque, E., 2006)

En general, podemos entender la "adaptación como fenómeno que aparece cuando el comportamiento que emite el individuo, es generalmente adecuado a sus propósitos o a las expectativas de los demás, por tanto la inadaptación lo marca cuando el individuo no responde a sus propias expectativas o a las que los demás requieren de él. Si tal situación se da en función del ámbito escolar, la podríamos calificar de inadaptación escolar. Como se puede apreciar, esas expectativas son extraordinariamente relativas culturalmente y varían con las personas, con el espacio y con el tiempo.

Después de haber dado un recorrido al desarrollo histórico de los conceptos, es preciso mencionar que en el campo de la psicología en las últimas décadas se han realizado diversas investigaciones referente a la relación existente entre estos dos conceptos, en este caso nuestras variables de investigación, de las cuales se concluyó lo siguiente: "la escuela y familia son insustituibles para que se logre una buena adaptación escolar, la adaptación escolar sería más fácil y, a la vez más eficaz, si ambos mundos encontrasen caminos de interacción, es inevitable su separación, tienen la necesidad de coordinarse y deben de lograr metas conjuntas: el principio de responsabilidad compartida" (Torio López, 2004).

Y según el artículo familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en conjunto, de la revista de educación, nos dice que la escuela sola no puede satisfacer todas las necesidades de formación para que se logre una buena adaptación escolar, para esto es preciso la participación de la familia, de aquí nace la necesidad de no hacer recaer en la escuela responsabilidades que también están fuera, es por esto que se debe de asumir una responsabilidad compartida, con la implicación directa de los padres en la escuela (Bolívar, 2006). Estas investigaciones con el fin de que a nosotros como psicólogos es importante conocer si estos resultados se pueden corroborar en una sociedad como la nuestra, si los indicadores tales como la relación dentro de la familia, entre padres y estudiantes propician un buen funcionamiento entre familia y escuela, para que el

adolescente logre una mejor adaptación escolar, y al mismo tiempo se pretende proponer nuevas estrategias de intervención, para que familia y escuela compartan un proyecto en común.

Así, la existencia de problemas de conducta en el ámbito educativo de los alumnos de la preparatoria de la U.A.Z., son situaciones que ocurren constantemente en los estudiantes de preparatoria, problemas que posiblemente pueden ser debidos a un desajuste personal, dicha área es de suma importancia en el adolescente, puesto que interviene notablemente en la dinámica emocional, social y escolar del estudiante. De acuerdo a investigaciones realizadas en otros contextos, se encontró que en general a los adolescentes se les ha dificultado más adaptarse a la escuela en comparación con niños y adultos, y que además hay diferencia en cuanto a género, ya que se presenta más ansiedad ante la adaptación escolar por parte de las adolescentes. (Bulnes, M., 2005). Asimismo, existen estudios que nos avisan que el género mediatiza el mundo emocional en la infancia y en la adolescencia , es por esto que además de conocer acerca del área personal y el área de adaptación escolar del estudiante, también es importante resaltar las diferencias de género que en definitiva influyen es estas áreas.

Ya que aparentemente los maestros están dispuestos a trabajar de esta manera con los alumnos, pero al enfrentarse con un problema de este tipo, tienden a delegar esta responsabilidad a la familia. Y esta por el otro lado cree, que solo la escuela es la responsable en la educación de sus hijos; que su papel consiste, solamente en brindarles el apoyo económico para que los adolescentes asistan a la escuela, además de que los cambios que han surgido en los últimos años con la inserción de la mujer en el ámbito laboral hay más posibilidades de ofrecerles recursos materiales, por lo que podemos ver a estos estudiantes con celulares, laptop, buena ropa, donde aparentemente nos les falta nada.

De lo anterior que las implicaciones del presente estudio estén en función de considerar que probablemente la familia necesita formación y orientación para apoyar la educación de su hijo; y la escuela precisa del apoyo de la familia para lograr una buena educación y por lo tanto una buena adaptación en el alumno. Por lo que se pretende que la escuela y la familia trabajen en conjunto.

Método

Esta investigación nos permitió conocer, en los estudiantes de nuevo ingreso en los programas de la unidad académica de la preparatoria de la U. A. Z., los diversos aspectos personales, familiares y como de la adaptación escolar. Por lo que se trató de un estudio Descritptivo-Correlacional.

Muestra:

Del universo de los estudiantes de la unidad Académica Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas, se ubicó a la población de los estudiantes de nuevo ingreso a dicha institución para seleccionar una muestra no probabilística de tipo intencional en los estudiantes de nuevo ingreso a los programas académicos de la unidad académica de la preparatoria de la U. A. Z. En el que participaron los grupos de nuevo ingreso a 12 programas académicos, tanto del turno vespertino como del turno matutino por cada programa, Cuyo criterios de inclusión para participar en el estudio fueron que dichos estudiantes fueron seleccionados y aceptados a través del proceso de admisión, de ambos géneros, estar inscritos en el primer semestre y ser regulares al momento de la aplicación del instrumento. El tamaño total de la muestra fue de 1396 estudiantes.

Instrumento de Medición:

El instrumento que se utilizó, fue el cuestionario “ÁREAS PSICOSOCIALES DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARI0” (Samaniego, R. y Moral de la Rubia, J., 2005), el cual consta de 70 ítems con respuestas que se midieron por medio de una escala tipo Likert, con cinco categorías; las cuales van dirigidas de manera ascendente: nunca, pocas

veces, frecuentemente, casi siempre y siempre, asignándole un valor numérico de un punto a cada respuesta, es decir a Nunca, le corresponde el valor de 1, a pocas veces, el valor de 2 y así sucesivamente, hasta finalizar con las respuestas. Las propiedades psicométricas reportadas, reflejan un Alfa de Cronbach de .96 y una validez de .40 hacia arriba.

El instrumento, está conformado por 5 áreas Psicosociales: área personal, social, de salud, escolar y familiar. Para la investigación, se tomaron 3 de ellas, las cuales, se mencionaran con sus respectivos ítems, en el apartado de las definiciones operacionales.

Procedimiento:

La aplicación y recolección de los datos se llevó a cabo haciendo una invitación a los estudiantes de nuevo ingreso para participar en el estudio en los días normales de clase, Se reunió a cada uno de los grupos (hasta finalizar toda la muestra) en el centro de cómputo de la institución, en sesiones de media hora aproximadamente. Luego se les indico la manera de cómo contestar el cuestionario: Áreas Psicosociales del Estudiante Universitario, se les indico que el cuestionario no era un examen de conocimientos, que por lo tanto no contenían respuestas correctas o incorrectas, y que los resultados serían confidenciales, para que no tuviera miedo de contestar sinceramente. Luego se les

	Frecc. (***f***)	Porcentaje (**%**)
Genero	Femenino (708) Masculino (688)	50.07 49.03
Rango de Edad	14 a 22 años	(***Med.*** 15.00)
Nivel Socioeconómico	Clase Media-Media (727)	52.01
Estado Civil	Soltero (1,355)	97.03
Ocupación	No trabaja (1,243)	89.0

explico los conceptos, que el estudiante no conocía o comprendía y asi proceder a la recolección de los datos

Análisis Estadísticos:

Para la consecución de los objetivos trazados en el presente estudio se utilizaron análisis descriptivos basados en medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias. Para la contratación de la hipótesis en el presente estudio se utilizó prueba de correlación Coeficiente producto-momento de Pearson (r), utilizando para la codificación de los datos y su análisis el paquete estadístico SPSS V. 21

Aspectos Éticos:

Según el código ético de la sociedad mexicana de Psicología, en su capítulo dedicado a la investigación, nos dice que cuando el psicólogo, realiza investigaciones debe hacerlo utilizando un lenguaje entendible para los receptores, proporcionando de antemano la información apropiada acerca de la naturaleza de tales actividades y posteriormente sobre los resultados y las conclusiones; estos resultados no deben de cederse a personas que no estén calificadas para usar tal información, el psicólogo debe de tener cuidado al momento de publicar los resultados, debe verificar que no haya ningún error, además de que como investigador, el Psicólogo se abstiene de sacar conclusiones que no se deriven directa, objetiva y claramente de los resultados obtenidos.

Resultados:

-Descripción de la Muestra: Se realizó un análisis de frecuencias respecto a las variables sociodemográficas de los estudiantes como: El género, la edad, el nivel socio económico, estado civil, ocupación, a continuación se muestran para cada uno de estos, tanto las frecuencias como el porcentaje (Frec. y %) obtenido sobre el total de la muestra en las variables que así sea necesario.

Tabla 1: Perfil Socio-Demográfico

Como se puede observar en la Tabla 1, en la muestra de estudiantes de nuevo ingreso a la escuela preparatoria es de 1396 alumnos, en la **distribución del género**, **la gran mayoría de los participantes** (708) **son mujeres** (50.07%%) y en menos cantidad (688) son estudiantes hombres (49.03%).

Así mismo y en la **distribución de la edad**, los participantes se encuentran en un **rango de 14 a 22 años**, **donde la mayoría de los estudiantes** (1,123) **tienen una edad de 15 años** (80,04%). Seguido del grupo de estudiantes (176) con una edad de 16 años (12.06%), más del grupo de estudiantes (52) con una edad de 14 años el (3.07%), seguido del grupo de estudiantes (35) con una edad de 17 años (2.05%), más del grupo de estudiantes (8) con una edad de 18 años (0,06 %), el resto del grupo cuenta con una edad de 19 años (1), (0,01%) y 22 años (1) (0.01%).

En lo correspondiente al **nivel socioeconómico, la mayoría de los participantes** (727) **reportan pertenecer a un nivel socioeconómico medio-medio** (52.01%), seguidos por el grupo de estudiantes (263) que reportan pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo (18.08%). Seguido este último grupo de estudiantes (164) con un nivel socioeconómico bajo-medio (11.07%), más el grupo de estudiantes (141) que reportan pertenecer a un nivel socioeconómico medio-alto (10,01%). El resto de la muestra reportan pertenecer a un nivel socioeconómico bajo-alto y alto-bajo (46) y (22), (3.03%) y (1,06%) y (19) que vive con padre y hermanos (1.045%).

En lo que corresponde al **estado civil y de** t**otalidad de la muestra, la gran mayoría (1355) son solteros** (97,03%). Seguidos por el grupo de estudiantes (17) que reportan pertenecer a un estado civil de casados (1,02%). Seguido este último grupo de estudiantes (4) con un estado civil de separado y en unión libre (18) el (1.03%) respectivamente, el resto de la muestra reportan pertenecer a un estado civil de viudo y de divorciado (2) el (0,01%).

En lo que respecta a **la ocupación**, **la mayoría** (1,243) **de los estudiantes no trabaja** (89.0%); continuando con el grupo de estudiantes (153) que es si desempeña una actividad laboral (11.0%)

Para la contratación de la hipótesis en el presente estudio se utilizó prueba de correlación Coeficiente producto-momento de Pearson (**r**), utilizando para la codificación de los datos y su análisis el paquete estadístico SPSS V. 21.

TABLA 2. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CORRELACIÓN PRODUCTO-MOMENTO DE PEARSON (r)

		AREA PERSONAL	**AREA FAMILIAR**	**AREA ESCOLAR**
AREA PERSONAL	Correlación de Pearson	1	**.653****	.706**
	Sig. (bilateral)		**.000**	.000

	N	1396	1396	1396
AREA FAMILIAR	Correlación de Pearson	.653**	1	.684**
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	1396	1396	1396
AREA ESCOLAR	Correlación de Pearson	**.706****	**.684****	1
	Sig. (bilateral)	**.000**	**.000**	
	N	1396	1396	1396

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con respecto a la tabla 2, y de acuerdo a la normalidad encontrada para las tres variables del estudio (K-S .005). Se procedió a desarrollar la prueba de Correlación Producto-Momento de Pearson de dichas variables y correspondientes a la muestra total de los estudiantes de nuevo ingreso a la unidad académica preparatoria de la U.A.P.U.A.Z.

Observamos en primera instancia las correlaciones positivas: encontramos una **correlación positiva alta entre el área personal y el área de adaptación escolar (r =.70, 0.01)**, seguida por la **correlación, positiva alta entre el área familiar y el área de adaptación escolar (r =68, 0.01)**, de igual manera encontramos una **correlación positiva moderada existente entre el área personal con el área familiar, la cual tiene un nivel de significancia (r = .65, 0.01);** no encontrándose en ninguna instancia correlaciones negativas.

Discusión

Observamos que en la muestra de estudiantes de nuevo ingreso a la Unidad Académica de la Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas y en los programas participantes en el presente estudio, en su gran mayoría, cuentan con las condiciones mínimas necesarias (Económicas, de estado civil, de ocupaciones y de hogar y familia) para la adecuada realización de sus actividades escolares, ya que el número de estudiantes que reporta no contar con dichas condiciones para una mejor realización de estudios (Casa propia, nivel socioeconómico medio, tener que trabajar por su cuenta para solventar sus estudios, vivir sin alguno de sus padres, o con un número de integrantes en su familia adecuado) se observa que es un número de alumnos de la muestra muy reducido.

En cuanto al área de ajuste personal de los alumnos participantes en la muestra, el presente estudio nos ha mostrado que existe importante proporción de jóvenes estudiantes que evalúan sus diferentes factores (Estado de ánimo, metas o sentido propositivo en la vida, auto-concepto y satisfacción con su imagen corporal) como de regulares a buenos, puesto que en su mayoría, son alumnos que manifiestan poseer una adecuado control de su estado emocional, y sus metas y sentido pospositivo en la vida, y además manifiestan tener una regular aceptación de sus destrezas, capacidades y habilidades y satisfacción con la imagen corporal, aspectos que interfieren de manera muy directa en su desarrollo biológico, psicológico y social.

Lo anterior coincide con investigaciones relacionadas con este tema, es la que realizan, Blanca Barcelata, Consuelo Durán y Emilia Lucio en el 2004, llamada “Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos”.

Para dicha investigación se emplearon adolescentes de entre 13 y 18 años de edad, con problemas de conducta y/o atendidos por diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud, así como de consulta privada, de la zona metropolitana de la Ciudad de México, la muestra final quedó conformada por 225 adolescentes. En el área Personal, aproximadamente el 50% del grupo clínico no está satisfecho con su imagen corporal. Un mayor porcentaje de mujeres que hombres están a disgusto de sí mismos, 53% y 23% respectivamente. Mayor número de mujeres se describen a sí mismas como temerosas y con dificultades de concentración, en comparación con los hombres. El 70% se describen como irritables y con pensamientos repetitivos. También reportan tener poco apetitito. Se observa que las mujeres se sienten más impopulares (50%) que los hombres (30%). Por el contrario, un mayor porcentaje de hombres se siente inteligente y con habilidades, en comparación con las mujeres (70%).

Lo encontrado en nuestro estudio en cuanto factores relacionados al ambiente familiar de los alumnos participantes en la muestra, nos ha revelado que existe importante proporción de jóvenes estudiantes de nuevo ingreso que evalúan dichos factores de bueno a regular, puesto que en su mayoría, son alumnos que manifiestan, en lo general, contar con una relación buena con ambos padres, sin embargo, manifiestan tener una regular aceptación de la valoración de la educación recibida por parte del padre y a su vez lo asocian a la ausencia de las situaciones de violencia familiar que se presentan en sus hogares.

Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Marchesi en el 2006, en donde el objetivo fue conocer la opinión que tenían los alumnos sobre el apoyo familiar en el área escolar, esta muestra fue tomada con estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria y a la conclusión que llegaron fue que este apoyo e interés por parte de los padres va disminuyendo con la edad; es decir, conforme el adolescente va creciendo, la relación con los padres va haciéndose cada vez más débil a causa de que el adolescente va en busca de su autonomía que los mismos padres inculcaron en ellos y a la par la relación con los iguales se va haciendo más fuerte, pero es importante mencionar que para que exista una mejor relación con los iguales, es necesario que el adolescente haya tenido una buena relación en cuanto afectividad, comunicación y apoyo por parte de los padres, como lo menciona Santrock en el 2004 “las relaciones familiares sanas facilitan el desarrollo de relaciones positivas entre iguales”.

En cuanto al área de adaptación escolar de los alumnos que participaron en la muestra, el presente estudio nos demuestra que existe una gran proporción de estudiantes que evalúan su rendimiento escolar, sus hábitos de estudio como de regulares a buenos, aspectos que interfieren de manera directamente en su estancia en la preparatoria tanto a nivel personal, como escolar.

Cabe mencionar que otro punto importante dentro del área de adaptación escolar, es que una gran cantidad de jóvenes manifiesta la necesidad de contar con apoyo de tipo psicológico y familiar, lo cual denota por un lado que la situación del adolescente implica aspectos en cuanto a su salud mental y el elemento familiar y que por otro lado las instituciones educativas deben estar atentas para la detección y atención oportuna de este tipo de situaciones que se presentan en los estudiantes y que no interfieran negativamente en su rendimiento académico y así disminuir el índice de reprobación.

Encontramos diversos estudios referentes a la adaptación escolar y sus indicadores, es por esto que podemos decir que el Estudiante y su adaptación escolar ha sido motivo de muchas de las investigaciones que se han realizado hasta la actualidad, aquí encontraremos algunas de las que se relacionan con el tema de la presente investigación.

Galia S., Lescano López, Ambrosio Rojas y v. Horna, realizaron una investigación en Perú, denominada “Niveles de adaptación psicosocial en escolares adolescentes” en el 2003, en la cual se intentaba conocer el estado actual de los adolescentes en cuanto a sus niveles de adaptación social y personal, siendo este el primer informe sobre adaptación social y personal realizado a nivel nacional por el equipo técnico de tutorías en Perú.

La muestra fue realizada mediante un estudio descriptivo-correlacional se determinó la frecuencia e incidencia de los niveles de adaptación con: 1) la familia [papá y mamá], 2) la escuela, 3) los compañeros y profesores, 4) sí mismo. Por otro lado, se analizaron las propiedades de fiabilidad y validez de la Escala Magallanes de Adaptación. Finalmente, se identificaron algunos indicadores asociados a los de adaptación de los educandos.

La población del estudio se compone de 2321 Centros Educativos, a los cuales asisten 1'658,758 alumnos, donde 972,129 alumnos son de primaria y 686,629 alumnos de secundaria. Bajo un muestreo intencional, se seleccionaron 7912 alumnos procedentes de 23 departamentos del país, siendo el 53.5% mujeres y 46.5% varones; 19.7% pertenecen a primaria y 80.3% a secundaria. Entre los primeros resultados se destaca que:

Existen diferencias en los niveles de adaptación según el sexo. Las mujeres están mejor adaptadas al ámbito escolar, pero los varones mejor adaptados al ámbito familiar. En cuanto a la adaptación personal, los adolescentes varones tienen altos niveles de rasgos neuróticos comunes, rasgos psicopatológicos y estima personal negativas. (Galia, S., y otros, 2006).

Por lo anterior se puede concluir que la hipótesis es aceptada puesto que si existieron correlaciones positivas moderadas entre el área personal y familiar con el área de adaptación escolar en los estudiantes de nuevo ingreso a la Unidad Académica de la Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
Con lo anteriormente expuesto, es preciso señalar que la permanente carencia de repertorios de información respecto a los aspectos personales, familiares y su relación con la adaptación escolar del estudiante, es determinante para la presencia o ausencia de conductas problemáticas en el aula y que en específico, para los profesores en su actividad cotidiana, se ha detectado que se acentúa la necesidad de información y capacitación respecto a las áreas personales, familiares, escolares, y sociales de los estudiantes, para llegar a un adecuado uso del comportamiento de los alumnos en las aulas, y que con el presente estudio se pretende iniciar esta ruta de investigación e intervención en beneficio de los alumnos del Niel Medio Superior de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J. (1992) ¿Qué es lo mejor para motivar a mis alumnos? Análisis de lo que los profesores saben, creen y hacen al respecto. Ediciones de la Universidad Autónoma/Instituto de ciencias de la Educación, Madrid

Álvarez, N. "*La relación que existe entre el autoconcepto y la depresión entre administradores del Colegio Anglo Americano*", Universidad del valle de México, Laureate International Universities, Boletín de psicología, México, 2006, fecha de consulta: 16 de mayo de 2013. http://www.chapultepec.uvmnet.edu/downloads/Boletin3.pdf

Arévalo, E., (2002) "*Clima escolar y niveles de interacción social, en estudiantes de secundarias del colegio Claretiano de Trujillo"*, Tesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Fecha de consulta: 16 de junio de 2012 http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Arevalo_L_E/cap2.pdf

Arias, M., Feoli, D. y Fernández M., (2001) *"Interacciones Violentas Educador–Educando en el Aula y en el Ámbito Escolar"*, Universidad Estatal a Distancia Sistema de Estudios de Posgrado Escuela de Ciencias de la Educación Programa de Maestría en Psicopedagogía, fecha de consulta: 4 de julio de 2014. http://www.uned.ac.cr/SEP/recursos/investigaciones/Psicopedag/Interacciones%20Violentas.pdf

Badia, M. (2004). La Salud Mental en el aula. Abordaje psicosocial de problemas conductuales. *Revista de educación social*. Consultado el 24 de Marzo del 2011 en http://www.eduso.net/res/?b=5&c=42&n=120.

Ballenato, G., (2004), "*La Educación: el desarrollo de una actitud ante la vida"*. Contexto educativo. Revista digital de educación y Nuevas tecnologías. Madrid, España, Fecha de consulta: 23 de marzo del 2012, http://contexto-educativo.com.ar/2004/3/nota-04.htm

Barcelata, B; Duran, C; Lucio, E. (2006) Indicadores del malestar Psicológico en un grupo de adolescentes Mexicanos, consultado el 1 de Julio de 2011. http://www.humanas.unal.edu.co/publicaciones/publicaseriadas/psicologia/numero13/articulos_13/8_indicadores_malestar.pdf

Bolívar, A; (2006) Familia y escuela dos mundos llamados a trabajar en común, revista de educación, Universidad de Granda. Consultado el 6 de Noviembre de 2011. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2057208&orden=76054&info=link

Bulnes, M y otros (2005*); "Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de lima metropolitana",* revista iipsi vol. 8 - n. º 2, consultado: 17 de octubre de 2013, dialnet.unirioja.es/servlet/articulo? código=2238148

Cabrera, P., Galán, E., (2003) *"Satisfacción escolar y rendimiento académico",* Universidad del País Vasco , Euskal Herriko Unibertsitatea, Fecha de consulta: 30 de junio de 2012, http://www.vc.ehu.es/deppe/relectron/n14/eln14a5.htm

Castelló, A. (2000). Limitaciones del concepto de capacidad en la explicación del aprendizaje académico. Educar. 26, 19-38. Consultado el 5 de Abril del 2011. www.bib.uab.es/pub/educar/0211819Xn26p19.pdf

Cava, M. J. y Musitu, G., (2000), "*La potenciación de la autoestima en la escuela*". Barcelona, España, Editorial Paidós.

Código Ético del Psicólogo; Sociedad Mexicana de Psicología, 2007; Edit. Trillas México

Coleman, J. C., Hendry, L. B. (2003). Psicología de la adolescencia. Ediciones Morata. Madrid.

Covarrubias, P., y Piña, M., (2004), *"La interacción maestro-alumno y su relación con el aprendizaje"*. Revista latinoamericana de estudios educativos, 1er trimestre, año/volumen XXXIV, México DF. Fecha de consulta: 24 de marzo de 2013 http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/270/27034103.pdf.

Chávez, A, (2006), "*Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes del nivel medio superior*", tesis, Universidad de colima facultad de psicología, Colima. http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ALFONSO_CHAVEZ_URIBE.pdf

Dogge, k.; Pettit, G.; Bates, J. (1994) "Socialization mediators of the relation between socio-economic status and child conduct problems". *Child Development*. Núm. 65 pp. 649-665

Dressino, V., Denegri, G., Lamas, Gissela,(2000), "*Alcances y limitaciones de la definición de adaptación, aplicadas al fenómeno de parasitismo, una propuesta teórica"*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina. Consultado: 20 de diciembre de 2012. http://www.ilea.ufrgs.br/episteme/portal/pdf/numero19/episteme19_artigo_dressino_denegri_lamas.pdfwww.invenia.es/oai:dialnet.unirioja.es:ART0000128873

Flugel, C. (1981) "El Psicoanálisis de la Familia", Edit. Paidós. Consultado el 03 de Noviembre de 2007. www.observatoriosocial.com.ar/proyectos/familia.pdf+Reflexiones+Sobre+Familia+e+Intervenci%C3%B3n+psicosocial&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx

Galia S., Ambrosio T., Aristides A., (2003) "*Niveles de adaptación psicosocial en escolares adolescentes del Perú",* investigación de las ciencias sociales en el Perú, http://www.aristidesvara.com/web_antigua/investigaciones/educacion/ADAPTACION_PSICOSOCIAL/niv_adapt_01.htm

Gómez., Y., (2007), *"Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados",* Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Revista Latinoamericana Psicología, consultado el 18 de julio de 2012, http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n3/v39n3a01.pdf

Hurlock, E., (1994), "*Psicología de Adolescente"*, México, editorial McGraw Hill.

Laing, R. (1969) “El cuestionamiento de la familia” Edit. Paidós. Consultado 03 de noviembre de 2012. http://209.85.165.104/search?q=cache:nurg9MyHXsMJ:www.observatoriosocial.com.ar/proyectos/familia.pdf+Reflexiones+Sobre+Familia+e+Intervenci%C3%B3n+psicosocial&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx

Lewis, S., Cuesta M., (2004), Ghisays Y, Romero L., *“La adaptación social y escolar en niños con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la ciudad de Barranquilla”,* Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Colombia, fecha de consulta: 5 de Julio de 2011. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2371420

Loayssa, J., Echagüe, I., (2001), *“La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud”*, 2001, anales Sis San Navarra. Fecha de consulta: 24 marzo de 2013 http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/10.adolescentes.pdf

Lujano, D., Morfin, D., (2003), *“Teorías e investigaciones sobre el aprendizaje”*, Universidad de occidente, Mazatlán, Sin., Consultado: 20 de octubre de 2012. http://mx.geocities.com/roxloubet/teorias_del_aprendizaje.htm#2.1

Marchesi, A., Lucena, R. y Ferrer, R. (2006) “*La opinión de los alumnos sobre la calidad de la educación”.* Fecha de consulta: 15 de agosto de 2013. Instituto de evaluación y asesoramiento educativo. http://www.fuhem.es/media/educacion/File/encuestas/Encuesta-FUHEM-Opinion-Alumnos-sobre-Educacion-2006.pdf

Mario, S. y otros, (2005,) ”*Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de lima metropolitana”*, revista iipsi vol. 8 - n.º 2 – Lima, 2012, consultado: 17 de octubre de 2013, dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?código=2238148

Martínez-Otero, V. y Torres, L., (1997) *“Análisis de los hábitos de estudio en una muestra de alumnos universitarios”*, Centro de Enseñanza Superior “Don Bosco, España, Revista Iberoamericana de Educación, España, fecha de consulta: 27 de abril de 2014. http://www.rieoei.org/deloslectores/927MartinezOtero.PDF

Molina, K. (2005). *Orientación psicosocial*. Consultado el 22 de febrero del 2014 en http://www.definicion.org/orientacion-psicosocial .

Moore, Shirley G., (1997), “*El Papel de los Padres en el Desarrollo de la Competencia Social”*, Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, University of Illinois, 1997, fecha de consulta: 17 de mayo de 2014, http://ceep.crc.uiuc.edu/eecearchive/digests/1997/moor97s.pdf

Morris, CH. G. y Maisto, A. A. (2005). Introducción a la Psicología, Edit. Prentice Hall. Naucalpan, México

Navarro, R. (2003) "*El desarrollo de habilidades sociales ¿determina el éxito académico?"* Red científica, ciencia, tecnología y pensamiento, Red iberoamericana de investigación sobre cambio y eficacia escolar, Madrid España, Fecha de consulta: 20 de abril de 2014, http://www.redcientifica.com/doc/doc200306230601.html

Ortega, R., (1998), "*La Convivencia Escolar: Que es y cómo abordarla"*. Sevilla. Consejería de Educación y Ciencia, fecha de consulta: julio de 2012, http://www.ordiziagune.net/jeitsi/conviven.pdf

Palacio, A., Marina, L., y Murcia G., (2007), *"Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte"*, Barranquilla (Colombia). Salud, Barranquilla. jul., vol.23, no.1, citado el 17 de Julio de 2013. Disponible en la world web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522007000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0120-5552.

Palmero, F., y otros, (1997), "Motivación, cognición: desarrollos teóricos", Revista electrónica de motivación y emoción, 1997, fecha de consulta: 26 de mayo de 2013 http://reme.uji.es/articulos/numero20/7cogimot/texto.html

Papalia, D y Wendkos, S., Desarrollo humano (1997), Edit. Mc Graw Hill, Bogotá, Colombia

Paulín, H. (2004). *Un enfoque psicosocial para la investigación e intervención en disciplina y convivencia escolar*. Consultado en agosto/23/2013 en http://www.reduc.cl/raes.nsf/0/7c74b9ccea711b7e04256cb0004b305e/$FILE/00.734-03.PDF

Ramírez, M., Herrera, I., Herrera, F., (2006), *¿Qué ocurre con la adaptación y el rendimiento académico de los alumnos, en un contexto educativo pluricultural?,* Universidad de Granada, Revista Iberoamericana de Educación. Consultado 14 noviembre de 2012. http://www.aulaintercultural aulaintercultural.org/article.php3?id_article=931

Rodríguez, M., (2007), *Motivación, autoconcepto físico, disciplina y orientación disposicional en estudiantes de educación física, tesis doctoral, Universidad de Murcia,* España, consultado el 7 de septiembre de 2013, http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=33760894

Romera, A. Sánchez, F. (2001), *"Desajuste psicosocial en la adolescencia: Una experiencia grupal"*. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, Fecha de consulta: 26 de abril de 2014. http://www.paidopsiquiatria.com/art2/art2.pdf

Samaniego, R. y Moral de la Rubia, J., (2005) Cuestionario Áreas Psicosociales del estudiante universitario

Santrock, J. W. (2004). Adolescencia, Psicología del desarrollo. (9ª. ed.) Edit. McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid, España.

Siverio, M., García, M., (2007), *"Auto percepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género*", Universidad de La Laguna, anales de psicología 2007, vol. 23, nº 1 España, Servicio de Publicaciones de la Universidad

de la Laguna. Fecha de consulta: 29 de Junio de 2013. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2312602
Torio, S; (2004) Familia, Escuela y Sociedad; Revista Aula Abierta, Universidad de Oviedo, Consultado 6 de noviembre de 2013 http://www.uniovi.es/ICE/num83/articulo3.pdf
Verano, G., (2002), "Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia, Departamento de Educación de los Estados Unidos", Oficina de Asuntos Intergubernamentales e Inteligencia, Washington, D.C., Fecha de consulta: 13 de mayo de 2014, http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf

Yaque, E., (2006), *Un enfoque actual de la adaptación del niño al centro infantil*. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar. Consultado: 2 de diciembre de 2012, http://www.campus-oei.org/celep/celep9.htm

RELACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SALUD BUCAL EN LOS HABITANTES DE SAN MIGUEL QUETZALTEPEC, MIXE, OAXACA

Autores:

Nadia Yamilet Aguirre Sigala
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Laura Mecalco Herrera
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Cecilia Mecalco Herrera
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Elizabeth Pérez Madrigal
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal conocer la relación que existe entre los determinantes sociales estructurales e intermedios con respecto a la salud bucal en los habitantes de San Miguel Quetzaltepec. Mixe, Oaxaca mediante una hoja de registro, que contiene los datos del paciente, Índice de O`Leary y col, IPMA y CPOD. Para crear un instrumento metodológico que impulse el cambio de hábitos en la comunidad, con la finalidad de restablecer y acrecentar su estado de Salud.

Palabras clave: Determinantes sociales , Salud Bucal

ABSTRACT

This work has as main objective to know the relationship between structural and intermediate social determinants regarding oral health among the inhabitants of San Miguel Quetzaltepec. Mixe, Oaxaca by a recording sheet containing patient data, index

O'Leary et al, IPMA and DMFT. To create a methodological instrument that promotes behavior change in the community, in order to restore and enhance your state of health.

Keywords: Social determinants, Oral Health

INTRODUCCIÓN

San Miguel Quetzaltepec, se ubica en la zona Mixe, de la sierra norte de Oaxaca, donde la mayoría de la población es hablante de lengua indígena, con costumbres y creencias profundamente arraigadas, con una pobreza multidimensional, lo que significa que carece de recursos para acceder a bienes y servicios básicos, como son: servicios de salud, educación, vivienda, entre otros, los cuales influyen en los problemas de salud que presentan.

En el mes de abril del 2013 se realizó la 6º Brigada Médico Odontológica , con un equipo de trabajo conformado por 42 personas entre profesores, egresados, pasantes y estudiantes, donde se llevaron a cabo actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud. Con esta última se busca el cambio de los determinantes de salud, como lo menciona la OMS, esto son "*Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud*." Estos determinantes sociales en conjunto repercuten de manera negativa sobre la salud general de las personas.

El trabajo de campo comunitario ofrece la oportunidad de identificar la relación que existe entre los Determinantes sociales y la influencia de éstos como un riesgo sobre la salud bucal. Con el objetivo de implementar medidas específicas que logren modificar en lo sus hábitos de higiene.

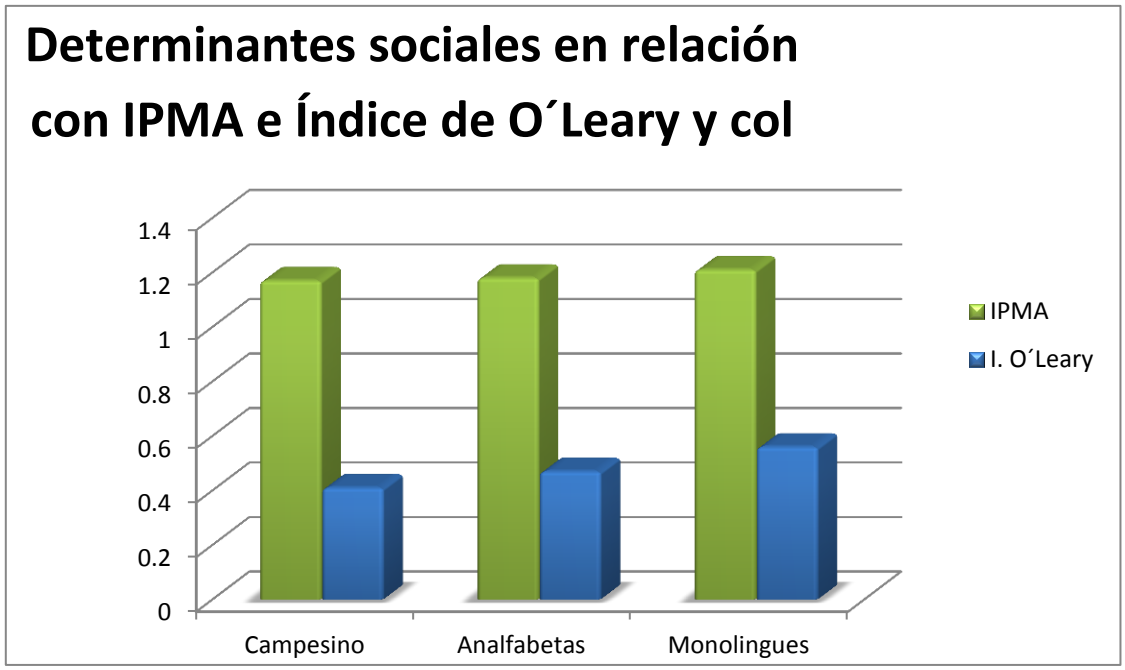
Métodos

El método que se utilizó para la recolección de datos fue por medio de una encuesta, la cual, consiste en obtener datos del sujeto de estudio proporcionada por ellos mismos, en cuanto a la técnica se usó la entrevista de tipo estructurada, y el instrumento que se empleo fue una hoja de registro. La cual nos permite conocer su estilo de vida, así como sus hábitos.
El tipo de estudio fue transversal, el cual nos permitió comparar la causa-efecto de los determinantes sociales con respecto a la salud bucal de la población estudiada.
El universo de estudio fue de 213 habitantes, de los cuales solo 95 formaron la muestra de estudio, al cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) Población atendida durante la jornada con hoja de registro, 2) Habitantes de San Miguel Quetzaltepec y 3) Habitantes atendidos por el área odontológica.
A continuación se procesó la hoja de registro para poder obtener el promedio de dientes con experiencia de caries, inflamación gingival y la condición de higiene oral con respecto a su ocupación, grado de escolaridad, si son hablantes monolingües, etc.

Resultados

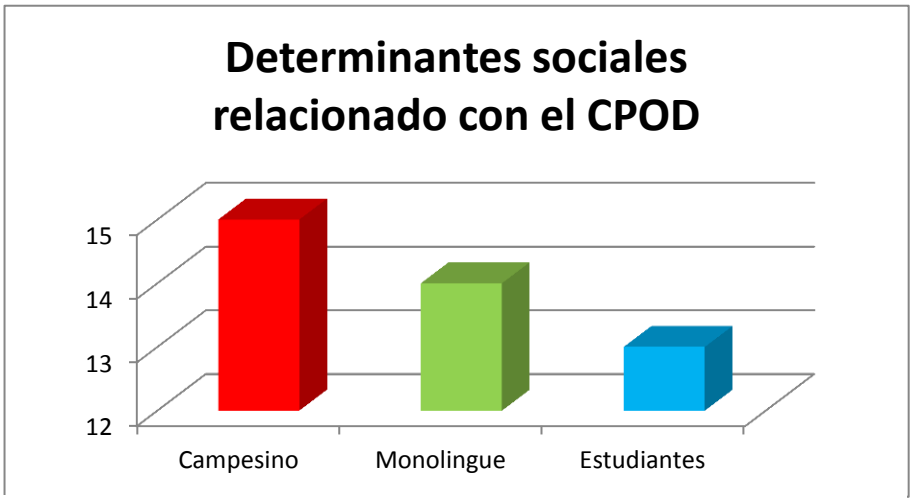
Del estudio realizado, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes. El 65. 26 % de la población atendida correspondió al sexo femenino (62 mujeres) y 33.68% al sexo masculino. El rango de edad fue de 4 a 75 años .El promedio del Índice de O`Leary y col es del 41 % la cual nos indica una higiene oral deficiente, para el índice IPMA interpretándose como una inflamación papilar y 0.73 del Índice CPOD fue de 11 dientes con experiencia de caries,

Con respecto al índice de IPMA los campesinos, analfabetas y monolingües presentan inflamación papilar con tendencia a inflamación marginal.
En el Índice de O`Leary el 100% de la población estudiada presenta una higiene oral deficiente.



Fuente: Obtenida de las Hojas de registro aplicadas a los habitantes de la comunidad San Miguel Quetzaltepc, Mixe, Oaxaca

Las relaciones más significativas de los determinantes sociales con la salud bucal fueron: que la ocupación de campesino tiene una experiencia de caries promedio en 15 dientes seguida de los estudiantes con una experiencia de caries en 12 dientes, de los cuales los que cursan primaria y secundaria tienen una mayor experiencia de caries que los de bachillerato. Las personas monolingües hablantes de lengua indígena tienen un CPOD de 14.



Fuente: Obtenida de las Hojas de registro aplicadas a los habitantes de la comunidad San Miguel Quetzaltepc, Mixe, Oaxaca

Discusión

Los valores de CPOD encontrados en esta comunidad en generales de 11 dientes con experiencia de caries, estando por encima de los valores reportados por SIVEPAB en el 2009 don de la experiencia de caries es de 7 dientes.
La experiencia de caries es bastante alta en esta comunidad, debido a múltiples factores, pero dentro de los más importantes es la ocupación, como es el campo,
Toda lo población presento una higiene oral deficiente sin importar ocupación, grado de escolaridad o si son hablantes de lengua indígena.

La comunidad tiene poco acceso a los servicios de salud, ya que solo cuenta con 3 unidades médicas rurales. Por lo anterior se entiende que la comunidad tiene una instrucción de hábitos de higiene oral escasa.

Con lo anteriormente reportado se hace más evidente la relación que existe entre los determinantes sociales y la salud bucal, donde el contexto socioeconómico determina la calidad de vida y el estado de salud. Esto evidencia la necesidad de impulsar la creación de programas específicos para mejorar la salud bucal.

RELACIÓN DE LAS DIMENSIONES PERSONAL Y ESCOLAR CON LA DEPRESIÓN EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Gaucín-Piedra Guadalupe Maravilla
Universidad Juárez del Estado de Durango
Martínez-López Yolanda
Instituto de Investigación Científica, UJED
Salvador-Moysén Jaime
Instituto de Investigación Científica, UJED
Lechuga-Quiñones Angélica María
Instituto de Investigación Científica, UJED
Estrada-Martínez Sergio
Instituto de Investigación Científica, UJED

El objetivo de éste trabajo es conocer la relación entre las dimensiones personal y escolar con la depresión en los jóvenes universitarios. Es un estudio descriptivo, con diseño *expost-facto* transversal; muestreo aleatorio, trietápico de 943 estudiantes de 13 unidades académicas de la UJED. Se aplicó el Cuestionario de Razones para Vivir en Universitarios (CRAVU-Dgo) y la escala CES-D. la prevalencia global de depresión grave/muy-grave es 16.84%; (mujeres:20.52%, hombres:10.88% RP 2.28 IC.95% 1.49-3.56), entre quienes declaran tener esperanza en el futuro es de 9.1%, cuando no la tienen es de 57.7%(RP 18.6 IC 95% 9.5-36.8); durante la trayectoria escolar la depresión muy grave es: 1°año:7.6%, 3°año:3.85%, 5°año:12.5%; cuando existe la percepción de ser apreciado por los compañeros es 13.7% , cuando no, es 32.4%(RP 3.04 IC 95 % 1.28-6.92); la percepción de ser considerado mal estudiante por los profesores se asocia a una frecuencia de depresión grave de 30.24% (RP 2.61 IC 95% 1.15-5.71); la depresión grave en quienes perciben obtener buenas calificaciones es 13.22%, entre quienes las

perciben como malas es 28.72% (RP 3.0 IC 95% 1.65-5.38). Las condiciones asociadas a la depresión en hombres y mujeres fueron: no tener esperanza en el futuro, cursar el primer y último año en la trayectoria escolar, nunca percibir aprecio de sus compañeros, percepción de ser considerados malos estudiantes y con calificaciones malas. Palabras clave: depresión, estudiantes universitarios, dimensión personal, dimensión escolar

The objective of this study is to determine the relationship between personal and scholar dimensions with depression in university students. It is a descriptive study with cross design expost-facto; random sampling, three-stage 943 students from 13 academic units of the Juárez University of Durango State. Questionnaire was applied Reasons to Live in University (CRAVU-Durango) and CES-D scale. The global prevalence of depression was 16.84%; in women is 2.28 times more frequently than men (IC.95% 1.49-3.56); frequency among those who have no hope in the future is 18.6 times higher (95% CI 9.5-36.8) than those who do have; in the last year of scholar career the prevalence of depression is 3.44 times higher (95% CI 0.87-13.87) than in the middle of the school trajectory; young people who are not appreciated by fellow show depression 3.04 times more frequently (95% CI 1.28-6.92) than if they are; when they perceive that teachers consider them bad students, often have 2.61 more times (95% CI 1.15-5.71) than the students whom are considered good; depression among those with poor grades is 3.0 times more frequent (CI 95% 1.65-5.38) than among their qualifications are satisfactory. The conditions associated with depression in men and women were: no hope for the future, attend the first and last year at school career, never receive appreciation from peers, perception of being considered poor and low-scoring students. Key words: depression, university students, personal dimension and scholar dimension.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) la depresión es la segunda causa de enfermedad en la categoría de los 15 a los 44 años de edad. El iniciar y terminar los estudios universitarios constituye un desafío para los jóvenes que se enfrentan a situaciones desfavorables, como la falta de recursos económicos, la presión académica, enfermedades físicas, problemas familiares o emocionales.

El estudio de las características psicosociales de la población universitaria en Durango es un beneficio para la Universidad, para la sociedad y desde luego, para los estudiantes; permite un acercamiento a la realidad que viven nuestros jóvenes, en la propuesta y ejecución de nuevos programas preventivos.

Balanza, Morales y Guerrero (2009) expresan que existe una tradición científica de estudios epidemiológicos, clínicos, psicosociales y transculturales con poblaciones universitarias, algunos de ellos como el de Amézquita, González y Zuluaga (2003) en su estudio “La prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000”; Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004), de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, los autores determinaron la prevalencia de la depresión en el entorno universitario, así como las manifestaciones clínicas y la posible relación con diferentes variables sociodemográficas y personales; Los Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana fueron estudiados por Riveros, Hernández y Rivera (2007), entre otros.

Para poder conocer el comportamiento de los diferentes niveles de depresión en la población universitaria en Durango, se dividen las variables en dos dimensiones: la personal y la escolar; en la primera se incluyen sexo, edad, religión, dificultad para estudiar y esperanza en el futuro; en la dimensión escolar, el avance en la trayectoria escolar, percepción de ser apreciado por los compañeros, de ser considerado mal estudiante por los profesores, y percepción de calificaciones.

El propósito de esta investigación es medir la frecuencia de la depresión y la relación que tiene con características personales y escolares entre la población de jóvenes universitarios de Durango.

MÉTODO

El universo muestral se conformó por 943 estudiantes de 13 facultades y escuelas, inscritos en el ciclo escolar 2008, con un rango de edad de 18 a 29 años, de los semestres ubicados del 1° al 5° año de la trayectoria escolar.

Es un estudio descriptivo, con diseño *expost-facto* transversal. Se realizó una estimación del tamaño de muestra probabilística, estratificada por racimos, representativa de las diferentes escuelas y facultades de la UJED.

Fue aplicado el Cuestionario de Razones para Vivir en Universitarios - CRAV Dgo., que es un instrumento para la detección de depresión en jóvenes universitarios. Contiene ítems de respuesta tipo Likert. El nivel de consistencia interna α = .89. Además dentro del CRAVU Dgo. se aplicó el CES-D de Radloff, que es in instrumento para evaluar la depresión temporalmente a un nivel muy cercano al sujeto i. e., la percepción del sujeto sobre la sensación depresiva en la semana pasada. La consistencia interna fue satisfactoria, con coeficientes alpha de Cronbach de .84 y .90.

Se estimaron frecuencias absolutas y relativas para la presencia y prevalencia de variables de interés, además se aplicó una “t” de Student para la comparación de medias. Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico Stata 11.1 S.

RESULTADOS

El porcentaje global de depresión en los universitarios de Durango es de 16.84%. El análisis original de la investigación incluye las variables: sexo, edad, religión, dificultad para estudiar y esperanza en el futuro, de la dimensión personal; de la dimensión escolar: trayectoria escolar, percepción de ser apreciado por los compañeros, percepción de ser considerado mal estudiante por los profesores y percepción de obtener buenas calificaciones; se excluyeron de la presentación de resultados y del análisis las variables edad, religión y dificultad para estudiar, ya que el resultado no fue significativo.

En este análisis de determinó la prevalencia, es decir el subconjunto de la población estudiada que presenta la característica de interés. La razón de prevalencia se refiere a la comparación entre casos expuestos y no expuestos asociados a una variable, esto es, el número de veces que la depresión es más frecuente entre los individuos que tiene la característica de interés, cuando se les compara con los que no tienen esa característica.

Cabe hacer la aclaración que sólo en la Tabla 3, aparecen los niveles de depresión Ausente-Leve, Moderada, Grave y Muy Grave, ya que de ésta forma se puede apreciar la cifra significativa de la Razón de Prevalencia. En las siguientes tablas, los niveles de depresión “Ausente- Leve” se colapsan en la de “Ausente”; la categoría de “Moderada” se conserva igual; las categorías de “Grave” y “Muy Grave” se colapsan en “Grave”.

Dimensión Personal

Tabla 1. Relación entre grado de depresión y sexo. Razón de Prevalencia (RP).

Sexo	Nivel de Depresión Ausente Moderada Grave	Total	RP	IC 95 %	P

	No. %	No. %	No. %	No. %			
Femenino	297 54.90	133 24.58	111 20.52	541 100.00			
Masculino	220 66.47	75 22.66	36 10.88	331 100.00	**2.28*[a]**	**1.49-3.56**	**0.0001**
Total	517 59.29	208 23.85	147 16.86	872 100.00			

Fuente: Encuesta.
*Categoría de contraste: Masculino
[a] Depresión Grave vs Ausente
La depresión grave en mujeres es 2.28 veces más frecuente que en los hombres.

Tabla 2. Relación entre grado de depresión y esperanza en el futuro (RP).

Tengo Esperanza en el futuro	Nivel de Depresión Ausente	Moderada	Grave	Total	RP	IC 95 %	P
	No. %	No. %	No. %	No. %			
Siempre	350 69.04	111 21.89	46 9.07	507 100.00			
Algunas veces	148 51.39	84 29.17	56 19.44	288 100.00	**2.88 *[a]**	**1.82-4.56**	**0.0000**
Nunca	19 24.36	14 17.95	45 57.69	78 100.00	**18.60 *[a]**	**9.51-36.86**	**0.0000**
Total	517 59.22	209 23.94	147 16.84	873 100.00			

Fuente: Encuesta
*Categoría de contraste: Siempre
[a] Depresión Grave vs Ausente

Los universitarios que manifiestan algunas veces y nunca tener esperanza en el futuro, presentan 2.88 y 18. 60 veces más frecuencia de depresión grave que los jóvenes que siempre tienen esperanza.

Dimensión Escolar

Tabla 3. Relación entre grado de depresión y avance en la trayectoria escolar. Razón de Prevalencia (RP).

Trayectoria escolar (año)	**Nivel de Depresión** **Ausente-Leve**	**Moderada**	**Grave**	**Muy Grave**	**Total**	**RP**	**IC 95%**	**P**
	No. %	**No. %**	**No. %**	**No. %**	**No. %**			
1	236 56.46	112 26.79	38 9.09	32 7.66	418 100.00	2.25*[b]	0.89-6.80	0.0701
2	38 57.58	13 19.69	10 15.15	5 7.58	66 100.00			
3	100 64.10	32 20.51	18 11.54	6 3.85	156 100.00			
4	94 62.25	35 23.18	16 10.60	6 3.97	151 100.00			
5	29 60.42	9 18.75	4 8.33	6 12.50	48 100.00	**3.44*[a]**	**0.84-13.84**	**0.0348**
Total	497 59.24	201 23.96	86 10.25	55 6.55	839 100.0			

Fuente: Encuesta.

*Categoría de contraste: 3° año

[a] Depresión Muy Grave vs Ausente-leve

[b] Depresión Muy grave vs. Ausente-Leve

Los universitarios que se encuentran en el 1° año, muestran 2.25 veces más frecuencia en la depresión muy grave que los que se encuentran en 3° año. Los estudiantes que cursan el 5° año, tienen 3.44 veces más frecuentemente depresión grave que quienes cursan el 3° año de la trayectoria escolar.

Tabla 4. Relación entre grado de depresión y percepción de ser apreciado por los compañeros. Razón de Prevalencia (RP).

Soy Apreciado por	Nivel de Depresión Ausente	Moderada	Grave	Total	RP	IC 95%	P

compañeros	No. %	No. %	No. %	No. %			
Siempre	429 62.72	161 23.54	94 13.74	684 100.00			
Algunas veces	70 46.06	41 26.97	41 26.97	152 100.00	**2.67*[a]**	**1.66-4.25**	**0.0000**
Nunca	18 48.65	7 18.92	12 32.43	37 100.00	**3.04*[a]**	**1.28-6.92**	**0.0029**
Total	517 59.22	209 23.94	147 16.84	873 100.00			

Fuente: Encuesta
*Categoría de contraste: Siempre
[a] Depresión Grave vs Ausente

Hay 2.67 y 3.04 veces más prevalencia de depresión grave en los estudiantes que algunas veces y nunca perciben aprecio de los compañeros al compararlos con los que siempre lo perciben.

Tabla 5. Relación entre grado de depresión y percepción de ser considerado mal estudiante por los profesores. Razón de Prevalencia (RP).

Los profesores me consideran mal estudiante	Nivel de Depresión Ausente	Moderada	Grave	Total	RP	IC 95%	P
	No. %	No. %	No. %	No. %			
Nunca	407 62.62	144 22.15	99 15.23	650 100.00			
Algunas veces	90 49.18	53 28.96	40 21.86	183 100.00	**1.82*[a]**	**1.15-2.86**	**0.0058**
Siempre	18 50.00	10 27.78	8 22.22	36 100.00	**1.82*[a]**	**0.66-4.56**	**0.1645**
Total	515 59.26	207 23.82	147 16.92	869 100.00			

Fuente: Encuesta
*Categoría de contraste: Nunca
[a] Depresión Grave vs Ausente

La depresión grave se presenta 1.82 veces con más frecuencia en los universitarios que algunas veces y siempre perciben que son considerados por los profesores como malos estudiantes.

Tabla 6. Relación entre grado de depresión y percepción de obtener buenas calificaciones. Razón de Prevalencia (RP).

Mis Calificaciones Son	Nivel de Depresión Ausente	Moderada	Grave	Total	RP	IC 95%	P
	No. %	No. %	No. %	No. %			
Buenas	296 63.11	111 23.67	62 13.22	469 100.00			
Regulares	178 57.79	72 23.38	58 18.83	308 100.00	**1.55*[a]**	**1.02-2.37**	**0.0311**
Malas	43 45.74	24 25.54	27 28.72	94 100.00	**3.00*[a]**	**1.65-5.38**	**0.0001**
Total	517 59.35	207 23.77	147 16.88	871 100.00			

Fuente: Encuesta
*Categoría de contraste: Buenas
[a] Depresión Grave vs Ausente

Existe 1.55 veces mayor frecuencia de depresión grave en los jóvenes que consideran sus calificaciones como regulares y 3.00 veces más cuando las consideran malas al compararlos con jóvenes que perciben que son buenas.

DISCUSIÓN

La prevalencia global de depresión en la población universitaria de Durango es de 16.84%. Su presencia es consistente con estudios en la Universidad de Caldas, Colombia (Amézquita et al, 2003), en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia (Arrivillaga et al, 2004), en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Riveros et al, 2007), en la Universidad Católica de San Antonio de Murcia, (Balanza et al, 2009), entre otras.

La depresión grave en mujeres es 2.28 veces más frecuente que en los varones. Cifra semejante a los que estudios de De la Fuente (1997), Lewinsohn y cols (1998, citados por Myers, 2006), Amézquita et al (2003), Arrivillaga et al (2004), Riveros et al (2007), y Balanza et al (2009).

Sobre la variable esperanza en el futuro, los alumnos con mayor porcentaje en el nivel de depresión son quienes expresan que nunca tienen esperanza, resultados que son consistentes con el estudio de Riveros et al (2007), en donde la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población de estudiantes en quienes las expectativas de triunfo y el futuro se ven opacadas por factores como el elevado costo de la carrera profesional y el reducido mercado laboral, que pueden llevar al joven a un estado de frustración.

La primera etapa de la trayectoria universitaria representa un desafío para adaptarse al medio escolar. Al estar en el último año, es posible que el estudiante se sienta presionado por las actividades escolares, tal como lo mencionan Hernández y Romero (2010), condición a la que se agrega visualizar un ambiente laboral incierto, sin garantía de ejercer su profesión (Cameron, 1990). Los resultados de este trabajo, en el que son los alumnos del primer y último año de la trayectoria escolar, los que muestran niveles de depresión más altos, que quienes se encuentran en la mitad del curso de la carrera, son consistentes con los de los autores antes mencionados.

Se reconoce la importancia de la buena relación entre compañeros. El fortalecimiento de los lazos que ayudan a afrontar experiencias negativas, como la carga escolar, dificultad para estudiar, problemas con maestros o dificultades económicas, favorecen el desarrollo saludable en el ámbito escolar, ya que el joven tendrá un soporte que lo cubra de necesidades emocionales: proximidad, confidencialidad, complicidad; por lo que, el no tenerlas puede significar un factor de riesgo (Amézquita et al, 2003). Tal es el caso de este estudio, en el que se encontró que los universitarios que algunas veces y nunca perciben aprecio de sus compañeros, presentaron niveles de depresión superiores.

La figura de autoridad que ejercen los docentes sobre los adolescentes, el estilo particular de impartir clase, las dificultades en la comunicación, la imparcialidad en las evaluaciones, entre otros, tienen influencia en el estado de ánimo y en las calificaciones del estudiante. Cuando un estudiante percibe que no es considerado buen estudiante por los profesores, el nivel de depresión se ve aumentado, y aunque no es un factor determinante en la presencia de depresión, una mala relación con los profesores adherida a otros problemas escolares, personales o familiares, puede tener repercusiones serias en los universitarios.

Otro aspecto de importancia en el desarrollo escolar del joven, es la percepción que tenga sobre su desempeño académico, ya que existe mayor prevalencia de depresión en aquellos estudiantes que consideran que sus calificaciones son regulares o malas, así como en el estudio de Riveros et al (2007), donde predominaron los cuadros depresivos en la población estudiantil que percibió su carrera universitaria como “difícil”.

Es importante fortalecer el programa de tutoría, entendido como una estrategia en la formación universitaria e integrar un área específica de Atención a la Salud para los alumnos, que oriente sus esfuerzos de intervención en los niveles de prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud, para lograr un estado de bienestar psicológico, físico y social.

Es importante destacar que la caracterización de las variables asociadas a la depresión que forman la dimensión escolar, permiten a maestros y autoridades escolares, intervenir sobre los factores que determinan una influencia negativa para la salud emocional y desarrollo humano del universitario. Cuando existe un vínculo entre académicos, alumnos y autoridades, fundado en el compromiso por la salud y el bienestar, la Universidad genera y recibe beneficios para ella misma, fomentando y egresando profesionistas con calidad de vida y compromiso social.

Referencias bibliográficas:

Amézquita, M. M. E., González, P. R. E. y Zuluaga, M. D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista colombiana de Psiquiatría, 32(004)*, 341-356.

Arrivillaga, Q. M., Cortés, G. C., Goicochea, J. V.L. y Lozano, O. T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Pshychologica, 3 (001)*, 17-25.

Cameron, N. A. (1990) Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología: un enfoque dinámico. 2° Edición. México: Trillas.
De la Fuente, R. (1997). *La patología mental y su terapéutica*. México: FCE.
Hernández, Z. Z. y Romero, P. E. (2010). Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana, 18(1)*, 56-68.
Myers, D. G. (2006). Psicología. 7° Ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
Organización Mundial de la Salud. (2011). *Depression*. Recuperado el 21 de junio de 2012 de www.who.int

PROYECTO: UNIVERSIDAD SALUDABLE Y GESTORA DE LA SALUD

DRA. MA. LUISA RODRÍGUEZ JUÁREZ
ÁREA DE PROYECTOS ESPECIALES (UNIVERSIDAD SALUDABLE)
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

INTRODUCCIÓN

La Universidad Autónoma de Guerrero, en el marco de su política de posicionarse como una universidad de calidad con inclusión social, está consciente de los compromisos globales planteados en los objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU 2000), de Salud (Alma Ata, 1978; Carta de Ottawa, 1986; declaración de México, 2000) y los de Educación (Educación para todos, UNESCO, Dakar 2000, 2ª.Reunión de Ministros de Educación de América Latina y el Caribe – Unión Europea, 14 de abril de 2005).

Actualmente se considera como una urgente necesidad mejorar las condiciones de vida y forjar una sociedad con estilos de vida saludables, libres de adicciones y violencia, con mejores hábitos alimenticios, desempeño de actividad física y salud reproductiva, que se erigen como prioridades fundamentales (Salud de las Américas, OPS, 2002), motivo por el cual el Dr. Javier Saldaña Almazán, Rector de la UAGro ha creado el Área de Proyectos Especiales (Universidad Saludable). No obstante, si bien la universidad posee un compromiso social, de generar el cambio, formando profesionales íntegros, con capacidades, pertinencia y liderazgo que den una respuesta a las necesidades sociales, el desafío será concentrar los esfuerzos en **la prevención y promoción de estilos de vida saludables.**

MATERIALES Y MÉTODOS

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ LA UNIVERSIDAD SALUDABLE Y GESTOR DE LA SALUD EN LA UAGro?

-Porque en nuestra universidad tenemos el potencial para influir más en la vida y en la salud de sus miembros, a través de acciones de protección específica y por la promoción del bienestar de su comunidad a través de sus políticas.

-Porque en la universidad confluyen adolescentes, jóvenes, adultos y adultos en plenitud los cuales pasan una parte importante de sus vidas estudiando o trabajando, local nos da la pauta para influir en fomentar una cultura de prevención que culminará en la modificación de sus estilos de vida.

-Porque en nuestra universidad se realizan actividades y servicios que se relacionan con la salud: Servicios Médicos Universitarios, Laboratorios de Análisis Clínicos, comedores universitarios, actividades deportivas y culturales.

-Porque la modificación de los ambientes puede incidir en el logro de estilos de vida más saludables.

-Porque las funciones sustantivas: docencia, investigación, extensión y vinculación permitirán la incorporación del concepto de salud como responsabilidad personal y social, incluyendo en las áreas de investigación y de extensión.
Para lograr la sustentabilidad de esta estrategia, se requiere de un equipo de trabajo motivado y preparado, así como de un presupuesto que permita implementar un plan anual consensuado con las autoridades de la institución.

Sabemos que el proceso de cambio en los estilos de vida es lento y requiere de una participación colectiva, así como de la participación de la comunidad universitaria, lo que exigirá una labor permanente de sensibilización, información, motivación, demostración de los beneficios, educación y convencimiento implementando acciones y estrategias de Salud Pública en acciones coordinadas con el sector salud.

LOS TEMAS PRIORITARIOS DEL PROYECTO: UNIVERSIDAD SALUDABLE Y GESTORA DE LA SALUD SON:

1. **Actividad física**, con la implementación del protocolo preventivo PREVENIMSS y del Programa de Actividad Física (PROACTIF).

2. **Nutrición,** cafetería saludable y comedor universitario saludable.

3. **Salud mental y adicciones,** Áreas Clínicas Universitarias ubicadas en Acapulco, Chilpancingo, Ometepec e Iguala, Gro. Así como en coordinación con CIJA y grupos UNEME-CAPA de la Secretaría de Salud Guerrero.

4. **Aspectos ambientales,** seguridad y medio ambiente (Sría. de Salud Guerrero). Implementación del taller: Manejo de Basura Urbana

5. **Salud Sexual Reproductiva.** Pertenecemos al Grupo Estatal Interinstitucional Pro-Salud Sexual y Reproductiva, en donde la UAGro es sede durante el año 2014 y 2015. Así como al COESIDA. Participamos en las campañas estatales tal es el caso de la semana Nacional de Salud de la Adolescencia, del 22 al 26 de septiembre 2014, bajo el lema: “En respuesta al VIH y el sida, adolescentes prevenimos con educación”.

6. ELHT, Espacios Libres de Humo de Tabaco (Sría de Salud Guerrero)
Mediante convenio signado, la UAGro ha declarado sus edificios docentes y dependencias administrativas como Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco

Cofepris
Se estima que a diario mueren 160 mexicanos por causas relacionadas al consumo de tabaco.
160 muertos
Es por esto que el tabaquismo es un problema de salud pública
Guerrero Cumple

7. **Prevención y control de enfermedades e Identificación oportuna de enfermedades.**
   Realizamos detecciones de glucosa capilar, toma de presión arterial, pero y talla, medición de circunferencia de cintura y determinación de IMC. Participamos en las ferias de la salud con stands de centros de canje de las mediciones por frutas

8. **Esquema básico de vacunación,** se realiza con el apoyo de PREVENIMSS.

RESULTADOS:
Hemos promovido estilos de vida saludable a partir de la creación del Área de Proyectos Especiales (Universidad Saludable), estableciendo los vínculos de colaboración con el sector salud de nuestra entidad. Hemos tenido presencia en las Ferias de la Salud realizadas en las 7 regiones del Estado de guerrero en donde tiene presencia con sus Unidades Académicas la UAGro.

Nuestro principal grupo es el de los adolescentes debido a que contamos con 44 Unidades Académicas del Nivel Medio Superior, en quienes esperamos incidir positivamente promoviendo estilos de vida saludables.

Durante la contingencia por los fenómenos hidrometereológicos “Manuel” e “Ingrid” sucedidos durante el mes de septiembre del 2013, coordinamos las actividades de las

Brigadas Multidisciplinarias del Área de la Salud de la UAGro, en donde participaron 650 voluntarios, en actividades por el período del 17 de septiembre al 31 de octubre, en 12 municipios del Estado de Guerrero.

CONCLUSIONES

La experiencia en la respuesta inmediata que brindaron las Brigadas MultidiscIplinarias de Salud de la UAGro., que siguen trabajando ante la emergencia en nuestro estado, ha dejado entre nuestros jóvenes estudiantes universitarios la satisfacción de haber participado activamente en apoyo a la salud y a la prevención de enfermedades, de haber conocido y trabajado en localidades donde su presencia fue de mucha ayuda y destacar la mística de solidaridad y respeto con que trabajaron durante todos estos días en que como voluntarios dieron su apoyo sin condiciones a quienes más lo necesitan.

MISIÓN
La Universidad Saludable forma individuos integralmente sanos, comprometidos con su entorno, contribuyendo al desarrollo humano social y saludable, buscando con ello una cultura de prevención basado en el autocuidado a la salud.

VISIÓN
La Universidad Saludable será una institución vanguardista, en continuo seguimiento de la salud física y mental que contribuyen al desarrollo de una comunidad universitaria comprometida, con un estilo de vida saludable, que aplique acciones preventivas y de atención médica integral para entregar a la comunidad profesionales corresponsables con su entorno y con una cultura en salud.

VALORES
Los valores como parte fundamental para una buena Universidad Saludable son: calidad, salud, servicio, respeto, responsabilidad, espíritu crítico, ética y espíritu humanista.

PRUEBA PILOTO DE UN INSTRUMENTO ELECTRÓNICO PARA IDENTIFICAR CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Investigadores: Conde Ferráez Laura 1, Moo Mena Francisco 2, Polanco Reyes Lucila 1, González Losa María del Refugio 1.
Estudiantes: Mena Ontiveros Ileana 2, Carrillo Yam Cristina 1,

Institución de adscripción: 1) Centro de Investigaciones Regionales "Dr Hideyo Noguchi". Universidad Autónoma de Yucatán. Edificio Inalámbrica Calle 96 s/n. Av. Jacinto Canek y Calle 47, Paseo de las Fuentes. CP 97225. Mérida, Yucatán, México. Tel 99245910 ext 1213. laura.conde@correo.uady.mx. 2) Facultad de Matemáticas. Universidad Autónoma de Yucatán. Anillo Periférico tablaje 13615. Tel 9423140.

RESUMEN

Los jóvenes son el grupo más vulnerable de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Son también los principales usuarios de las TICs en particular, internet. Presentamos los resultados de la prueba piloto en el contexto del proyecto "eSalud: Infecciones de trasmisión sexual y conductas de riesgo en jóvenes mexicanos", financiado por Conacyt-IMJUVE.
El objetivo fue diseñar y probar una herramienta electrónica autoaplicable, para determinar el riesgo para la salud sexual, de manera anónima, a través de internet.
Después de varios pilotajes en papel la versión actual del instrumento fue programada en Formularios Google. Se envió una invitación a participar por correo electrónico que incluía una liga, permaneciendo abierta durante 6 días. Los datos fueron analizados SPSS.
Se envió la liga a 1940 alumnos de 8 licenciaturas. El porcentaje de respuesta fue de 8.2% (160/1940). Para los análisis se tomaron 116 de 18-24 años, 52% hombres, 48% mujeres. El 73% ha tenido relaciones sexuales, 32% ha tenido más de 4 parejas. El

17.2% cree que lavarse lo protege de una ITS, el 44% cree que los baños públicos son un riesgo. Solo el 2.6% considera al alcohol y el 27% las drogas como un factores de riesgo. De los sexualmente activos (n=85), 90% tienen sexo vaginal, 36 reportan que siempre usan condón, 82% practica sexo oral pero solo 6 siempre usan condón. El 42.3 % practica sexo anal pero solo 10 siempre usan condón. El 64.7% no se sienten incómodos de hablar de su vida sexual.
En conclusión, el instrumento funcionó adecuadamente, y nos alarma el riesgo al que se encuentran expuestos los universitarios. Este instrumento será aplicado a nivel nacional dentro de una página web de promoción de la salud sexual, en la siguiente etapa del proyecto.

Palabras Clave: conductas sexuales, infecciones de transmisión sexual, internet

ABSTRACT

The youth are the most vulnerable to contract sexually transmitted diseases (STIs). They are also the main users of communications technologies, particularly, the internet. We present the results of a pilot study within the project “eHeath: sexually transmitted infections and risk behaviors in Mexican youth”, funded by Conacyt-IMJUVE.
The objective was to design and test an electronic instrument to determine the exposure to risk sexual health, to be applied anonymously through internet.
Previously, pilot study on paper were performed. Based on the results the current version of the instrument was programmed in Google Formularies. An invitation to participate was send by e-mail, including a link to the instrument, which remained open for 6 days. The results were analyzed in SPSS.
The invitations was sent to 1940 undergraduate students from 8 careers. The percentage of response was 8.2% (160/1940). For the analysis were considered 116 from ages 18-24 years, 52% men and 48% women. 73% referred ever having sex, 32% have had more than 4 partners in their life time. 17.2% believes that washing after sex is protective against STIs, 44% think using public restrooms is a risk factor. Only 2.6% consider alcohol and 27% drugs as risk factors. From sexually active students (n=85), 90% have vaginal sex, 36 report always using condom, 82% have oral sex, but only 6 always use condom; 42.3% have anal sex, but only 10 always use condom. The 64.7% do not feel uncomfortable talking about their sexual life.
In conclusion, the instrument worked properly, and give us alarm of the risk exposure of the university students. This instrument will be used nationwide within a sexual health promotion web page, in the next stage of this project.

Keywords: sexual behaviors sexually transmitted infections, internet

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva son de interés entre los profesionales dedicados a la salud pública, debido al impacto social que ha producido los índices de densidad poblacional y en el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Fleiz Bautista *et al*. 1999).

Algunas ITS están aumentando desde hace unos 10 años a causa de descuidos en la prevención (OMS 2013). A nivel mundial cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (OMS, 2013).

La población expuesta se compone en su mayor parte de jóvenes. Los estudiantes son en su mayoría por jóvenes de 18 a 25 años de edad y es generalmente en esta etapa de la vida cuando inician sus relaciones sexuales y comienzan a exponerse a las ITS (Sánchez-Alemán *et al.* 2002).

Debido a que se ha visto que los avances en el uso de la tecnología de la información en internet han propiciado la generación de diversos estudios con capacidad para difundir información de forma viral, facilitando al mismo tiempo el apoyo social con gran potencial de alcance sobretodo en la población más joven a nivel mundial (Whiteley et al 2012). El uso de herramientas autoaplicables puede lograr una disminución del sesgo de respuestas de los usuarios (Cobb y Graham, 2012)

El objetivo de este trabajo es diseñar y probar una herramienta electrónica autoaplicable para determinar el riesgo para la salud sexual, de manera anónima, a través de internet. Debido a que en México es la mejor alternativa ante una sociedad con heterogeneidad cultural en donde muchas veces los temas de contenido sexual continúan siendo un tabú.

Presentamos los resultados de la prueba piloto en el contexto del proyecto “eSalud: Infecciones de trasmisión sexual y conductas de riesgo en jóvenes mexicanos, financiado por Conacyt-IMJUVE”.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” en Mérida, Yucatán. Se aplicaron un total de 120 encuestas en campo y 1940 ligas del instrumento electrónico.

Se diseñó un instrumento a modo de cuestionario en donde se abordan los principales factores de riesgo para contraer una ITS. La estructura y lenguaje utilizado, así como la información generada fue puesto a prueba por medio de varios pilotos llevados a cabo en tanto en población escolarizada como abierta. El primer piloto se llevó a cabo en población escolarizada universitaria. El segundo pilotaje se llevó a cabo en 4 ambientes diferentes: 3 escolarizados (universitarios) y una población abierta en 4 zonas de la ciudad de Mérida, Yucatán. Los resultados obtenidos en estos primeros pilotajes fueron analizados y sirvieron ajustar el instrumento.

Después de los pilotajes en papel, la versión actual del instrumento fue programada en Formularios Google con un total de 30 preguntas: 6 demográficas, 2 de conocimiento, 3 uso de condón, 9 vida sexual, 2 sobre abuso de sustancias, 4 salud sexual, 1 sobre prueba diagnóstica gratuita y 3 acerca de la logística de la encuesta y comentarios.
Posteriormente se envió una invitación a participar por correo electrónico que incluía una liga que permaneció abierta durante 6 días a Jóvenes de diferentes universidades; Facultad de matemáticas, UMT Campus Tizimín ciencias de la computación y Facultad de Medicina Veterinaria. Los datos finalmente fueron analizados en SPSS siguiendo los siguientes criterios de exclusión e inclusión: Encuestas con filtro de edad de 18 a 24 años, mexicanos, porcentaje de respuesta mayor al 5% (se eliminaron las de la UMT en Tizimín por no cumplir este criterio); se eliminaron aquellas con datos falsificados e incompletos. En total se analizaron un total de 65 variables cuantitativas y cualitativas de 116 encuestas de la facultad de matemáticas y FMVZ.

RESULTADOS

Se envió la liga a 1940 alumnos de 8 licenciaturas. El porcentaje de respuesta fue de 8.2% (160/1940). Para los análisis se tomaron 116 encuestas de jóvenes de 18-24 años, 52% hombres, 48% mujeres. La media de edad fue de 21 años y la moda 22 años. En relación al sexo fueron 56 mujeres y 60 hombres los encuestados. El 91.4% solteros, 4.3% casados, 3.4% vivían en unión libre. El 86.2% de los encuestados residen en Mérida, 2.6% de Cancún y menos del 1% residen en otros lugares.

En lo que respecta los conocimientos del riesgo de contraer una ITS, El 24% de los encuestados refirió que se adquieren en las relaciones sexuales, al tener contacto con los fluidos genitales de otra persona, al dar o recibir sexo oral y dar o recibir sexo anal.

En lo que respecta conocimientos acerca de la protección contra ITS, el 27% respondió la siguiente combinación de respuestas: condón femenino, condón masculino y abstinencia. El 44% cree que los baños públicos son un riesgo.

El 77.6% de los encuestados consideró que no había mayor protección contra las ITS al usar doble condón, el 12.1% no sabía, y el 10.3% respondió que sí. El 92.2% consideran que no se debe reutilizar el condón, 5.2% que sí.

En cuanto a la vida sexual, el 73% de los encuestados han tenido relaciones sexuales; con hombres: 31% (3 hombre y 33 mujeres), con mujeres: 37.1 % (39 hombres y 4 mujeres) y con ambos sexos 5.2%. La edad con mayor frecuencia en la que tuvieron su primera relación sexual para ambos sexos fue a los 18 años (14.7%), con rango de 12 a 23 años. El número de parejas que han tenido en toda su vida es: 1 pareja (28.4%), 2 parejas (15.5%), 3 parejas (6%); y el 32% ha tenido más de 4 parejas. El rango fue de 1-40 parejas. Los hombres obtuvieron el mayor número de parejas en comparación con las mujeres.

En cuanto al sexo compensado el 0.9% lo ha realizado a cambio de dinero, regalos o favores de otra persona. Del total de encuestados el 1.7% refirieron haber mantenido relaciones sexuales con violencia física. De los 116 encuestados el 12.9% refirió haber mantenido relaciones con sexoservidores.

En lo que respecta a las prácticas sexuales y al uso de condón 31% (22 hombres y 14 mujeres) siempre lo han utilizado al mantener sexo vaginal y el 23.3% (9 hombres y 18 mujeres) la mayoría de las veces. Al analizar el sexo oral con uso de condón respondieron que la menor de las veces 11.2% (7 hombres y 6 mujeres) y nunca 39.7% (24 hombres y 22 mujeres). El 42.3 % practica sexo anal pero solo 10 siempre usan condón siempre 8.6% (9 hombres y 1 mujer), la mayoría de las veces 6.9% (4 hombres y 4 mujeres), la menor de las veces 6.9% (6 hombres y 2 mujeres) y nunca 8.6% (5 hombres y 5 mujeres).

44.7% (26 hombres y 29 mujeres) de los encuestados ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses con una pareja, 6% (5 hombres y 2 mujeres) con dos parejas, 5.2% con tres parejas (3 hombres y 3 mujeres) y 3.4% con 4 o más parejas (4 hombres).

En lo que respecta al consumo de sustancias en los últimos 6 meses 11.2% (9 hombres y 4 mujeres) había mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y 4.3 % (3 hombres y 2 mujeres) bajo el efecto de alguna droga.

En cuanto a la salud sexual el 25% han ido a consulta médica sobre su salud sexual una vez al año (15 hombres y 14 mujeres); 24.1% (16 hombres y 12 mujeres) refirieron haber realizado un análisis para saber si tienen una infección sexual.

En lo que respecta al análisis de las preguntas el 64.7% no se sienten incómodos al hablar de su vida sexual. Solo el 1.7% (1 hombre y 1 mujer) se sienten muy incómodos. 55.2% (35 hombres y 29 mujeres) estaban totalmente de acuerdo de que las preguntas fueron claras y fáciles de entender 18.1% (10 hombres y 11 mujeres) estaban de acuerdo, no hubo alguien que dijera que no estaba de acuerdo. 63.8% (40 hombres y 34 mujeres) estaban totalmente de acuerdo que el cuestionario fue fácil de usar y 9.5% (5 hombres y 6 mujeres) estaban de acuerdo, no hubo alguien que dijera que no estaba de acuerdo. A 14.7 % (9 hombres y 8 mujeres) la encuesta les pareció larga (5.2% de acuerdo “3 hombres y 3 mujeres” y 9.5% totalmente de acuerdo “6 hombres y 5 mujeres”) y 19% de los encuestados no les pareció larga (12 hombres y 10 mujeres), al 27.6% (17 hombres y 15 mujeres) les fue indiferente.

DISCUSIÓN

El instrumento funcionó adecuadamente, y nos alarma el riesgo al que se encuentran expuestos los universitarios. Se reflejan una gran cantidad de conductas de riesgo, por lo que es necesario tomar las medias educativas pertinentes para evitar las ITS.

En México las ITS son un problema de salud pública, entre los principales factores de riesgo se encuentra no usar el condón, sin embargo algunos factores sociodemográficos se han relacionado con un mayor riesgo (Lazcano-Ponce *et al.* 2001). En este estudio nos encontramos con datos que indican desconocimiento del buen uso del condón, ya que el 5.2% refirió haberlo reutilizado y algunas personas desconocen si el uso de doble condón al momento de realizar el acto sexual los protege. En las prácticas sexuales y el uso de condón (vaginal, oral y anal), encontramos que hubo un porcentaje de mujeres que refirieron no haber utilizado condón en la práctica de sexo vaginal, y la mayoría de los jóvenes encuestados refirió no haber utilizado condón al tener sexo oral, algunos encuestados refirieron tener sexo anal sin condón. Otros datos que indican desconocimiento es que una gran parte contestó que el contacto con los baños públicos, y tocarse los genitales con las manos sucias implica un riesgo para contraer las infecciones de transmisión sexual.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, se ha visto que en la primera relación sexual puede ocurrir cada vez en estadios de la vida más tempranos, y se relaciona a un mayor número de parejas sexuales y por lo tanto los riesgos de adquirir una ITS (Mendoza *et al*. 2012. En nuestro estudio en promedio tuvieron su primera relación a los 18 años, teniendo un rango total para todos los encuestados de inicio de vida sexual entre los 12-23 años.

Al analizar el número de parejas sexuales encontramos que en relación al sexo los hombres tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres, al igual que en otros reportes (López *et al*. 2001). En cuanto al sexo compensado hubieron poca respuestas, sin embargo consideramos importante analizar este comportamiento ya que implica un riesgo para la adquirir alguna ITS debido a que acentúa la dificultad para negociar sexo protegido por lo que incrementa la exposición a ITS/VIH. (Gutiérrez *et al*. 2006; Théodore *et al*. 2004).

Los hombres presentaron mayores porcentajes de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y otras sustancias. Esto concuerda con otros estudios que refieren que los hombres, a mayor edad y escolaridad, mayor consumo de alcohol que se relaciona con relaciones sexuales (Arias, 2009, López, 2001)

En lo que respecta el autocuidado nos encontramos con que solamente un 25% ha acudido al médico por su salud sexual. Esta es evidencia de que en México no hay una adecuada cultura en cuanto al cuidado de la salud. Siendo el Papanicolaou el principal método diagnóstico del cáncer cervicouterino, el no acudir a la detección oportuna es un factor de riesgo importante (Tirado Gómez et al, 2005). Solamente el 6.9% de las encuestadas que han mantenido relaciones sexuales se ha realizado la prueba del Papanicolaou.

En lo que se refiere al análisis de las preguntas la mayoría de los encuestados no se sienten incómodos al hablar de su vida sexual y estaban totalmente de acuerdo de que las preguntas fueron claras y fáciles de entender y de usar.

El instrumento electrónico es una herramienta fácil de aplicar a un gran número de personas en poco tiempo, y nos permite crear un ambiente de confianza al ser autoaplicado. Este instrumento será aplicado a nivel nacional dentro de una página web de promoción de la salud sexual, en la siguiente etapa del proyecto.

REFERENCIAS

- Arias A C (2009). Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. *Med UNAB, Revisión sistemática*, 86-90.
- Cobb NK, Graham AL (2012). Health Behavior Interventions in the Age of Facebook American Journal of Preventive Medicine. 43(5):571–572.
- Fleiz Bautista C, Villatorio Velásquez J, Medina Mora M, Alcantar Molinar E, Navarro Guzmán C., Blanco Jaimes J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental* 22 (4):14-19.
- Théodore FL, Gutiérrez JP, Torres P, Luna G (2004). El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Pública Méx*; Vol. 46(2):104-112.
- Gutierrez JP, Bertozzi SF, Conde-Glez C, Sanchez-Aleman MA (2006). Risk behaviors of 15–21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health* 6:49.
- Lazcano-Ponce E, Smith JS, Muñoz N, Conde-Glez C, Juárez-Figueroa L, Cruz A, Hernández M (2001). High prevalence of antibodies to herpes simplex virus type 2 among middle aged women in México city. *Sex Transm Dis*.28(5):270-6.
- López N, Vera LM Orozco LC (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Medica,* 32 (1), 32-40.
- Mendoza LA, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C, López D, Núñez A, Acuña M (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* , 271-279.
- OMS.2013. Infecciones de transmisión sexual. Consultado el 7 de agosto de 2014 en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/

- Sánchez-Alemán M, Uribe-Salas F, Conde-González, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México*, 44(5), 442-447.
- Tirado-Gómez L., Mohar-Betancourt A., López-Cervantes M., García-Carrancá A., Franco-Marina F. y Borges, G. (2005). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, *47*(5), 342-350.
- Whiteley Laura B., Justin Mello, Olivia Hunt and Larry K. Brown (2012). A Review of Sexual Health Web Sites for Adolescents. *Clinical Pediatrics*. 51(3) 209– 213.

AULAS VIRTUALES COMO HERRAMIENTAS DE IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO A LA SALUD EN UNIVERSITARIOS

Autores: Lic. Psic. Emanuel Hernández Oviedo[1], Mtro. Humberto A. Veras Godoy[2], M.C. Esp. Adrián Moya Escalera[3], M.C. Iván Hernández Pacheco[4].

Responsable del Área de Promoción Para la Salud de Servicio Médico Universitario UAEH[1], Rector de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo[2], Director de Servicio Médico Universitario UAEH[3], Subdirector Servicio Médico Universitario UAEH[4].

Resumen

En el ámbito mundial y nacional existe la preocupación por el incremento constante del consumo de drogas ilegales y legales entre jóvenes entre los daños ocasionados por el consumo se encuentran los efectos crónico sobre la salud como el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades, los defectos físico que ocasionan directamente las sustancias en un periodo de corto tiempo y los daños en la relaciones interpersonales, la deserción académica por lo cual se sugiere del uso de herramienta virtuales para la detección masiva de alumnos que se encuentren en riesgo de presentar una adicción y canalizar para su tratamiento a los alumnos que presenta un adicción.

Objetivo: Uso de la aulas virtuales como herramientas para la sección oportuna de alumnos con alto riesgo para adquirir una adicción, **Material métodos**: Se realizó una sesión educativa en línea con una duración una hora en 5 institutos perteneciente a la UAEH, en alumnos de licenciatura , al término de la sesión se invitó a los alumnos a contestar el cuestionario POSIT en línea el cual abarca 7 áreas de la personalidad el cual nos permitió identificar a los alumnos con riesgo a la adquisición de una adicción, **Resultados** se observó en las áreas de Uso/ abuso de sustanciada predomino el 53.9%, de alumnos con riesgo en el apartado de salud mental los resultados fueron el 69.3%, se evaluaron Con riesgo en el apartado de relaciones familiares el 91.7%, de los alumnos presenta Riesgo en el apartado de evaluación con los amigos el 90.6%, de los observados presento riesgo en referente en el interés laboral el 67.7%, calificaron sin Riesgo en lo referente al nivel educativo el 79.9%, califico Sin riesgo lo que denota un factor protector en el apartado de conducta agresiva delictiva se observó que el 92.9%, califico sin riesgo cabe hacer la mención que en este aparatado 18 alumnos que corresponden al 7.1%, se encuentran en riesgo alumno lo cual propicio su referencia al Centro de Atención Integral de Adicciones (CEAIA).

Palabras clave: aulas virtuales, Riesgo, herramienta, adicción

Abstract

Globally and nationally there is concern about the steady increase in the use of illegal and legal drugs among young people between the damage caused by the consumer are the chronic health effects such as damage to certain organs or the onset of disease, physical defects that directly cause the substances in a short period of time and damage interpersonal relationships, academic attrition which is suggested by the use of virtual tool for mass screening of students who are at risk for addiction and channel for treatment students having an addiction.

Objective: Use of virtual classrooms as tools for the relevant section of students at high risk for acquiring an addiction, Material methods: an educational session was conducted in line with last one hour five institutes belonging to the UAEH in undergraduates at the end of the session, the students were invited to answer the questionnaire online POSIT which covers 7 areas of personality which enabled us to identify students at risk of acquiring an addiction, results were observed in the areas of use / abuse of dominance substantiated 53.9% of students at risk in the mental health section the results were 69.3%, 91.7%, of the students were evaluated with risk in the section on family relationships presented in the section on risk assessment with friends 90.6%, of the observed present risk in relation to the working interest 67.7%, was rated Safe regarding educational level, 79.9%, I qualify No risk which denotes a protective factor in the section behavior aggressive criminal was found that 92.9% qualify be safe to make mention that this aparatado 18 students that correspond to 7.1% at risk students which suitable for your reference to Comprehensive Care Center for Addictions (CEAIA).

Keywords: Virtual Classrooms, Risk, Tool, Addiction.

Antecedentes

En Europa entre el 30 y el 40% de jóvenes de 13-17 años y entre el 50 y el 60% de los de 18-29 años fuman. El consumo de tabaco es superior en las chicas que en los chicos en el medio urbano, pero en el medio rural predomina el consumo de tabaco en los hombres. Según el Plan Nacional sobre Drogas (PND), el consumo de tabaco en escolares 14-18 años se ha incrementado entre los años 2001 y2012, pasando del 29,2 al 30,5% los que declararon haber consumido tabaco en el último mes. Respecto a la edad de inicio al consumo de tabaco, ésta se ve altamente influida por la metodología utilizada y por el grupo de edad de la población a la que se pregunta, que oscila entre los 12 y 13 años. Los hombres rurales serían los más precoces. Además, desde 2004 el consumo de tabaco es superior en las chicas respecto a los chicos, lo cual ha sido confirmado recientemente en un estudio realizado a escala nacional, en el que una de cada 3 chicas, frente a uno de cada 4 chicos, menores de 18 años, declara fumar[1].

En Alcohol Entre el 25 y el 30% de los jóvenes de 13-17 años y entre el 35 y el 60% de los de 18-29 años declaran que beben alcohol regularmente. Los estudios del PND en escolares muestran un descenso del porcentaje de jóvenes que declaran haber bebido alcohol en el último mes, desde el 78,5% en 2001 al 58% en 2012.[1] Algunos estudios locales describen una misma tendencia descendente, pero no hay acuerdo en si la cantidad de alcohol consumida también ha descendido. Además, en la última década se

ha evidenciado una frecuencia de consumo de alcohol similar en ambos sexos, aunque los chicos consumen cantidades más elevadas de alcohol. Parece que el consumo es mayor en los chicos que en las chicas en los medios no urbanos. En este último estudio, los jóvenes dicen que beber es algo normal, que se bebe por motivos sociales, para facilitar las relaciones y para liberar el estrés estos factores generan preocupación en la medida de consumo que joven europeos han generado vínculos de socialización centrándose, principalmente en algunos factor de adicción como lo puede ser el tabaco el alcohol u algunas drogas que se ven influenciadas por factores de convivencia. También los jóvenes consideran que el alcohol puede llegar a ser una droga si se sobrepasan ciertos límites, que no parecen estar muy claros para ellos, lo que sugiere una demanda de información disponible sobre los efectos del alcohol.[1]

El consumo de drogas ilegales la actitud de los jóvenes ante las drogas varía fundamentalmente según la edad, el sexo y el ámbito de residencia. Conviene destacar el alto porcentaje de jóvenes españoles que declara que no probaría las drogas, los grupos sociales frecuentemente son discriminatorios en razón de los jóvenes que no han probado una droga, Entre las drogas más comunes, la que con mayor frecuencia no probarían es la heroína el 81% no la probaría, seguida por la cocaína 72% y el éxtasis 72%, mientras el hachís es la que obtiene una proporción menor de jóvenes que no la probarían 57%. Llama la atención que la actitud frente al consumo de éxtasis, una droga que declaran muy accesible, sea más parecida a la cocaína que al hachís.[1]

En Estado Unidos los adolescentes que inicia el consumo de alcohol tienen mayores probabilidades de desarrollar un problema de alcoholismo de adulto. Asimismo, el uso de drogas ilícitas muestra un aumento de la prevalencia entre adolescentes. En Estados Unidos, la incidencia de alcohol ha aumentado sostenidamente durante los años 90 de 3,3 millones de nuevos usuarios en 1990 a 5,6 millones en el 2000, siendo este incremento casi el doble en los menores de 18 años de 2,2 millones en 1990 a 4,1 millones en el 2000. En el año 2001, 67% de los nuevos usuarios de marihuana eran menores de 18 años; esta proporción se ha incrementado desde los años 60, cuando menos de la mitad de los nuevos usuarios era menor de 18 años. El uso de cocaína se ha incrementado sostenidamente en los años 90, alcanzando 1,2 millones en el año 2001. Asimismo, los nuevos usuarios de inhalantes han aumentado de 627 000 en 1994 a 1,2 millones en el 2000, siendo éstos predominantemente menores de 18 años 71% en el 2001[2]. Este consumo tiene como problemas asociados conductas violentas y conductas sexuales de riesgo, entre otros.

En México Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en México reportan que 55.6% de la población mayor de 18 años, ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, así mismo, se observan incrementos dramáticos en el índice de consumo de alcohol en adolescentes, en 2002 se reportó que 27% de adolescentes varones lo consumían y para el 2011 un 35%; respecto a las mujeres las cifras fueron de 18% a 25% respectivamente. Otro dato que llama la atención es que entre los adolescentes varones aumentó el consumo de 5 a más copas por ocasión de consumo, de 6.3% en 2011 a 7.8% en el 2011. Y es notable un incremento del 2% de adolescentes que reportaron haber manifestado, en el último año, al menos tres de los síntomas de dependencia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El Sistema de Registro de la Ciudad de México (SRID) refleja un incremento en el número de usuarios de drogas que prefieren ahora consumir cocaína, quienes aumentaron de 4% de los casos en 2006, a 67% en 1999.5 La proporción de casos atendidos en centros de

integración juvenil, para jóvenes que utilizan esta droga, aumentó 3.8 veces de 1990 a 2006, pasando de 12 a 46% de los pacientes atendidos. El sistema de vigilancia epidemiológica de adicciones (Sisvea), reporta también un incremento en el número de usuarios de esta sustancia ilícita sin haber utilizado otra antes, o sin haber inhalado algún disolvente volátil; en 2011, 6% de las personas que los habían usado, se había iniciado con ellos, proporción que sube a 16% en 2008.

En Alcohol De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, los jóvenes entre 12 y 17 años presentan mayores prevalencias en los niveles considerados como “bebedores altos” y con “abuso/dependencia” por cada 100 jóvenes en el mismo grupo de edad. El Distrito Federal y Zacatecas son los estados con mayor prevalencia de consumidores diarios 0.6%; por su parte la mayor prevalencia en bebedores altos se presenta en el Distrito Federal 16%, 14 estados se encuentran por arriba de la prevalencia nacional que es de 9; San Luis Potosí, tiene la mayor prevalencia de bebedores consuetudinarios y de abuso/dependencia 4.5 y 6.9%, respectivamente; hay nueve estados que presentan prevalencias superiores a 2.9 que es la nacional de jóvenes con abuso/dependencia al alcohol.

Por el contrario, Campeche, Michoacán, Nayarit y Querétaro son los estados con menor prevalencia de consumo diario 0.1%; Chiapas para los bebedores altos y consuetudinarios 2.5 y 0.2, respectivamente%; y Baja California para la prevalencia de abuso/dependencia 0.5%.Finalmente, a nivel nacional 2.9 % de los jóvenes entre 12 y 17 años tienen problemas de abuso/dependencia al alcohol, siendo mayor en los hombres al presentar un porcentaje de 3.6 contra 2.1 % en las mujeres.

En Tabaco el consumo de tabaco, más que constituir un problema en sí mismo, se encuentra asociado a diversas enfermedades crónico degenerativas que tienen un costo elevado tanto para los servicios de salud como para el paciente y sus familiares. Un factor importante es la edad de inicio de consumo diario, situación que ayuda a analizar el nivel de dependencia que se puede crear, así como el posible consumo de otras drogas más duras. San Luis Potosí y Jalisco son las entidades donde en promedio se inicia más temprano el consumo de cigarrillos 16.2 años de edad, mientras que en Chiapas, la edad de inicio es de 19.3 años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, 8.8 % de los jóvenes de 12 a 17 años son actualmente fumadores; 85.1 %, nunca ha consumido tabaco y 6.1 % dejó de fumar.

En drogadicción es otro fenómeno que actualmente afecta a la población juvenil es el consumo de drogas ilícitas. Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, señalan que los inhalables 63.3 %, la mariguana 55.7 % y los sedantes 50.9 % son las principales drogas de consumo en los jóvenes de 12 a 17 años; la población de 18 a 25 años consume otras drogas 54.1 %, alucinógenos 53.1 % y cocaína 48.5%. A nivel nacional, la incidencia acumulada de consumo de mariguana es 3.8, de cocaína 2.2 y de drogas estimulantes tipo anfetamínico 0.6% por cada 100 personas en este grupo de edad. En este sentido, Hidalgo 10.3%, Tamaulipas 7.5% y Baja California Sur 7.3% son los estados con la incidencia acumulada más alta en el uso de la mariguana, mientras que la incidencia menor se presenta en Chiapas 0.4%, San Luis Potosí 1.3% y Colima 1.4%. Asimismo, 14 entidades se encuentran por arriba de la incidencia nacional, lo que representa 43.8%.

LAS TIC EN LA PREVENCIÓN

El papel de las nuevas tecnologías en todos los ámbitos de la sociedad actual es incuestionable. Por supuesto, tampoco escapa a dicha influencia el problema de las adicciones y el abuso de drogas. Desde páginas divulgativas a páginas personales o blogs de más que discutible influencia especialmente en adolescentes y jóvenes, la investigación es para utilizar esas tecnologías, aunque no sólo, para que sean utilizadas como recurso para la promoción y prevención de una vida saludable en los Universitarios dentro del factor de adicciones.

El desarrollo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) ha supuesto nuevas posibilidades en el este campo. Internet, aprovechando la amplia y creciente infraestructura informática y de telecomunicaciones de nuestro planeta, se ha ido extendiendo rápidamente por todo el mundo, tanto en extensión geográfica como entre los distintos estratos económicos y sociales. En el ámbito personal y doméstico, poco a poco vamos descubriendo sus enormes posibilidades, especialmente como medio de relación, información, ocio y también formación. Este sentido, es importante tener presente que, dentro de la cultura juvenil y de su “modus vivendi”, el acceso y el manejo de las tecnologías de la información con su máximo exponente en internet se produce de una forma natural, ya que está dentro de su esfera vital, sin grandes esfuerzos para asimilarla.

En este contexto, las TIC suponen una nueva herramienta en la intervención en drogas y adicciones, ya que facilitan la difusión de información sobre drogas, consumos, adicciones, riesgos, medidas de protección, programas de prevención, asistencia y reinserción, actuaciones de las administraciones públicas y de las entidades social, a los distintos colectivos que conforman la estructura social incluidos adolescentes y jóvenes, en su propio contexto vital.

De ahí el hecho de realizar una investigación relacionada directamente con los medios que utilizan de los Universitarios y tener un mejor alcance y una mayor difusión en parte de tener una información de pares por la comunicación que se lleva a cabo en los campos e institutos de la universidad Ahora bien, este alcance ilimitado a la información tiene también su parte oscura: la manipulación que de la misma pueda hacerse con base a la consecución de intereses y que los contenidos que se difunden supongan más desinformación que información, lo que puede crear un estado de confusión en los receptores. Ambos riesgos se contrarrestan cuando la información cuenta con unos orígenes claros y precisos y unos filtros adecuados para su correcta implementación.

Por tanto, las TIC son un recurso más a utilizar para la sensibilización de los ciudadanos, para el fomento de la toma de conciencia de los mismos respecto al fenómeno drogas, para determinados objetivos de la prevención del consumo indebido y para acciones de orientación y asesoramiento.

Para llevar a cabo se deben tenerse en cuenta varios aspectos: la atención debe ser especializada, los contenidos deben ajustarse a la sustantividad de los datos, es precisa una continua actualización de contenidos, se debe contar con un diseño que permita que la información esté disponible de forma fluida y se debe combinar el enfoque global con la flexibilidad adecuada que precisan las particularidades de cada persona ,para que las estrategias y herramientas de abordaje permitan la respuesta individualizada[6].

Las TIC en la intervención en drogas y adicciones tiene limitaciones. Los intercambios de opinión a través de los blogs, foros y redes sociales de todo tipo pueden resultar, como mínimo, útiles para el conocimiento de las imágenes sociales sobre drogas y adicciones, para introducir elementos correctores y para fomentar la comunicación sobre temas concretos de este ámbito, pero no pueden sustituir al factor de protección que representa la relación personal cara a cara en el ser humano, animal social por excelencia de hay que la video conferencia se tiene que llevar a cabo de forma sincrónica para que el Universitario se sienta parte de la comunicación y al finalizar se encuentre con resolución de su problemática por medio del profesional de la salud.

Por último, no podemos perder de vista que cuando los Universitarios se encuentran en una situación que implica sufrimiento, ansiedad o angustia, precisan del contacto humano como soporte para encontrar salidas que las estabilicen y para ir resolviendo los problemas y las dificultades que han generado dicha situación. Igualmente, cuando se hace necesario modificar actitudes y comportamientos o adquirir nuevas competencias para enfrentar la vida es imprescindible la interacción presencial; por ello en la orientación, el asesoramiento y determinados aspectos de la prevención, la relación on-line puede contribuir a la consecución de objetivos pero no puede sustituir de manera absoluta a la relación directa con el profesional. En el tratamiento a los consumidores y adictos y en la asistencia a las familias la relación directa hoy por hoy es imprescindible.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Aulas Virtuales como nueva herramienta para las adicciones se abren nuevas puertas hacia el futuro. Una de ellas es la adquisición de información de tipo educativo, permitiendo la combinación de imágenes, videos, sonidos, logrando así una captación sobre temas más completa y compresible para el usuario, a diferencia de sistemas anteriores que solo poseían la capacidad de presentar la información por medio del texto, y unos pocos con la capacidad de presentar imágenes fijas.

Teniendo en cuenta que la computadora se ha convertido en un factor importante en nuestras vidas, es indispensable ir creciendo junto con ellas, desarrollando nuevas aplicaciones que gracias a la tecnología, permita a todos los usuarios desenvolverse fácilmente dentro de sus labores.

A nivel educativo, hay que crear aplicaciones que ayuden a los estudiantes a comprender este fascinante mundo de la computación y así poderse enfrentarse al reto de conocer la tecnología que tiene que utilizarse para poder obtener una educación a distancia, y a la vez obtener más beneficios estos beneficios se verán reflejados desde la parte de prevención a la salud ya que los Aniversarios están mayor mente receptivos a estos conceptos por tal motivo es que se deberá de tomar dentro del aula el uso y abuso de sustancias adictivas para promover una vida saludable.

El uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco, drogas, constituyen en la actualidad un fenómeno complejo, que tiene consecuencias en la salud de los Universitarios y su entorno, además de representar un problema sanitario en el ámbito Universitario. Sus raíces involucran factores determinantes y condicionantes culturales.

Los jóvenes son particularmente vulnerables a sufrir daños en su desarrollo e integridad cuando consumen drogas alcohol y tabaco. La adicción a estas sustancias generalmente

comienza con el uso experimental y recreativo en edades tempranas. Por ello, es sumamente importante elaborar programas que vinculen un enfoque preventivo en torno a la prevención del uso y abuso de drogas, alcohol y tabaquismo que se traduzcan en programas y proyectos que incluyan los ámbitos escolares y de tecnología.

Objetivo general

Describir los niveles de adicción que poseen los alumnos de 1° semestre de la UAEH

Objetivo Especifico

Identificar los niveles de consumo y el riesgo de vulnerabilidad que el alumno presenta.

Generar estrategias para la atención de grupos de riesgo

METODOLOGÍA

Diseño del estudio.

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo de carácter retrospectivo.

Ubicación espacio-temporal.

La investigación fue realizada en las instalaciones de 5 institutos de la UAEH, por la conectividad por internet escuelas superiores de Huejutla, instituto de ciencias sociales y Humanidades (ICSHu), de instituto de artes IDA, de la escuela de Medicina, escuela superior de Tlahuelilpan

Población de estudio. Se invitaron a 265 Alumnos de primer semestre de licenciatura de ambos sexos que acudieron a la sesión llevada a cabo en septiembre de 2014.

Criterios de inclusión: Se incluyó a todos los participantes que aceptaron contestar el cuestionario Posit al término de la sesión enfoque tridimensional de las adicciones llevadas en forma virtual a los 5 Institutos.

Criterios de exclusión: Los alumnos que no entregaron el consentimiento informado

Criterios de eliminación. Alumnos de menores de 14 años.

Universo de trabajo. Base de datos de alumnos con

Diseño maestral
Se utilizó el diseño muestral no probabilístico, por inclusión continua de casos consecutivos.

Obtención de información.

Mediante bibliografía se identificó las variables consideradas de riesgo y podían ser extraídas de la base de datos. Se estructuró una base de datos en Excel y el análisis estadístico se realizó en SPSS-17

Hipótesis generadas

- Se identificó en los participantes Identificar los rasgos específicos en el área de relaciones de Amigos que intervienen para un contacto con agentes adictivos

- El uso/abuso de sustancias se podrá reafirmara con base a diferentes medios de medición y tendrá una ración con las a las áreas de relaciones familiares y relaciones de amigos.

- **Variables:**

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Unidad de medida	Escala	Valor
Edad cumplida en años	Cuantitativa	individual	Fecha de nacimiento	discreta	Número de años cumplidos
Genero	Cuantitativa	Individual	Hombre Mujer	Discreta	Hombre Mujer
Área académica	Cuantitativa	Educativa	Licenciatura	Categórica	
Uso-abuso de sustancias	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso
Salud Mental	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso
Relaciones familiares	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso
Relaciones con amigos	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso
Interés laboral	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso

Nivel Educativo	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso
Conducta Agresiva/Delictiva	Cuantitativa	Estadística/ preventivo	Con abuso Sin abuso	Categórica	Con abuso Sin abuso

Resultados

Se analizó en base de datos de Encuesta POSIT aplicada a un total de 254 alumnos de los cuales la media de la edad fue de 18.46 años cumplidos con una desviación estándar de 1.96 en relación al género se observó que el 43.7% corresponde a Hombres y el 56.3% a Mujeres; de los participantes por área académica se entregó la siguiente 23.7% ICSHu la escuela superior de Huejutla aporto 66.5% el instituto de artes el 9.4% la escuela superior de Tlahuelilpan el 0.4%.

En relación a las áreas calificadas por el POSIT Uso/ abuso de sustanciada predomino el 53.9%, de alumnos con riesgo en el apartado de salud mental los resultados fueron el 69.3%, se evaluaron Con riesgo en el apartado de relaciones familiares el 91.7%, de los alumnos presenta Riesgo en el apartado de evaluación con los amigos el 90.6%, de los observados presento riesgo en referente en el interés laboral el 67.7%, calificaron sin Riesgo en lo referente al nivel educativo el 79.9%, califico Sin riesgo lo que denota un factor protector en el apartado de conducta agresiva delictiva se observó que el 92.9%, califico sin riesgo cabe hacer la mención que en este aparatado 18 alumnos que corresponden al 7.1%, se encuentran en riesgo alumno que requiere referencia al Centro de Atención Integral de Adicciones (CEAIA).

En la información recabada se observa que los alumnos son vulnerables en área de relación de amigos esto provoca que aumente el uso de sustancias adictivas y nocivas para la salud, en referencia al área de relaciones familiares es indicador de una toma de decisiones que lo hace susceptible a ser influenciado por aspectos sociales ,originando conducta agresiva, delictiva; en esta área se encuentra una fortaleza ya los factores de reglamentación en aspectos de Moralidad se encuentran con un alto porcentaje siendo esto una evidencia de un patrón conductual adecuado en el área de nivel educativo el propósitos determinantes para la conclusión de metas y alcanzar objetivos dando un preámbulo de una disposición en el aprendizaje esto podría generar cambios positivos para el cuidado de la salud.

Los amigos refuerzan positivamente el consumo, el individuo podrá tener más probabilidades de consumir, quizás sin necesidad de ningún otro proceso intermedio. En otros casos, sin embargo, la influencia puede ser indirecta: un clima familiar deteriorado puede no incidir directamente sobre la actividad desviada. Quizás unas relaciones familiares negativas den lugar a que el adolescente pase más tiempo fuera de casa y tenga una mayor probabilidad de contacto con amigos problemáticos; éste sería el factor con efecto próximo o directo sobre la conducta desviada. La UAEH para ser parte de modificaciones de conducta y de una mejor viabilidad dentro de los campus y de las relaciones intrapersonales y de su mejor toma de decisiones.

Tablas estadísticas

Genero				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	H	111	43.7	43.7
	M	143	56.3	100.0
	Total	254	100.0	

Área académica				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	ICSHU	60	23.6	23.6
	IDA	24	9.4	33.1
	Escuela Superior Huejutla	169	66.5	99.6
	Escuela Superior Tlahuelilpan	1	.4	100.0
	Total	254	100.0	

Uso-abuso de sustancias				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	137	53.9	53.9
	Sin riesgo	117	46.1	100.0
	Total	254	100.0	

Salud Mental				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	78	30.7	30.7

	Sin riesgo	176	69.3	100.0
	Total	254	100.0	

Relaciones familiares				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	233	91.7	91.7
	Sin riesgo	21	8.3	100.0
	Total	254	100.0	

Relaciones con amigos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	230	90.6	90.6
	Sin riesgo	24	9.4	100.0
	Total	254	100.0	

Interés laboral				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	82	32.3	32.3
	Sin riesgo	172	67.7	100.0
	Total	254	100.0	

Nivel Educativo				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	51	20.1	20.1

	Sin riesgo	203	79.9	100.0
	Total	254	100.0	

Conducta Agresiva/Delictiva				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	18	7.1	7.1
	Sin riesgo	236	92.9	100.0
	Total	254	100.0	

Conclusiones

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejora. La Prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y obtener cambios de conductas en las personas, anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo, así como, reconocer los ambientes peligrosos.

Las dificultades familiares, relación social conflictiva, el entorno social, la influencia de amistades negativas, y por su puesto la difícil etapa de la adolescencia y adultez temprana con sus cambios de crisis, problemas emocionales y situaciones de vida diaria es una realidad que día a día se enfrentan los universitarios dentro de los entornos familiares sociales y educativos es de suma importancia que la UAEH fomente entornos de vida saludable teniendo una difusión integral y especializada

En este contexto, la UAEH adquiere un rol el cual se debe considerar como principal y significativo para la puesta en marcha de las acciones preventivas como lo son las aulas virtuales que son un vínculo más estrecho con los jóvenes Universitarios y les abre la posibilidad de tener una comunicación más abierta por un experto que pueda clarificar dudas o cuestionamientos se constató que la mayoría tienden a recibir la información siendo estos receptivos y desarrollando la colaboración de realización de encuestas en línea esto pretende tener una extensibilidad constante tratando de erradicar los factores socioculturales existiendo en nuestra cultura un modelo de consumo que promueve llevar a prueba y consumo de sustancias adictivas.

Finalmente en esencia, un factor de riesgo es una característica personal, familiar, grupal, social cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno en lo que ahora nos ocupa, el consumo de drogas o la conducta antisocial en nuestro análisis un factor de riesgo vendría a ser una característica que permite predecir el desarrollo de la conducta problema una variable que en alguna medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamientos.

Cuando se introduce el concepto de factor de riesgo suelen realizarse una serie de aclaraciones. En primer lugar, se dice que el concepto de factor de riesgo es probabilístico, no determinista. El que un individuo muestre factores de riesgo no implica que necesariamente vaya a desarrollar conductas problemáticas; significa únicamente que, si lo comparamos con un individuo sin esos factores, tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en esas conductas. En relación con esta idea, es necesario matizar que los factores de riesgo no llegan a tener el estatus de causas.

Referencias

1) López ML, Nájera P, López C, Secall L, Valle MO, Cueto A. Adolescentes en riesgo: una encuesta de salud entre estudiantes de COU. Gac Sanit 1992;6:157-63
2) Castro ME, Rojas E, García G, De la Serna J. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental 1986; 9:80-85.
3) 2. De la Serna J, Rojas E, Estrada MA, Medina-Mora ME. Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. Memorias de la IV Reunión de Investigación. México, D.F.: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991:183-187
4) Encuesta Nacional de Adicciones. México 2011. [serie en línea] Ultima Modificación Lunes 28 de Octubre de 2012. por Alberto Mendoza Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html
5) Instituto Nacional de estadistica y geografia (INEGI) Mexico 2010 [Serie en liunea] Ultima modificacion 14 de julio del 2014 Disponible en: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/juventud10.asp?c=2766&ep=41
6) Revista de las asociación Epsilon: 2014 Interrogantes Powered by WordPress |BranfordMagazine theme by Michael Oeser.Based on Mimbo and Revolution Iniciar sesión | 15 queries. 3.685 seconds. http://www.drogasinformate.org/interrogantes/2009/09/06/el-uso-de-las-nuevas-tecnologias-en-la-intervencion-en-drogodependencias/
7) Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas : Dra. Kalina Isela Martínez Martínez. Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Aguascalientes.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006

AVANCES DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL "INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL": CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN JÓVENES

Investigadoras: Conde Ferráez Laura, González Losa María del Refugio.
Estudiantes: Carrillo Yam Cristina, Mézquita Brito María Guadalupe.

Afiliación: Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi". Universidad Autónoma de Yucatán. Edificio Inalámbrica. Tel 99245910 ext. 1213. laura.conde@correo.uady.mx

Resumen:
En el Centro de Investigaciones Regionales tenemos el proyecto de servicio social titulado *"Investigación y promoción de la salud sexual"* el cual resulta un escenario real de aprendizaje en el contexto de la responsabilidad social universitaria. Como parte de este proyecto, se aplican encuestas y se imparten pláticas de promoción de la salud sexual y anticoncepción.
El objetivo de este trabajo es conocer las características de las prácticas sexuales, anticonceptivas y el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual en jóvenes que participan en las pláticas de promoción de salud sexual asociadas al proyecto.
Previamente a la impartición de las pláticas, se aplicó un instrumento en aula, de forma personal y anónima. Los resultados fueron capturados en una base de datos en el programa SPSS. Se obtuvieron 250 encuestas, los participantes fueron de 16-25 años de edad, de entre segundo de preparatoria y primer año de carrera, 103 hombres y 143 mujeres. La edad de inicio de vida sexual fue 12-20 años. Los métodos de protección contra ITS fue la pregunta que más aciertos tuvo. El 99% habían escuchado hablar al menos de una ITS. El método más utilizado para evitar embarazos es el condón masculino (43%), el 44% practica el sexo oral y el 18% el anal. Tuvimos 87 jóvenes respuestas de que han mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de alguna sustancia, bajo presión y/o violencia.
En conclusión, los jóvenes reconocen al condón como el principal método para evitar las ITS pero desconocen muchos de los factores riesgo. Este tipo de estudios son fundamentales para poder proponer y mejorar las estrategias de prevención y de control.

Palabras clave: conocimientos, salud sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual

Abstract
In Centro de Investigaciones Regionales we have a social service project entitled "Sexual health promotion and research" which is a real scenario of learning, within the context of our University's social responsibility. As part of this project, we apply instruments and give talks on sexual promotion and anticonception.
The objective of this work is to investigate the characteristics of sexual and contraceptives practice and the level of knowledge on the risk factors for sexually transmitted infections (STIs), in young participants of the health promotion talks associated to the project.
Previous to the talks, a personal and anonymous instrument was applied in the classroom. The results were captured in a database in SPSS software. We obtained 250 instruments, participants were between 16-25 years of age, high school and college students; 103 men and 143 women. The sexual debut was from 12-20 years of age. The question about protection against STIs was the most correctly answered. 99% have heard about at least one STI. The most commonly used contraceptive method was the male condom (43%); 44% has oral sexual practices and 18% anal intercourse. We recorded 87 answers of ever having sex under the effect of substances, under pressure and/or violence.
In conclusion, the youth recognize the condom as the main protective method against STIs, but have limited knowledge on many of the risk factors. This kind of studies are important to propose strategies to improve prevention and control of STIs.
Key words: knowledge, sexual health, contraception, sexually transmitted infections

INTRODUCCION

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, que afectan principalmente a personas en edad reproductiva, siendo más susceptibles los jóvenes entre 15 y 24 años. Muchas personas tienen ITS sin presentar síntomas, por lo que cualquier persona sexualmente activa puede transmitirlas incluso sin saberlo (OMS 2013).

En el laboratorio de virología del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán, realizamos una investigación abordando la temática de los agentes infecciosos bajo el proyecto de servicio social titulado *"Investigación y promoción de la salud sexual"* en el que se integran prestadores de diferentes perfiles profesionales. El prestador de servicio social es necesario para apoyar al personal de nuestro laboratorio en la obtención, procesamiento y análisis de las muestras clínicas, y en la captura y análisis de los datos obtenidos. Además estamos interesados en difundir la información a través de pláticas y talleres dirigidos principalmente a población estudiantil, con la finalidad de contribuir a la educación para la prevención.

En el presente trabajo se reportan los resultados que se obtuvieron al aplicar un instrumento con el fin de conocer las características de las prácticas sexuales y anticonceptivas, el conocimiento de las ITS y los factores de riesgo en jóvenes estudiantes, como parte de dicho proyecto.

OBJETIVO

Conocer las características de las prácticas sexuales, anticonceptivas y el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes de 16 a 25 años de población escolarizada.

METODOS

Previamente a la impartición de las pláticas de promoción de la salud, se aplicó un instrumento en aula, de forma personal y anónima, de 18 reactivos (preguntas abiertas y de selección múltiple), en donde los datos generales fueron la edad, sexo, fecha; conocimientos acerca de las ITS, sus factores de riesgo, sus consecuencias y métodos de protección, para las ITS, y VPH en particular. Se calificó +1 cada respuesta correcta y -1 cada una incorrecta. La opción "otros" se incluyó en todas las preguntas pero no fue contabilizada en la calificación de conocimientos.

Los resultados fueron capturados en una base de datos en el programa SPSS para su análisis. Posteriormente a la aplicación del instrumento, se impartió una plática de promoción de la salud en cada plantel, abordando principalmente los temas identificados como necesarios para la población.

RESULTADOS

Los participantes fueron entre los 16 y 25 años. A la fecha, se han llevado a cabo 4 sesiones de promoción de la salud, de las cuales se presentan en este reporte los resultados de 3 de ellas, correspondiendo al análisis de 250 instrumentos.

De las encuestas realizadas, 103 pertenecían a hombres con la media de edad de 18 años y 143 a mujeres con una media de edad de 20 años. La media total de las encuestas realizadas fue de 19 años de edad.

Vida Sexual

En cuanto a la pregunta *¿Qué es para ti una relación sexual?* Observamos que los estudiantes más jóvenes la describían desde un punto de vista más afectivo, mientras que los mayores describieron elementos anatómico-biológicos.

Del total de las encuestas; 123 jóvenes tenían vida sexual activa, 76 hombres y 44 mujeres. La media de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años para los hombres y 17 años para las mujeres, la moda y media total fue de 17 años para ambos sexos, con un rango de entre 12- 20 años en su primera relación sexual.
En cuanto al número de parejas sexuales, la media total fue de 3, la moda fue de 1 y el con un rango de entre 1-25 parejas. La media de parejas por sexo fue 4 para los hombres y 2 para las mujeres.

Métodos y prácticas para evitar el embarazo
Esta sección la respondieron solo 122 jóvenes de entre los que han iniciado vida sexual. La frecuencia de métodos por sexo se presenta en la figura 1.

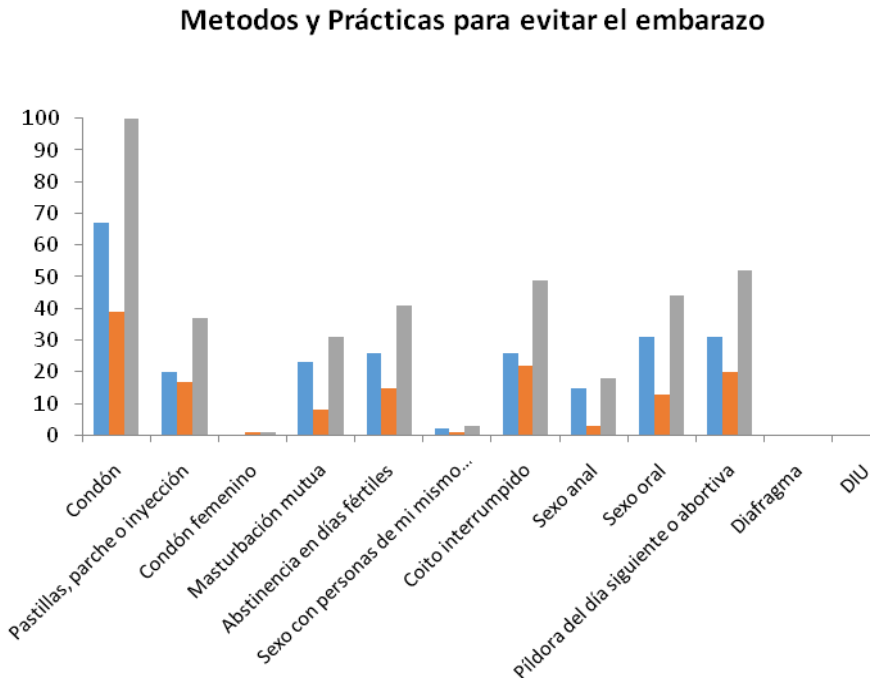


Figura 1. Frecuencia de métodos y prácticas para evitar el embarazo por sexo. Naranja: mujeres; azul hombres; gris total.

En lo que respecta a las circunstancias de riesgo en las que se mantienen las relaciones sexuales encontramos 87 respuestas de relaciones sexuales bajo el efecto de alguna sustancia, bajo presión y violencia. Los hombres fueron los más susceptibles a la presión de los amigos y de la pareja y presentaron la mayor frecuencia de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y otras sustancias.

Cuadro 2. Consumo de sustancias y presencia de violencia durante las relaciones sexuales, por sexo.

	Hombres	Mujeres	Sin dato	TOTAL
Alcohol	41	10	2	53
Drogas	4	1	0	5
Presión de amigos	1	4	0	5
Presión de la pareja	15	3	0	18

Violencia física	3	2	0	5
Violencia psicológica	1	0	0	1
TOTAL	65	20	3	87

Conocimientos acerca de las ITS, riesgo y consecuencias

De los 250 jóvenes encuestados, 248 dijeron tener conocimiento de al menos una enfermedad de transmisión sexual. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Conocimiento de las ITS, por sexo.

ITS	Mujeres	Hombres	Sin dato	
VIH	139	102	4	245
Sífilis	126	98	4	228
Herpes tipo 1 y 2	123	93	2	218
VPH	106	81	3	190
Ladillas	96	87	2	185
Hepatitis B	106	77	2	185
Gonoccoco (gonorrea)	95	71	2	168
Clamidia	86	52	2	140
Chancro	44	61	2	107
Candidiasis	21	23	2	46
Molusco contagioso	18	10	0	28
Tricomoniasis	16	10	0	26
Citomegalovirus	5	3	0	8

En cuanto a los conocimientos acerca de las conductas de riesgo para contraer una infección de transmisión sexual (ITS) las respuestas más frecuentemente seleccionadas se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Conocimiento acerca de las conductas de riesgo por sexo.

Conducta de riesgo	**Mujeres**	**Hombres**	**Sin dato**	
Sexo con sexoservidores	130	101	4	**235**
Tener muchas parejas sexuales	137	95	3	**235**
Que tu pareja tenga múltiples parejas	135	92	3	**230**
Tener contacto con la sangre	102	75	3	**180**
Compartir ropa interior	84	62	2	**148**
Realizar sexo anal	83	58	3	**144**
Sexo casual	85	53	1	**139**
Realizar sexo oral	84	50	2	**136**
Usar baños públicos	77	51	3	**131**
Contacto piel con piel en los genitales	53	45	1	**99**
Tener contacto con el semen	62	25	0	**87**
Tocarse los genitales con las manos sucias	45	40	2	**87**
Tener relaciones con personas del mismo sexo	42	37	1	**80**
Usar drogas	21	27	1	**49**
Usar juguetes sexuales	28	17	0	**45**
Tener contacto con la saliva	23	16	1	**40**
Tener contacto con la orina	20	13	1	**34**

Consumo de alcohol	13	11	0	**24**

Con respecto a las respuestas correctas, se tuvo un el máximo puntaje alcanzado de 15 (83%) y el mínimo puntaje alcanzado fue de 2 (11%) con un promedio de calificación para todos los encuestados de 9.32 aciertos (51.94%), y una moda de 9 (50 % de aciertos) (Gráfica 2 línea roja).

En lo que respecta a conocimientos acerca de las consecuencias de las ITS encontramos que los jóvenes, contestaron como consecuencias, de mayor a menor frecuencia: *la Muerte*: 201 (80%), *verrugas*: 197 (78%), *sangrado*: 158 (63%), *flujo vaginal o del pene*: 158 (63%), *dolor en las relaciones sexuales:* 156 (62%), *enfermedad del recién nacido:* 148 (59%), *cáncer cervicouterino*: 142 (56%), *esterilidad:* 136 (54%),*úlceras*: 124 (49%), *cáncer de pene*: 96 (38%), *pérdida del embarazo*: 88 (35%), *impotencia:* 81 (32%), *cáncer de ano*: 74 (29%) y *cáncer de garganta*: 48 (19%.).

En cuanto al conocimiento acerca del virus del papiloma humano (VPH); 215 jóvenes, (87%) de los encuestados, contestaron que “sí” habían oído hablar del virus y 31 (13%) que “No” tenían conocimiento ni habían oído hablar del virus. En relación al sexo fueron las mujeres las que obtuvieron los más altos valores de conocimiento del VPH. El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino fue menor en relación al VPH, 162 (66.4%) de los encuestados dijeron haber escuchado del tema y 56(23%) dijeron no tener conocimiento al respecto. En el análisis de los factores de riesgo para contraer el VPH, 206 de los 250 jóvenes encuestados contestó como los mayores riesgos; el *sexo con sexoservidores*: 188 (75%), *que tu pareja tenga múltiples parejas*: 156 (62.4%), *tener muchas parejas sexuales*: 155 (62%), *sexo casual:* 87 (34.8%), *tener contacto con la sangre:* 79 (31%), *usar baños públicos*: 71 (28.4%), *realizar sexo anal*: 71 (28.4%), *compartir ropa interior*: 69 (27.6%), *contacto piel con piel en los genitales*: 69 (27.6%, *tener contacto con el semen*: 67 (26.8%), *realizar sexo oral:* 66 (26.4%), *tocarse los genitales con las manos sucias*: 49 (19.6%), *inicio de relaciones antes de los 18 años*: 47 (18.8%), *tener relaciones con personas del mismo sexo*: 46 (18.4%), *realizar coito interrumpido:* 39 (15.6%), *tener contacto con la saliva*: 25 (10%), *drogas*: 25 (10%), *tener contacto con la orina*: 22 (8.8%) y *usar juguetes sexuales*: 19 (7.6%).

Protección contra las ITS

En cuanto al análisis sobre las opciones que crees que te pueden proteger de contraer una ITS, se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Respuestas a la pregunta *¿cuál de las siguientes opciones crees que te puede proteger de contraer una ITS*?

	Mujeres	**Hombres**	**TOTAL**
Condón masculino	132	100	236
Tener una sola pareja	106	85	194
Condón femenino	111	65	179
Retrasar el inicio de las relaciones sexuales	43	23	66
Sexo sin penetración	27	32	59
Duchas vaginales	28	16	45
Anticonceptivos	20	21	41
Sexo por vía vaginal	8	15	23
DIU	14	8	22
Espermaticidas	11	5	16
Coito interrumpido	5	8	13
Otros: Abstinencia	5	4	9
Relaciones con personas	2	1	3

de mí mismo sexo

En cuanto a la sesión de promoción de la salud, se realizaron 4 sesiones (solo se presenta el análisis de las 3 primeras) en general con buena participación e interés de los alumnos. Los alumnos más jóvenes (preparatoria) fueron los que más preguntaron y participaron.
Las calificaciones obtenidas en cuanto a conocimientos acerca de los factores de riesgo para contraer una ITS en general y VPH en particular, las consecuencias de una ITS, y las medidas de protección se presentan a manera de gráfica en la figura 2.

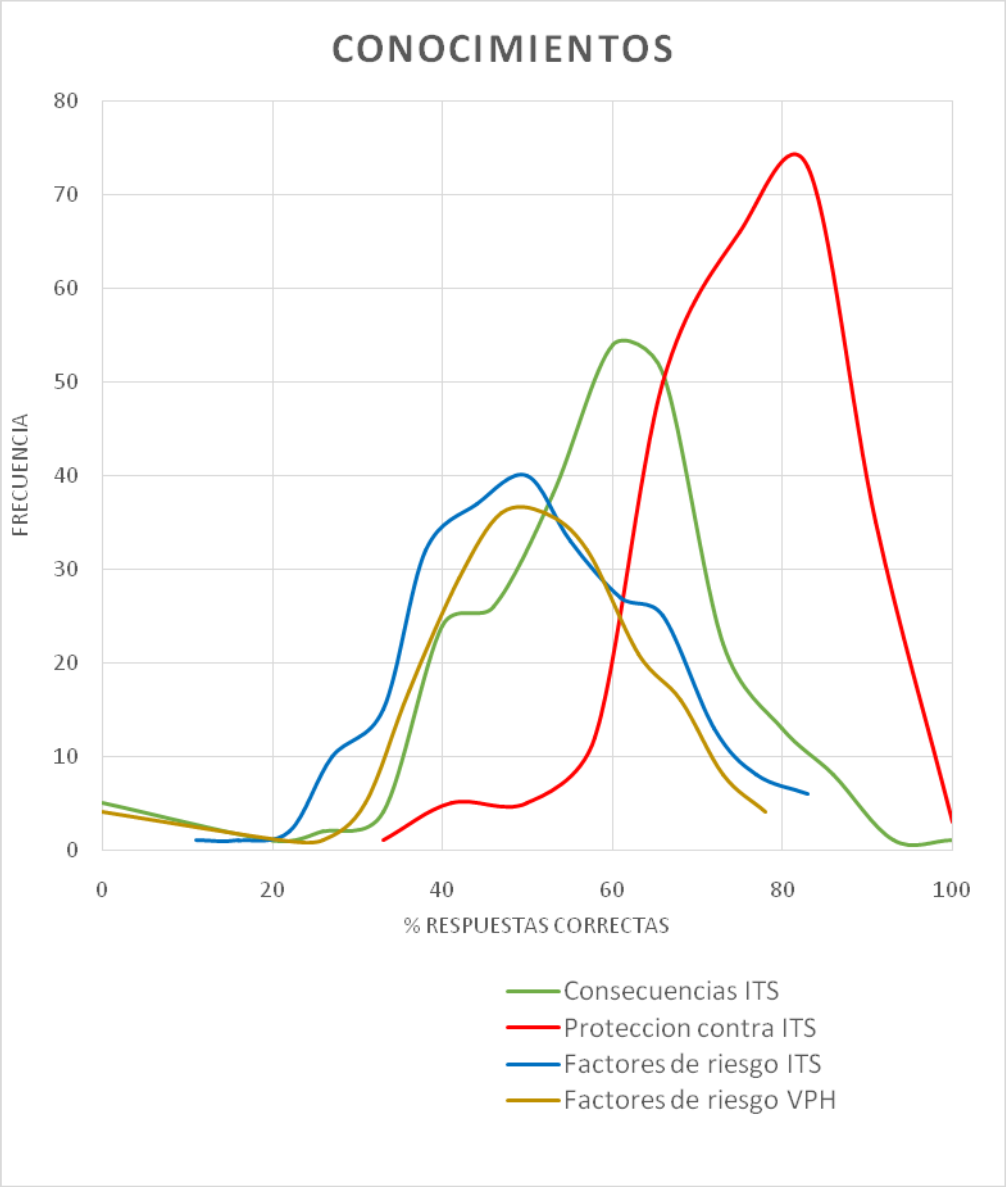


Figura 2. Resultados de los conocimientos, respondiendo a las preguntas acerca de los factores de riesgo para las ITS y VPH en particular, factores protectores y posibles consecuencias de una ITS. Se calificó +1 cada respuesta correcta y -1 cada una incorrecta

DISCUSIÓN

De acuerdo a resultados de la encuesta nacional Emjuve 2010, el conocimiento sobre medios de prevención de ITS en Yucatán es mucho menor que lo reportado a nivel nacional para jóvenes entre los 16 y 29 años. Nuestras observaciones indican que los jóvenes reconocen al condón como el principal método para evitar las ITS pero desconocen muchos de los factores asociados a adquirirlas. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el inicio de vida sexual temprano es un factor de riesgo para las ITS (Gutiérrez et al 2006); en nuestro estudio los hombres en promedio tenían su primera relación a los 16 años y las mujeres a los 17 años. Estos lo podemos comparar con otro estudio realizado en Yucatán sobre el inicio de vida sexual en el sexo femenino que la media del inicio de la vida sexual era de 19 años (Palomo 2001).

Al analizar el número de parejas sexuales encontramos los hombres tienen mayor número de parejas sexuales que las mujeres. El rango total fue de 1-25 parejas sexuales. Esto es comparable con un estudio realizado en por López et al (2001), quienes reportan que la mitad de las mujeres ha tenido sólo un compañero sexual, mientras que la mitad de los hombres ha tenido hasta 4. Es igualmente notoria la frecuencia de consumo de alcohol, lo cual disminuye la probabilidad de uso del preservativo (Arias, 2009).

La mayoría de los encuestados contestó que el contacto con los baños públicos, implica un riesgo para contraer las infecciones de transmisión sexual, lo cual es una creencia equivocada. En cuanto a las opciones que te pueden proteger de contraer una ITS encontramos que nuevamente las mujeres obtuvieron los puntajes más altos de conocimiento con un puntaje máximo alcanzado del 100% y los hombres del 91%, teniendo una media total en ambos sexos del 76.28%.De igual manera al analizar las consecuencias de las ITS solamente se alcanzó en promedio el 50% del conocimiento por parte de los jóvenes. El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino fue menor en relación al VPH. La mayoría de los jóvenes que contestaron tener conocimiento acerca del virus y del cáncer cervicouterino, dijeron haberlo escuchado en su mayoría en los medios de comunicación, en las escuelas y en conferencias o platicas que se les había impartido, lo que confirma lo que se ha reportado que los medios de comunicación tienen gran influencia en los jóvenes (López, 2001).

Consideramos que los estudios acerca de los factores de riesgo relacionados con las ITS son fundamentales, para poder proponer y mejorar las estrategias de prevención y de control. El papel de nuestra Universidad y la participación de los mismos jóvenes en la promoción de la salud y en la generación de conocimientos, es de gran relevancia social.

REFERENCIAS

- Arias AC (2009). Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. *Med UNAB, Revisión sistemática*, 86-90.
- Gobierno Federal. Encuesta nacional de Juventud (EMJUVE), 2010. Resultados de Yucatán.
- Gutiérrez JP, Bertozzi SM, Conde-Glez CJ, Sanchez-Aleman MA (2006). Risk behaviors of 15–21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health* 6:49.
- López N, Vera LM, Orozco LC (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Medica,* 32 (1), 32-40.
- OMS.2013. Infecciones de transmisión sexual. Consultado el 7 de agosto de 2014 en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/

- Palomo P. (2001). Cáncer cervicouterino: Papanicolaou y factores de riesgo ¿información o desinformación? *Tesis para obtener el grado de médico cirujano*. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán.

CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS APARENTEMENTE SANOS

[1]Claudia García Terán. Lic. Nutrición
Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina UAQ.
[2]Rubén Salvador Romero Márquez (M. Esp., MSP).
Coordinador del programa SU SALUD UAQ y Docente Investigador de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales de la UAQ.
[3]Hilda Romero Zepeda. (M. en C., Ph.D).
Docente Investigadora Facultad de Ingeniería UAQ
[4]Teresa García Gasca (M en C, Dra. C en S)
Directora y Docente-Investigadora. Facultad de Ciencias Naturales UAQ.
[5]Nicolas Camacho Calderón. (M en C Dr. en C.S)
Facultad de Medicina UAQ

RESUMEN

Diseño: se efectúo un estudio observacional, descriptivo, transversal de asociación simple cuyo objetivo fue determinar el índice de la Calidad de vida y los factores de riesgo asociados en jóvenes universitarios aparentemente sanos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro. En una muestra de estudiantes, que ingresaron a cuatro Facultades, utilizando datos obtenidos a través del cuestionario WHOQOL 100 de la OMS. Metodología: La encuesta se aplicó de forma autoadministrada a través de la página WEB de la Universidad, en el periodo de mayo a Noviembre del 2012. Se entrevistaron a 579 estudiantes de los cuales 54.9% correspondió al sexo femenino y el 45.1% al masculino. Por Facultad de procedencia Ciencias naturales (44.2%), Informática (12.4%), Ingeniería (15.2%) y Medicina (12.4%). En cuanto a su estado civil el 99.1% señalo ser soltero. Con respecto al Índice de Calidad de Vida en forma global fue del 61.0%, siendo los resultados por dominio Salud general 80.4%, Independencia 75.2%, Salud Psicológica 72.8%, Relaciones sociales 68.9%, Ambiente 66.9%, Salud física 64.4% y Espiritualidad con un 60% Las facetas más afectadas fueron las relacionadas con la transportación, los recursos económicos, creencias personales y religiosas, las relaciones personales y el aprendizaje. Con respecto a la búsqueda de asociación causal de estilos de vida inadecuados y mala calidad de vida no fue identificada dicha asociación. Conclusiones: se demuestra la utilidad y facilidad de aplicación del cuestionario WHOQOL 100 de la OMS para evaluar la calidad de vida en un grupo poblacional, se corrobora el deterioro de la calidad de vida global, por dominios y facetas con énfasis a los aspectos del entorno familiar y social, así como de aspectos económicos y de aprendizaje que deberán ser tomados en cuenta para fortalecer a través de técnicas educativas el propiciar el desarrollo de habilidades de tipo cognoscitivo y las orientadas a propiciar la participación y la interacción individual y grupal. En este sentido, es necesaria que las estrategias orientadas a fortalecer el desarrollo personal y profesional de los estudiantes sean concebidas para alcanzar objetivos de grupo y que otorguen alternativas viables y factibles.

ABSTRACT

Study Design: An observational, descriptive, and cross-sectional study of simple association was carried out. It took place in order to determine the index of Quality of life and the associated risks factors on apparently healthy university young people at the Universidad Autónoma de Querétaro. The participation of a sample of students from four institutional departments was obtained using the WHOQOL-100 (WHO) questionnaire. **Methodology:** The questionnaire was self-applied to the participants throughout the University's WEB page, in the period of May to November of the 2012. **Results:** There were enquired a total of 579 participant students, 54.9% women and 45.1% men. According to the department of precedence, they were distributed as it follows: 44.2% Natural Sciences; 12.4% Computer Science, 15.2% Engineering and 12.4% to the Medical School department. The 99.1% were single. With respect to the quality of life and its domains, the global index was 61.0%, being the results by quality of life domain: general health 80.4%, independence 75.2%, psychological health 72.8%, social relations 68.9%, environment 66.9%, physical health 64.4% and 60% for the spiritual domain. The most affected facets within the quality of life domains were those related to the student's financial support; transportation; general resources; religion and spirituality; the personal and social relations, and about their learning matters. With respect to the causal association between the inadequate styles of life and the bad quality of life, it was not identified. **Conclusions:** It was demonstrated the utility and facility of application of questionnaire WHOQOL-100 of the WHO to evaluate the quality of life in a population group, it was confirmed the deteriorated global quality of life because of its domains and facets, with emphasis to those aspects related to the familiar and social surroundings, their financial support and the learning matters, that will have to be taken into account to fortify through educative techniques in order to develop the knowledge acquisition abilities, the individual participation, and the individual and social interaction. It is necessary to use strategies to fortify the personal and professional development of the students that grant viable and feasible alternatives.
Key words: Quality of Life, Health Promoter University, Health promoti

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud es muy complejo y ha sido definido como un proceso dinámico en el que participan diferentes factores, entre ellos el entorno, la biología, el individuo y sus estilos de vida, que confluyen todos para determinar en los diferentes momentos de la vida de una persona como se desarrolla ésta, en qué condiciones y con qué calidad. El concepto de salud involucra el bienestar físico, emocional, económico y social, pero también implica el obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan al individuo y al colectivo permanecer socialmente activos y sentirse bien con lo que hacen (Hidalgo-Rasmussen y col., 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto para el desarrollo adecuado de los jóvenes, el estar precedido de una niñez saludable, haberse desarrollado en un ambiente seguro, con apoyo de la familia, de sus pares (personas de la misma edad) y de las instituciones sociales (la familia, la iglesia, la escuela, etc.), disponer de información oportuna y confiable que le permita el desarrollo de conocimientos, habilidades para generar oportunidades para la educación, empleo, servicios de salud, justicia y bienestar.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo con respecto a la salud física, la percepción con respecto a su salud psicológica y social, y el grado de funcionamiento que tiene para realizar sus actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional. Acosta y colaboradores (2008), sostienen que los cambios en las relaciones sociales, familiares,

laborales e incluso en el aspecto físico están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en este núcleo poblacional que afecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Por otra parte, en el nivel sociodemográfico, algunas variables han logrado explicar mejor la percepción de la calidad de vida, e incluso se ha identificado que tienen implicación importante la edad, el sexo, estado civil, actividad laboral y el nivel educativo; por ello estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental dentro de la atención integral en salud.

Acorde a estas premisas y con base a la estrategia de Universidades promotoras de la salud (Declaración Costa Rica, 2011), la Universidad Autónoma de Querétaro implementó el Sistema Universitario de Atención Integral de la Salud denominado "SU SALUD UAQ", como un programa multidisciplinario, con la participación de las diferentes facultades relacionadas con la salud para integrar equipos interdisciplinarios con la participación de hombres y mujeres profesionales en educación física, fisioterapia, medicina, nutrición, odontología, psicología y química, para realizar un examen clínico integral en salud que permita identificar los principales problemas de salud de aquellos estudiantes de nuevo ingreso de las facultades participantes. Adicionalmente, dicho examen incluye que las y los estudiantes contesten a través de la página virtual de la Universidad Autónoma de Querétaro, el instrumento de calidad de vida de la OMS, WHOQOL-100 (por sus siglas en inglés) aplicación en forma auto-administrada, en la tranquilidad de su domicilio, con el propósito de identificar el nivel de calidad de vida entre los estudiantes de nuevo ingreso.

Los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, vienen despertando un creciente interés en al área de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como

> *"la percepción que cada individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas sus normas y sus inquietudes". (OMS, 1998).*
>
> El WHOQOL-100 de la OMS (1998), es un instrumento de 100 ítems autoadministrable que evalúa seis dominios: (1) salud física (SF); (2) salud psicológica (SPS); (3) el Nivel de independencia (NI); 4) las Relaciones Sociales (RS); 5) el Ambiente (AM); y 6) desarrollo personal y espiritual (DPE). Estos dominios contienen 24 facetas de cuatro ítems cada uno, para un total de 96 ítems y una faceta adicional de cuatro ítems que pertenecen a calidad de vida global y salud general (CVG).

La Universidad Autónoma de Querétaro en la actualidad realiza acciones con el propósito de crear entornos saludables a través de programas específicos para la prevención de las adicciones, exámenes médicos y psicológicos a alumnos de nuevo ingreso, incluido el examen bucodental, programas de activación física, de vacunación, de mejoramiento de la autoestima o manejo del estrés entre otros; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes para crear una cultura de salud en la universidad; creando el programa SU SALUD UAQ que tiene como propósito efectuar un estudio de atención integral a la salud que incluye evaluación médica, nutricia, odontológica, psicopedagógica, detección de defectos posturales, fuerza física, pruebas de laboratorio y la evaluación de calidad de vida a través del formato WHOQOL 100 de la OMS

MÉTODO

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo de asociación simple. Se incluyeron 733 estudiantes de nuevo ingreso, programados durante el primero y segundo semestre del año 2012 de las Facultades de Ciencias Naturales, Informática, Ingeniería y de Medicina, que acudieron y participaron en el programa "SU SALUD UAQ" y a quienes también se les invitó a llenar el cuestionario WHOQOL-100 en la página WEB del campus virtual de la UAQ.

RESULTADOS

De un total de 733 estudiantes de nuevo ingreso a la UAQ durante el año 2012 que se efectuaron su examen clínico integral, 579 (78.9%) dieron respuesta al formulario sobre calidad de vida. Las variables sociodemográficas asociadas a las y los estudiantes participantes en el estudio. En esta, se puede observar que del total de participantes, 318 (54.9%) correspondieron al sexo femenino y 261 (45.1%) al masculino. Con respecto al rango de edad, este fue de 17 a 41 años, con una moda de 18, el 70.1% conto con 15 a 19 años, siguiéndole en frecuencia el de 20 a 24 con un 25.2%. En relación a la facultad de procedencia el 44.2% era de Ciencias naturales, el 28.2% de Ingeniería, el 15.2% de Medicina y un 12.4% de Informática. En lo tocante a su estado civil el 99.1% refirió ser soltero un 0.7% casado y un 0.2% divorciados. Con respecto al índice de calidad de vida global se obtuvo un resultado del 61.1%, (IC 95% 55.1-67.1), siendo sus resultados por dominio del mayor al menor del 80.4% para salud general (IC 95% 75.5-85.3); Independencia 75.2% (IC 95% 69.9-80.5); salud psicológica 72.8% (IC 95% 67.3-78.3%); Relaciones sociales 68.9 (IC 95% 63.2-74.6%); Ambiente 66.9% (IC 95% 61.1-72.7%); Salud física 64.4% (IC 95% 58.5-70.3%) y Espiritualidad del 60.0% (IC 95% 54.0-66.0%).
Al verificar la posibilidad de la asociación simple de estilos de vida inadecuados como es el consumo de alcohol, de tabaco, de otras drogas ilícitas, sedentarismo y la mal nutrición la razón de momios en todos ellos oscilo de 0.6 a 0.9 y los intervalos de confianza y la chi cuadrada de Mantel y Haenzel no fueron significativos estadísticamente

DISCUSIÓN

Existen escasos estudios de calidad de vida relacionados con la salud en adolescentes, el presente estudio analizo a través del formato WHOQOL-100 la medición del índice de calidad de vida para estar en posibilidad de analizar los resultados en forma global, por dominio y por cada una de las 100 facetas que integran el formulario.
Al analizar la información por edad, no se detectaron diferencias entre los estudiantes menores de 19 años con los de 20 y más años de edad con una OR de 1.0 (**Tabla 7**); al revisar los datos obtenidos con respecto al género donde pareciera que hay un 20% más de probabilidad de tener mala calidad de vida entre los hombres comparativamente con las mujeres (OR 1.2); que se contraponen con los datos obtenidos en un estudio efectuado en América del Sur, resaltando que los cuestionarios utilizados son diferentes.
Con respecto al índice global de calidad de vida se obtuvo un cifra de 61.1% que de acuerdo a la clasificación del WHOQOL-100, se clasificaría como Calidad de Vida Regular; y contrasta con resultados efectuados por Díaz-Vega (2008) en pacientes con diabetes mellitus y estilos de vida inadecuados que fue de 64.8%, en mujeres violentadas de Romero-Zepeda y Romero-Márquez (2011) del 51.0%, en pacientes con diabetes mellitus y disfunción eréctil 68.8% (Orizaga, 2013; en revisión Revista médica del IMSS, 2014) y en personal de enfermería y salud ocupacional del 80.9% (Cruz-López, 2012), así como experiencias no publicadas de pruebas piloto del formato en estudiantes de preparatoria mostro valores del 50% y en adolescentes de una zona indígena en el Municipio de Amealco Querétaro con un 51.3% (Romero-Zepeda, 2014; comunicación personal).
La calidad de vida relacionada con la salud en los estudiantes de la UAQ muestran una regular calidad de vida donde los dominios más afectados son los relacionados con la Espiritualidad, la Salud Física y el Ambiente y las facetas con menor ponderación correspondieron al transporte, medio ambiente físico, relaciones personales, actividades de la vida diaria y el aprendizaje. Aspectos que deberán ser tomados en cuenta para fortalecer a través de las técnicas educativas el propiciar el desarrollo de habilidades de tipo cognoscitivo, pero también las orientadas a propiciar la participación y la interacción individual y grupal. En este sentido, es necesaria que las intervenciones orientadas a fortalecer el desarrollo personal y profesional de los estudiantes sean concebidas para alcanzar objetivos de grupo y que otorguen alternativas viables y factibles.

CAMINANDO HACIA UNA ESCUELA LIBRE DE HUMO

Daniela Jiménez Ramírez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Ballinas-Gutiérrez Jorge Antonio
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Jiménez-Jiménez Marlin Denis
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Peralta-Jiménez Yesenia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN.

El tabaquismo es una adicción provocada por el consumo de tabaco, fundamentalmente asociada a uno de sus componentes activos, la nicotina actúa sobre el sistema nervioso central causando efectos progresivamente, las consecuencias de fumar son letales, los pulmones se llenan de humo con cientos de sustancias tóxicas, que al no haber oxígeno, son transportadas y expandidas por el sistema circulatorio. El tabaquismo continúa siendo una de las causas de muerte prevenible más frecuente en la población, por lo que se ha planteado un programa en el cual se pretende sensibilizar a la población estudiantil de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco (DAMC) y en el que se da a conocer las principales causas que inducen al consumo de tabaco en la comunidad estudiantil y proporcionarles información necesaria para el cuidado de su salud.

RESUME

Smoking is an addiction caused by the consumption of tobacco mainly associated to one of its active components, nicotine acts on the central nervous system causing effects progressively, the consequences of smoking are lethal, the lungs are filled with smoke with hundreds of toxic substances that, not having oxygen are transported and expanded by the circulatory system. Smoking continues to be one of the causes of preventable death more frequent in the population, by what has been raised a program in which it is intended to raise awareness among the student population from the Comalcalco Multidisciplinary Academic Division (C.M.A.D.)

INTRODUCCIÓN

De todos los problemas emergentes de salud pública, el tabaquismo ocupa un lugar especial, se trata de una adicción que durante mucho tiempo fue socialmente tolerada, hay evidencia científica que demuestra los graves daños a la salud que produce, no sólo a

quienes fuman, sino también a aquellos que en forma involuntaria se ven expuestos al humo del tabaco.

En la actualidad está plenamente demostrado que el tabaquismo constituye una enfermedad prevenible que se relaciona con distintos tipos de cáncer como son: el de laringe, pulmón, cavidad bucal, entre otros, así como cardiopatía isquémica, enfermedades vasculares cerebrales, bronquitis crónica, por señalar sólo las principales. La evidencia de daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco, demuestra que existe una clara relación entre el tabaquismo y el aumento de morbilidad y mortalidad.

Existen múltiples causas por las cuales las personas tienden a ser fumadores en las cuales incluyen factores sociales y/o psicológicos, trayendo consigo las consecuencias físicas y psicosociales.

Cuando una persona fuma, el riesgo de padecer cáncer de pulmón es 22 veces mayor. Cuanto más tabaco se consume más se multiplica el riesgo de padecer otros tipos de cáncer como el de nariz, boca, glándulas salivales, garganta, esófago, laringe, pulmón, estómago, riñón, vejiga, pene, páncreas, colon, recto o ano.

A pesar de que la sociedad está cada vez mejor informada, los índices de consumo se incrementan, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes, alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras, fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.

Es por ello que se ha planteado un programa en el cual se pretende sensibilizar a la población estudiantil de la DAMC y en el que se da a conocer las principales causas que inducen al consumo de tabaco en la comunidad estudiantil y proporcionarles información necesaria para el cuidado de su salud.

METODO:

Para este trabajo se utilizó la Investigación Acción Participativa (IAP), para la investigación de las realidades que viven las personas sin importar su estatus o nivel educativo. En la IAP, se valora mucho la participación de los miembros de la comunidad objeto de investigación, porque al igual que en la antropología se piensa que ellos conocen mejor su contexto; también se incentiva que sean los mismos individuos o grupos investigados, los que forjen y ordenen su propio conocimiento y experiencia. Por lo tanto, las personas son conscientes de la investigación que se lleva a cabo, y se busca con ella “valorar y aprovechar mejor el recurso humano en la misma acción investigadora. Para ello promueve la confrontación con la experiencia buscando mejorar la calidad y funcionalidad de la investigación que se desarrolla”

El proyecto se realizó en 2 etapas o fases, las cuales son:

1. D**iagnostica**, esta fase comprende la realización de entrevistas con alumnos universitarios para conocer los principales factores que desencadenan el hábito del consumo de tabaco y sensibilización del estudiante para que adopte hábitos saludables. Se llevó a cabo un análisis FODA utilizando instrumentos de recopilación de información como entrevistas, cuestionarios y análisis de documentos.

2. **Diseño e Implementación**, Esta etapa Comprende el análisis, calendarización y diseño de las estrategias y acciones prioritarias con base en los resultados obtenidos en el análisis FODA, se creó e implementó un programa de Escuela Libre de Humo de

Tabaco y se dio a conocer las principales causas que inducen al consumo de tabaco en la comunidad estudiantil y se proporcionó información necesaria para el cuidado de su salud. Se realizaron actividades que ayudan a manejar los niveles de estrés y que ayuden a mejorar su salud integral.

RESULTADOS

En las encuestas realizadas, se detecta un aumento en el consumo de tabaco durante el periodo de exámenes, reportando que dicha situación les generaba estrés. Las causas por la cuales iniciaron el consumo del tabaquismo, entre los 12 y 15 años de edad, por influencia directa o indirecta de familiares y o amigos. La cantidad de cigarrillos que consumen va desde dos cigarros hasta una cajetilla en un día afectando su economía y su salud manera consciente de sus respectivas consecuencias.

Por eso para prevenir el tabaquismo se necesita fomentar actividades recreativas para canalizar el estrés de manera saludable.

CONCLUSIÓN

El tabaquismo es una adicción que día con día ha ido involucrando a nuestros jóvenes, por lo que es necesario que la escuela libre de tabaco sea permanente para la promoción de hábitos saludables para enfrentar situaciones de estrés

DISCUSION

Se necesita tomar una muestra aleatoria para analizar o interpretar los resultados después de haber realizado actividades el programa escuela libre de humo de tabaco para conocer su impacto antes de un estudio comparativo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf.

http://www.revistabuenasalud.com/vida-sexual-y-cigarrillo/.

http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf.

http://www.cofemer.gob.mx/Varios/Adjuntos/14.05.2012/IAPA_COFEMER_TABAQUISMO_EN_MEXICO_2012.pdf.

Suárez Lugo N, América Latina: Los jóvenes y el tabaquismo. Ed. Ciencias Médicas. La Habana 20

Vázquez–Segovia LA, Sesma–Vázquez S, Hernández–Ávila M. El consumo de tabaco en los hogares de México: resultado de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984–2000. Salud Pública Mex 2002; 44(Supl. 1): S76–S81.

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual_prevencion_tratamiento_tabaquismo.pdf.

CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA UNIVERSIDAD PROMOTORA DE LA SALUD UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Adrián Moya Escalera, Humberto A. Veras Godoy, Iván Hernández Pacheco, Gonzalo Villegas de la Concha
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Dirección de Servicio Médico Universitario

Introducción:
Las Universidades Saludables según la propuesta de la Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización Mundial de la Salud OMS para las Universidades Saludables presentada en la Conferencia "Construyendo Universidades Saludables" en Santiago de Chile en octubre de 2003, refiere que se deben contar con 8 características, con el fin de propiciar el desarrollo humano, mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales
Objetivo: Aplicar el programa Universidad Promotora de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo **Material y Métodos**: La universidad realizó un ejercicio coordinado entre todas las dirección que la conforma con la finalidad de dar cumplimiento a las características de una Universidad Saludable, las cuales fueron convertidos en ocho objetivos se incluyeron, una declaratoria del objetivo, políticas, estrategias de cumplimiento, metas para evaluar el cumplimiento, responsables del cumplimiento metas, este programa cuenta con una área de evolución y coordinación, todas la acciones generadas que contribuye al programa de Universidad Promotora de la Salud el cual involucra a la siguiente estructura la cual es encabezada por la Rectoría de UAEH, las Direcciones de Administración de Personal, Deportes, Gestión de la Calidad, Investigación y Posgrado, Laboratorios, Promoción de la Cultura, Protección Civil, Proyectos y Obras, Servicio Social y Prácticas Profesionales, Servicios Generales, Servicio Médico Universitario, Instituto de Ciencias de la Salud, División de Docencia.
Conclusión: El mejorar las condiciones de salud de los alumnos, personal académico y administrativo es el objetivo final del programa el cual se realiza con el esfuerzo coordinado de las direcciones y políticas de la Rectoría de la Universidad.

Title: Construction of University Health Promoter Program Autonomous University of Hidalgo State
Escalera Adrián Moya, Humberto Veras A. Godoy, Iván Hernández Pacheco, Villegas de la Concha Gonzalo.
Autonomous University of Hidalgo State
Address University Medical Service
Introduction:
The Healthy Universities as proposed by the Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization WHO for Healthy Universities presented in "Building Healthy Universities' Conference in Santiago de Chile in October 2003, refers to be counted 8 characteristics, in order to foster human development, improve the quality of life for those studying or working there, thus influencing work environments and social
Objective: Apply the University Health Promoter program at the Autonomous University of Hidalgo State Material and Methods: The university conducted a coordinated exercise between all the forms address in order to comply with the characteristics of a Healthy University, the which were converted into eight objectives, declaration of purpose, policies, compliance strategies goals to assess compliance, responsible for goal fulfillment, this

program has a goal of evolution and coordination included all the generated actions contributing to program University health promoters which involves the following structure which is snooze by the Dean of UAEH Directorates of Personnel Management, Sports, Quality Management, Research and Graduate Studies, Laboratories, Promotion of Culture, Civil Protection Projects and Works, Social Service and Professional Practices, General Services, University Medical Service, Institute of Health Sciences, Division of Teaching.
Conclusion: improving the health of students, faculty and staff is the ultimate goal of the program which is performed with the coordinated effort of the directions and policies of the President of the University.

Antecedentes

En 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud establecía como una de las cinco áreas de acción prioritarias para promocionar la salud "la creación de entornos que apoyen la salud".
Los entornos o escenarios son definidos como aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que viven, trabajan, aprenden,...en él.
La universidad reúne varias de las características de estos entornos; por un lado, es un centro de trabajo, por otro es un centro educativo y, además, es una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros del futuro.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en 1946 como un concepto que integra componentes biológicos, psicológicos y sociales, relacionados con el bienestar y la calidad de vida.

El enfoque y estrategia salubrista de "Entornos Saludables" toma auge a partir de la década de los ochenta como parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Oficinas Regionales incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud OMS en Europa lidera a partir de los ochenta, diversas iniciativas de entornos saludables en ciudades y autoridades locales, escuelas, Universidades, organizaciones profesionales, hospitales, y otros escenarios, en América Latina cobran fuerza a mediados de la década de los noventa, logrando avances significativos vinculados a los escenarios de Ciudades, Comunidades, Municipios, Lugares de Trabajo y Escuelas.
A nivel del escenario Universitario se formalizan en 1996 redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud (CIUEPS).

En este movimiento se crea la Red Iberoamérica de Universidades Promotoras de Salud en México a su vez Red Nacional de Universidades Promotoras de la salud en este marco, el concepto de Universidades Promotoras de la Salud continúa en proceso activo de conceptuación y redefinición de su alcance a los fines de garantizar la pertinencia y la finalidad práctica de su quehacer. Se pretende además afinar sus elementos distintivos como enfoque y propuesta salubrista y establecer la diferenciación conceptual y

metodológica con otras acciones de salud que se han realizado en el escenario universitario sin estar guiadas por un enfoque de salud integral y social como lo sugiere la Promoción de la Salud.

Podemos definir a una Universidad Promotora de la Salud como aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales.
De esta manera promueve conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la implantación de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria con las siguientes características

Características de las Universidades Saludables

Según la propuesta de la Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización Mundial de la Salud OMS para las Universidades Saludables presentada en la Conferencia "Construyendo Universidades Saludables" en Santiago de Chile en octubre de 2003, algunas de las características que orientan y definen una Universidad Saludable serían las siguientes:

1.- Provee ambientes y entornos saludables

- Un ambiente seguro, limpio y adecuado tanto en las edificaciones, como en las áreas de paseo, deportes, comedores y cafeterías.
- Un entorno accesible, poniendo especial cuidado en eliminar las barreras arquitectónicas que se detecten y facilitando recursos para que las personas con discapacidad sensorial puedan desenvolverse en el Campus Universitario con la mayor autonomía y comodidad posible.
- Un espacio de trabajo y de estudio libre de riesgos o, al menos, controlado: equipos e instalaciones seguras, refuerzo de los factores de protección, eliminación o reducción y/o control de los factores de riesgo específicos.
- Un campus universitario con perspectivas de futuro, en el que se promuevan comportamientos que favorezcan un desarrollo sostenible dirigido hacia una perspectiva de campus ecológico.

2.- Facilita un ambiente psicosocial armónico y estimulante

- Sin agresiones ni violencia, que favorezca la convivencia pacífica entre las diferentes personas y grupos que configuran la Comunidad Universitaria.
- Promoviendo habilidades para la convivencia en grupo.
- Reforzando los espacios y oportunidades para el diálogo, toma de decisiones y establecimiento de acuerdos entre los diversos agentes que lo integran.
- También se refiere a la organización y funcionamiento de la Universidad: estructuras, horarios y normas de funcionamiento, metodologías de trabajo y métodos pedagógicos, relaciones respetuosas entre el profesorado, alumnado y personal de Administración y Servicios.

3.- Ayudar al alumnado, profesorado y personal de Administración y Servicios a materializar su potencial físico, psicológico y social

- Para ello, promoverá la autoestima y la autorrealización personal, así como el desarrollo de habilidades personales y sociales para la vida.

4.- Implementa diseños curriculares sobre salud pública, promoción de salud, entornos saludables.

- En este aspecto, no importa la carrera de que se trate y abarcarán perspectivas bio-psico-sociales.

5.- Trabaja con enfoques, métodos, técnicas y recursos pedagógicos de pedagogía activa

- Se trata de favorecer la concreción de métodos, técnicas y recursos de pedagogía activa, rol docente de ayuda, climas útiles al aprendizaje y al impulso de relaciones con el alumnado respetuosas y constructivas.

6.- Genera un plan de trabajo para la Promoción de Salud y la Seguridad que defina objetivos y actividades claras

- Este plan deberá favorecer la implantación de procesos que permitan estudiar las necesidades de salud, definir los objetivos y actividades para mejorar los puntos críticos detectados, así como evaluar periódicamente la situación de salud y la eficacia de las actividades y programas que se están llevando a cabo.

7.- Anima y genera estructuras para diversas y múltiples formas de participación e implicación de todos los miembros de la Comunidad Universitaria

- De esta manera, tanto personal como colectivamente, se podrá trabajar de forma integrada y coordinada por la promoción de salud.
- Para ello, es importante y necesario contactar y relacionarse con el tejido social y asociativo que ya está organizado, animando a su participación e implicación.

8.- Se coordina, desde una perspectiva intersectorial, con las diferentes estructuras e instituciones de la región y de la zona

- Éstas deberán trabajar en procesos relacionados con la salud/enfermedad, así como con aquellas otras que participen o propicien el desarrollo de entornos saludables, sostenibles y/o solidarios.

9.- Investiga y estudia permanentemente los problemas relacionados con los entornos de salud del alumnado, específicamente, y de toda la Comunidad Universitaria, en general

Desde esta óptica, es necesario desarrollar propuestas metodológicas novedosas y de innovación pedagógica en el ámbito de la promoción de salud.

El movimiento de Universidades Promotoras de la Salud se fortalecido en América Latina a partir de varias iniciativas desarrolladas en la región con el Primer Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se desarrolló en Santiago, Chile en noviembre de 2003. El tema central del evento fue "Construyendo Universidades Saludables". El evento fue coordinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Alberta, Canadá. El mismo contribuyó a socializar el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud.

El liderazgo institucional de Chile en este ámbito de trabajo queda nuevamente evidenciado cuando en el 2006, la Universidad de Los Lagos organiza una reunión para fomentar el trabajo en red con participantes nacionales e internacionales.

El II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas se efectuó en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton. Como producto de este evento surge el documento declaratorio conocido como la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior.

En el documento se establece el marco conceptual, las metas, las creencias y los principios de la iniciativa. Además se propone una guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las Universidades.

El III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se realiza del 3 al 6 de octubre de 2007 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El tema fue Entornos Formativos Multiplicadores. El evento fue organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Dirección General de Servicios Académicos, Subdirección Universidad Saludable. Ofrecieron apoyo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Como parte de los resultados del III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Ciudad Juárez se institucionaliza, el 6 de octubre de 2007, la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). El Artículo 4 del Documento Constitutivo de la Red (2007) establece sus funciones de la Universidades promotoras de la salud que son las siguientes:

- Participar en la organización de las Reuniones Internacionales bianualmente
- Promover el reclutamiento y la adhesión de nuevas UPS como miembros de la RIUPS Mantener la documentación de las Reuniones y actividades de las UPS
- Vigilar el cumplimiento de los criterios para ser una UPS
- Proveer apoyo para el monitoreo y evaluación de las experiencias de las UPS Diseminar las experiencias y lecciones aprendidas con las UPS

El IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se efectuó del 7-9 de Octubre de 2009 en la Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España. El tema central del evento fue El Compromiso Social de las Universidades. En el evento se aprobó un documento resolutivo conocido como la Declaración de Pamplona/Iruña que establece los valores y principios del movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, evento en el cual se incorpora a la red la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

El V Congreso Internacional y I Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud realizado en Costa Rica del 5 al 7 de octubre del 2011, firmando la declaratoria de Costa Rica como miembro activo de esta red Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El VI Congreso Internacional y I Congreso Nacional de Universidades Promotoras de la Salud las instituciones miembros de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) reunidas el 20 de marzo de 2013 en San Juan de Puerto Rico firma la Declaración conmemorativa de los diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas (2003-2013).
En México en Abril del 2005 se realiza el I FORO DE UNIVERSIDADES SALUDABLES en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), con el propósito de compartir el Programa de Universidad Saludable. Se lograron reunir a 16 universidades y se tuvieron como invitados especiales a la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Secretaria de Educación Pública (SEP), durante este foro se conforma el Foro de Universidades Saludables.
En Junio del 2005 se realiza la Reunión del Comité de Universidades Saludables en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) siendo 8 las universidades reunidas y como invitado especial a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los acuerdos de esta reunión fueron realizar un II FORO en donde se invitaría a todas las universidades del país además se realiza un documento con la conceptualización, misión, visión, fundamentación, objetivo y líneas de acción de las Universidades Saludables.
En Octubre del 2005 se realiza el II FORO DE UNIVERSIDADES SALUDABLES en donde se reúnen tan solo 12 universidades, teniendo como invitado especial a personal del Instituto Nacional de Salud Pública. En Mayo del 2006 se realiza el 1ER CONGRESO NACIONAL DE UNIVERSIDADES SALUDABLES cuyo objetivo fue intercambiara experiencias entre las Instituciones de educación superior en torno a la promoción y difusión de la cultura para la salud coadyuvando en la formación integral de los universitarios así como estimular su participación de la Red Mexicana de Universidades Saludables siendo 11 las universidades reunidas. En Noviembre del 2008 2DO CONGRESO NACIONAL DE UNIVERSIDADES SALUDABLES realizado en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en donde participaron 5 universidades del país. En el mes de Octubre de 2010 se llevó a cabo el 3er Congreso Nacional de Universidades promotora de Salud y el 1er congreso de universidades PREVENIMSS, el cual fue realizado en la Universidad de Colima, durante la sede de este congreso la Universidad Autónoma del Esto de Hidalgo se incorpora a la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud así como también obtiene la sede para el llevar acabo el 4rto congreso de Universidades Promotoras de la Salud y Segundo Congreso de Universidades PREVENIMSS, el cual es llevado en el mes de octubre de 2012 en el marco de este congreso se renueva la mesa directiva presidiendo la Universidad Autónoma de Colima por un periodo de dos años obteniendo la Vicepresidencia la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Diagnóstico de Salud de la Comunidad Universitaria

La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, está integrada por seis institutos, nueve escuelas superiores y cuatro escuelas preparatorias; con planteles ubicados en la ciudad de Pachuca y en los municipios del interior del estado de Hidalgo: Huejutla, Zimapán, Actopan, Tlahuelilpan, San Agustín Tlaxiaca, Mineral del Monte, Mineral de la Reforma, Tulancingo, Tepeji del Río, Atotonilco de Tula, Tizayuca, Tepeapulco y Apan. Su comunidad universitaria, se integra por un total de 32,172 alumnos, de los cuales 18,341 son mujeres y 13,831 son hombres[4]; la población de personal académico, administrativo y mandos medios está conformada por 4,555 trabajadores con plaza.; 2,766 son

[4] Alumnos inscritos en el periodo enero-junio de 2013, Área de Estadísticas DEEyDI, DGP.

académicos, de los cuales 1,474 son hombres y 1,282 son mujeres; y 909 son administrativos, desagregados en 452 hombres y 457 mujeres.

El estado de salud de la población estudiantil universitaria, se ha caracterizado a partir de datos obtenidos de la encuesta de riesgo aplicada durante el examen médico de ingreso a la universidad, el cual es practicado a los alumnos de primer semestre a la Universidad de los niveles de preparatoria y licenciatura en los años, 2009, 2010, 2011, 2012 y en el periodo enero-junio de 2013, tomando en consideración a 32,058 alumnos evaluados, 18,451 mujeres y 13,607 hombres; de los encuestados su edad mínima fue de 14 años así como su edad máxima que fue de 60 años con una edad promedio de 19.52 años de los encuestados con los resultados que nos arroja, dicha evaluación, entre sus rubros más destacados, se encuentran los siguientes:

En referente a las patologías que los encuestados contestaron que presentaban al momento del interrogatorio se encuentra en primer lugar la enfermedad acido péptica, los hiperreactores bronquiales se encuentra en segundo lugar, las patologías ostemusculares ocupan el tercer lugar, las cardiopatías en cuarto lugar, los trastornos de salud mental como la ansiedad en quinto lugar, las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo dos se encuentran y sexto y séptimo lugar en último lugar encontramos las enfermedades de transmisión sexual siendo un 1,941 alumnos que presentan alguna patología, 30,117 de los encuesta se refirió asintomático durante la encuesta examen médico de ingreso.

Durante el examen médico aplicado a esta población se les interrogo en lo referente al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, realizando las siguientes preguntas si consumía o ya no consumía, edad que inicio a consumir, alcohol, tabaco o alguna droga ilícita así como en el mismo momento se aplicó test Audit y fagestrom para consumo de tabaco y alcohol respectivamente, a cual contestaron en lo referente alcohol refirieron 3069 de los encuestado consumir alcohol, 688 refirieron que dejaron de consumir alcohol, iniciando su consumo a una edad promedio 16.14 años con un rango de edad mínima de inicio a los 10 años hasta los 26 años como máximo de edad, lo resultados del Test Audit que permite medir el grado de dependencia al alcohol fueron los siguientes, 2910 encuestado presentaron una sensibilidad mínima al alcohol, 158 encuestados reportaron alcoholismo moderado y ninguno de los encastados reporto alcoholismo severo, en referente a tabaco refirieron 1057 encuestado ser fumadores activos, 331 encuestados refieren ya no consumir tabaco, de los cuales la edad promedio de inicio de consumo de 16.31 años , de los cuales la edad mínima de inicio se encontró a los 10 años y edad máxima de inicio en el consumo a los 26 años los resultados que de Test Fagerström que mide la adicción a la nicotina fueron los siguientes, 6 de los encuestados presentaron una dependencia media a la nicotina, 21 presentaron una dependencia fuerte, 1030 presentaron una dependencia muy fuerte. En lo referente al consumo de drogas ilícitas, 28 de los encuestados refirieron ser consumidores, 174 de los encuestados refirieron ya no consumir algún tipo de droga al momento de ser encuestado, por tipo de consumo de drogas fueron la siguientes marihuana en primer lugar, cocaína ocupo el segundo lugar, los solvente inhalables en tercer lugar, las drogas sintéticas en cuarto lugar y las anfetaminas en último lugar

En el examen médico se interroga sobre los encuestados sobre si han sufrido violencia física, o verbal y los lugar en los que han sufrido esta violencia 370 respondieron que son golpeados en su casa, 531 encuestados refirieron que son agredidos a golpes en la escuela, 472 refirieron que han sido agredidos a golpes en su colonia, 276 de los encuestados refiere ser humillados verbalmente en su casa, 1056 refieren recibir humillaciones verbales en la escuela,487 refirió recibir humillaciones verbales en su colonia, 1387 alumnos encuestados refirieron haber sido asaltado al menos en una ocasión.

Durante el examen médico se realiza la determinación del estado nutricional mediante la determinación de índice de masa corporal, reportando los siguientes resultados 53% se encontró en un peso adecuado, 47% de los encuestados se encontró con alteraciones en su estado nutricional, encontrando con un bajo peso al 20.21 % de los encuestados, con sobrepeso 20.07 , y con obesidad al 6.47 de esto.
En lo respectivo a la población de personal académico, administrativo y mandos medios se han realiza algunas acciones para detectar patologías propias del grupo de edad de los 20 a los 59 años de edad se realizaron acciones de detección de hipertensión arterial, evaluación de estado nutricional, detección de patología mamaria por ultrasonido, a 172 mujeres y a 335 mujeres se les realizo la detección oportuna de cáncer cérvico uterino todas ellas del personal administrativo y académico, al grupo de hombres se les realizo la detección oportuna de hipertrofia prostática por ultrasonido a un grupo de 108 hombres de personal administrativo, estas acciones se realizaron durante los periodos enero diciembre de 2012 y enero junio de 2013, donde se obtuvieron los siguientes datos:
En el grupo de mujeres evaluadas se encontró en lo referente a estado nutricional se evaluaron 170 mujeres con medidas antropométricas y determinación índice de masa corporal reportando que el 33.5 % de la mujeres evaluadas presento un peso normal y el 66.47% de estas mujeres alteraciones el 11.76 % reporto tener un peso bajo, el 35.29 % se encontró con sobrepeso, y el 20.58% presento obesidad, cundo se realizó la detección de hipertensión arterial en este grupo de mujeres ninguna presento un elevación de la presión arterial por arriba de los valores normales para su edad y sexo, en lo referente a detección oportuna de cáncer cervino uterino se evaluaron 335 mujeres por medio de la colposcopia y la toma del Papanicolaou de lo cual los resultados obtenidos fuero todas la mujeres presentaron reportes negativos a cáncer y los reportes por colposcopia reportaron que 229 mujeres se encontraron con un cérvix sano, 36 reportaron diversas patologías no cancerígenas, en la detección de patologías mamaria realizado a 181 mujeres se reportaron 97 mujeres sanas, 84 de estas mujeres reportaron alguna patología no maligna.
Entre el grupo de hombres trabajadores administrativos se realiza la detección oportuna de hipertrofia prostática que fuero 108 el 78% de lo evaluados se encontró con una próstata sana el 22% de esto presento alguna tipo de patología beniana.
Por lo que respecta a los motivos de atención médica en el periodo Enero a Mayo 2013, entre la población de académicos y administrativos que generó días de incapacidad, de acuerdo con información proporcionada por el Instituto Mexicano del seguro Social; se tienen la 10 principales patologías que causaron incapacidad en las cuales se encuentran en el lugar 10, las enfermedades bacterianas, el lugar 9 lo ocupan las Enfermedades infecciosas y parasitarias, en el lugar 8 se encuentran las Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el lugar número 7, los padecimientos de que ocupan el 6to lugar son las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, los padecimientos de sistema nervioso central se encuentran en el 5to lugar, en el 4to lugar se encuentran las enfermedades del ojo y sus anexos, la enfermedades metabólicas se ubican en el 3er lugar, el 2do lugar las enfermedades víricas y en 1er puesto se ubican las enfermedades infecciosas intestinales de acuerdo con la fuente de la unidad de medicina familiar No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Justificación del programa.

La salud de los jóvenes está fuertemente vinculada con su éxito académico, y el éxito académico de los jóvenes está estrechamente relacionado con su salud. Por lo tanto, ayudar a los estudiantes a mantenerse saludables es una tarea fundamental de la misión

de las escuelas. Las escuelas no pueden lograr su misión principal de educar si los estudiantes y el personal no gozan de buena salud.
Las condiciones de salud de la población mexicana se han modificado en gran medida ya que en la actualidad se observa un cambio en la forma de morir y de enfermarse, predominando como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. En México hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es importante atender. Destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afecta al 70% de la población de 20 años o más. El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares, importante resulta mencionar que muchas de estas enfermedades se desencadenan debido al estilo de vida que tiene la población, el cual, en ocasiones suele ser poco saludable. Otro elemento de gran preocupación por encontrarse entre las tres principales causas de muerte entre la población más joven son los accidentes de tránsito, la mayoría de ellos provocados por personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol o de alguna otra droga, lo que también requiere atención prioritaria.
El sector educativo debe de ser uno sectores de los más involucrados en el objetivo de mejorar la salud de los que hay estudian y laboran, ya que sus instituciones albergan, de manera transitoria, a una parte significativa de la población de mayor riesgo, por lo que numerosas acciones se han encaminado a la promoción de la salud en adolescentes con acciones que fomentan el desarrollo de hábitos de higiene, el fortalecimiento de valores, así como el autocuidado y la prevención de las adicciones entre otros temas de educación para la salud; equipos de especialistas se han involucrado de manera intermitente en escenarios educativos para brindar información a la población y contribuir al desarrollo integral de los estudiantes en los diferentes niveles, sin embargo, la meta resulta difícil de alcanzar si se considera que la generación de estilos de vida saludable es más que un curso o una conferencia, y que requiere de una participación constante de actores sociales involucrados en los ámbitos de desarrollo del sujeto, por lo cual se requiere la incorporación de temas de salud en la currículo educativa que contribuyan a la educación integral de las futuras generaciones, así como la inclusión de manera transversal de elementos que permitan la promoción de la salud desde los diferentes escenarios de abordaje que se tiene con los estudiantes y el abastecimiento de elementos de apoyo que beneficien el desarrollo saludable de la comunidad universitaria.

En términos generales, los programas de Universidades Promotoras de Salud proponen una serie de acciones y estrategias enfocadas a fomentar la salud integral de la comunidad universitaria, las cuales van desde la programación sistemática de foros, conferencias, pláticas y acciones de promoción de la salud, hasta aquellas que, a nivel internacional, proponen la incorporación curricular de acciones específicas para mejorar los estilos de vida de la población, así mismo, se plantea el establecimiento de líneas de investigación que permitan la generación de estrategias específicas para afrontar los principales problemas a los que se expone la población estudiantil.
En este sentido, la promoción de la actividad física y deportiva, la orientación sobre sexualidad y salud reproductiva, los hábitos de higiene y alimentación, así como la prevención de las adicciones, entre otros, han sido los principales temas que se abordan en estos programas y que apuntan a mejorar la convivencia y el desarrollo de esta población.
Ante esto Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo integra el programa de Universidad Promotora de la Salud, cual busca fomentar una cultura del autocuidado de

la salud que permita incorporar hábitos, actitudes y valores saludables, así mismo, preservar un ambiente libre de riesgos que se traduzca en una mejora en la calidad de vida, con lo cual busca ser reconocida internacionalmente y aceptada como una institución educativa que trabaja en favor de la salud de la comunidad universitaria.

Marco legal.

Marco legal Internacional

La Constitución de la OMS refiere que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, es constituir un "Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad" conformado por el Ejecutivo Federal, otras instancias de los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos así como representantes de otros sectores involucrados.

Marco Legal Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En su artículo 4°**:** "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud"

Texto vigente Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010 Notas de Vigencia:

La reforma al artículo 222, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de abril de 2010, entrará en vigor el 24 de octubre del mismo año. 2. La reforma a las fracciones I, II y III del artículo 464, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de abril de 2010, entrará en vigor el 26 de junio del mismo año.

Los Derechos de los Niños y Adolescentes hacen referencia a la salud en los siguientes capítulos y artículos

Capítulo Segundo. El Derecho a la vida

Artículo 15. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida. Se garantizará en la máxima medida posible su supervivencia y su desarrollo.

Capítulo Cuarto. De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico

Artículo 19. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social.

Capítulo Octavo. Del Derecho a la Salud

Artículo 28. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

El análisis de la evidencia nacional e internacional arrojó 10 objetivos prioritarios para lograr un acuerdo efectivo en este campo.

Normas Oficiales Mexicanas vigentes en Materia de Salud

Marco Institucional

Estatuto General de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Artículo 95. La Dirección General de Servicios Estudiantiles, tiene como objetivo otorgar servicios de orientación, información asesoría, gestión y apoyo a los alumnos de la Universidad, para fortalecer su identidad, asegurar su permanencia y mejorar su rendimiento escolar.

Convenio de colaboración con el Institutito Mexicano del Seguro Social firmado en el año de 2009.

Ley Orgánica de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Declaratorias.

El enfoque de Escuelas Saludables es una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar, conceptualmente derivada del planteamiento de promoción de la salud al que se llegó durante la Conferencia Internacional realizada en 1986, en Ottawa, Canadá, cuando se declaró:

"…La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud"

La *Declaración de Yakarta* 13 sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, realizada en 1997, confirma estas estrategias, pero añade las ideas de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces, que los escenarios para la salud ofrecen oportunidades para su aplicación, que la participación de las personas es esencial, y que la educación es necesaria para conseguir esta participación.

Esta declaración insiste en la educación y participación en la tarea de transformación de los escenarios para llevar a cabo la promoción de la salud. Da un paso más sobre la Carta de Ottawa al recomendar la alfabetización sanitaria de la población, ofreciendo a toda educación e información, no sólo de los factores de riesgo, sino de las posibilidades de mejorar su calidad de vida y, de esta forma, poder participar en la toma de decisiones.

Misión del Programa

"Fomentar una cultura del autocuidado de la salud que permita incorporar hábitos, actitudes y valores saludables en la comunidad universitaria, así mismo, preservar un ambiente libre de riesgos que se traduzca en una mejora en la calidad de vida".

Visión del Programa al 2017

"*El programa de Universidad Promotora de Salud de la UAEH pertenece a la red Internacional de Universidades Promotoras de Salud y es reconocido por:*

- *La incorporación en los Programas Educativos de estructuras organizativas que promuevan estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable.*
- *Conforman comunidades autogestivas que promueven la salud entre sus miembros.*
- *Todos los integrantes realizan acciones encaminadas a mantener la salud individual y colectiva.*
- *Se mantienen en un bajo perfil los riesgos y daños a la salud.*
- *Cuenta con un diagnóstico actualizado de los daños y riesgos a la salud de la comunidad universitaria.*
- *Cuenta con proyectos de investigación orientados a estudiar y determinar los riesgos y daños a la salud de la población universitaria.*
- *Mantiene ambientes saludables con la participación de todos sus integrantes.*
- *Promueve la participación y compromiso social de la comunidad universitaria en beneficio de la salud individual y colectiva.*

Valores universitarios.

El Programa busca promover y fomentar la salud, mediante el cultivo de hábitos y conductas derivadas de acciones de prevención, promoción, cuidado y educación para la salud dirigidas a las personas a quienes se busca estimular en el cuidado de su propia salud. Estas acciones se desarrollan con apego a principios y valores institucionales de:

Universalidad
Debemos reconocer y aceptar los valores que existen en la diversidad de los individuos, los géneros, los pueblos y las culturas, y desarrollar la capacidad de comunicar, compartir y cooperar con los demás.
Por ello, la Universidad ha de promover el bienestar individual y colectivo de todo ser humano, sin distingos ni desigualdades; y asumiendo el compromiso de evaluar sistemas y procedimientos para ejecutar programas preventivos, correctivos y de difusión de la salud del ser humano y su sociedad en cualquier momento, espacio y circunstancia.
Autonomía
Mediante la autonomía queda depositada en la Universidad la confianza para actuar a favor de los grandes fines y proyectos nacionales, bajo la certeza de que hará buen uso de esas libertades académicas.
Por ello, y con base en su capacidad de tomar iniciativas y decisiones sin intervención ajena, la Universidad ha de determinar la planeación de las actividades, que ha de hacer extensivas a la sociedad de su entorno, encaminadas a la de prevención, promoción, cuidado y educación para la salud; sin dejar de considerar que los receptores de estas acciones no son entes pasivo, sino sujetos protagonistas, con derechos y obligaciones.
De esta forma la autonomía está del lado de la Universidad para poder ejercer su quehacer, en materia de promotora de la salud, con la mayor libertad posible y protegiendo los derechos de los beneficiarios de sus acciones y dándoles la posibilidad de intervenir en la toma de decisiones que le atañen.
Laicismo
Mediante el ejercicio del laicismo, que es el ejercicio pleno de la libertad de pensamiento y creencias, ajenas a todo credo religioso y formas de coacción que vulneren el libre albedrío para decidir el tipo y forma de expresar y manifestar sus ideas; la Universidad ha de ejecutar programas preventivos, correctivos y de difusión de la salud del ser humano y su sociedad.

Lealtad
En el desarrollo de las acciones concernientes a la de prevención, promoción, cuidado y educación para la salud, hemos de conservar líneas de conducta de total apego a los fines e intereses institucionales y, ante cualquier conflicto, optaremos siempre por mantenernos dentro de dicha institucionalidad.

Compromiso
La Universidad tiene plena conciencia de que debe contribuir al desarrollo de nuestra comunidad y a la solución de los problemas de cuidado y prevención de la salud que se presenten dentro de la institución, como los del entorno, ya que como universitarios nos compromete una obligación social ineludible.

Honestidad
En la formación, educación y promoción de una cultura para la salud, hemos de acercar a las personas información veraz, oportuna y de calidad sobre su propia salud y hábitos para preservarla y protegerla, desarrollando nuestro quehacer apegado a las normas y políticas institucionales, para trasparentar el desempeño institucional ante la sociedad.

Responsabilidad
La responsabilidad expresa la síntesis del saber y hacer, de doctrina y capacidad, y de conocimiento y acción eficiente. Por lo que al emprender las acciones encaminadas a la formación, educación y promoción de una cultura para la salud, los universitarios lo haremos de la mejor manera posible sometiendo todas las actividades a las exigencias de

la ética y del rigor científico e intelectual; para poder así opinar sobre los problemas detectados con total autonomía y plena responsabilidad, por estar provistos de la autoridad intelectual que la sociedad necesita para ayudarla a reflexionar, comprender y actuar en beneficio de su buena salud, calidad de vida y se desarrolló en plenitud.

Respeto

Al promover el bienestar físico, mental y social del ser humano, la Universidad ha de conducirse ante todas las personas con respeto, con disposición a escuchar otras opiniones distintas, sin manifestar menosprecio por éstas y manteniendo en todo momento una actitud racional y de equidad en el trato con los usuarios y/o beneficiarios de nuestros quehacer, en materia de prevención, promoción, cuidado y educación para la salud.

Objetivos

Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables

La declaración entorno a éste objetivo es pugnar por un ambiente seguro, limpio y adecuado en las edificaciones tales como áreas deportivas, laboratorios, aulas, cubículos, oficinas de gestión, sanitarios, cafeterías y áreas de tránsito, sin barreras arquitectónicas que faciliten el uso por las personas con discapacidad sensorial, que puedan desenvolverse en los espacios universitarios con la mayor autonomía y comodidad posible, con espacios de trabajo y de estudio libre de riesgos, con perspectivas de futuro, en el que se promuevan comportamientos que favorezcan un desarrollo sostenible dirigido hacia una perspectiva de campus ecológico.

Objetivo 2. Facilitar un ambiente psicosocial armónico y estimulante.

Respecto a ésta declaración razonable ésta casa de estudios promoverá dentro de la comunidad universitaria habilidades para la convivencia en grupo, favoreciendo la convivencia pacífica sin agresiones, ni violencia entre las diferentes personas y grupos que la configuran.

Objetivo 3. Conformar comunidades autogestivas que promuevan la salud entre sus miembros

La UAEH declara que promoverá la autoestima y la autorrealización personal, así como el desarrollo de habilidades personales y sociales para la vida.

Objetivo 4. Incorporar en los programas académicos de nivel bachillerato la asignatura de Adicciones y en los del nivel de licenciatura el Programa Institucional de Actividades Educativas Vida Saludable

La institución busca interiorizar mediante el proceso enseñanza-aprendizaje en los alumnos, académicos, funcionarios y administrativos los conceptos básicos respecto a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; la relación de pareja y sexualidad responsable; la salud física y emocional. Pugnando por la disminución de la violencia y de las adicciones incorporando perspectivas bio-psicosociales.

Objetivo 5. Generar un procedimiento de trabajo para la promoción de salud y seguridad.

Este objetivo tiene la consigna de trazar los procedimientos para favorecer la implantación de procesos que permitan estudiar las necesidades de salud y evaluar periódicamente la situación que prevalece entre los universitarios.

Objetivo 6. Animar y generar estructuras para diversas y múltiples formas de participación e implicación de todos los miembros de la Comunidad Universitaria

En este objetivo la UAEH dispondrá de lo necesario para animar la participación e implicación del Consejo Estudiantil Universitario, las sociedades de alumnos; los

sindicatos de personal académico y administrativo; las direcciones de Administración de Personal, de Protección Civil y la de Gestión de la Calidad; tanto personal como colectivamente deberán trabajar de forma integrada y coordinada por la promoción de la salud.

Objetivo 7. Coordinar, desde una perspectiva intersectorial, con las diferentes estructuras e instituciones de la región y de la zona
Este objetivo busca implementar acciones de salud dirigidas a la población universitaria en coordinación con las Instituciones encargadas del ramo en el estado de Hidalgo, así como la vinculación con la sociedad a través de los órganos municipales de gobierno
Objetivo 8. Investigar y estudiar permanentemente los problemas relacionados con los entornos de salud de alumnos, académicos, funcionarios y administrativos
Éste objetivo tiene la consigna de cerrar el círculo de éste programa institucional con la generación y análisis de información contenida en la cartilla electrónica de salud a partir de la cual se generaran proyectos de investigación orientados a proponer soluciones a los riesgos y daños de la salud de la población universitaria.

Material y métodos:
El programa de universidad promotora de la salud es eje transversal en el cual se incluyen diferentes direcciones y áreas de la universidad la cuales contribuyen al cumplimiento de los objetivos del programa, a cada dirección se le identifica un objetivo en el cual contribuye, alineando sus políticas del programa de desarrollo Institucional (PDI 2011-2017), cuenta con estrategia para cumplimento objetivo, metas anuales de cada dirección con lo cual se contribuye al cumplimiento del programa de universidad promotora de la salud.
A continuación se describe por cada dirección los objetivos, políticas (PDI 2011-2017), estrategias y metas de las direcciones de la universidad que contribuyen con el programa de Universidad Promotora de la Salud:

Dirección de Gestión de la Calidad
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Políticas PDI.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.
169. Que el contenido de los mensajes y campañas de difusión institucional refleje los valores e identidad universitaria.
171. Que los medios de comunicación institucional contribuyan al desarrollo integral del alumnado.
Estrategias.
1.1 Programa de Difusión de la Cultura Ambiental
1.2 Reforestación
Metas.
1.1.1 Mantener informada a la comunidad sobre los aspectos básicos del desarrollo sustentable y evidenciar al año 2015, conductas de conservación y protección al ambiente en las unidades incluidas en el alcance del Sistema Institucional de Gestión Ambiental.

1.2.1 Restaurar y conservar espacios naturales degradados y áreas verdes al realizar una campaña anual de forestación y reforestación.

Dirección de Laboratorios

Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Políticas PDI.
68. Que la investigación sea practicada como un factor estratégico, que permita mejorar las condiciones o resolver problemas de tipo social, productivo y ambiental en la región de forma armónica y ordenada.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.
Estrategias.
1.1. Recolección de CRETIB
Metas.
1.1.1 Auditoria bienal voluntarias.
1.1.2 Certificación bienal de SEMARNAT

Dirección de Protección Civil
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Políticas PDI.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.
Estrategias.
1.1 Establecer dentro de la UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO, la Unidad Interna de Protección Civil.
1.2 Hacer un análisis de riesgo externos e internos para las instalaciones.
1.3 Crear un programa de Protección vanguardista y específico.
1.4 Brindar seguridad y bienestar a nuestros usuarios y empleados.
1.5 Capacitar el personal que integra las brigadas internas de Protección Civil.
1.6 Difundir la cultura de la protección civil entre nuestros empleados y alumnos.
1.7 Disminuir los accidentes dentro de las instalaciones.

Metas
1.1.1 Conformación de Comités Internos de Protección Civil dentro de la universidad donde se han llevado a cabo capacitaciones con respecto a primeros auxilios, combate de incendios y evacuaciones donde se han realizado simulacros por amenaza de bomba y sismo en las preparatorias, al día de hoy se tienen integrados los siguientes comités internos.
1.1 Tener formalizados 16 comités de todas las instalaciones dependientes de la UAEH.
1.2 Tener realizados en un 50% los dictámenes de medidas de seguridad de cada una de las áreas dependientes de la UAEH.
1.3 Formalizar el Programa Interno de Protección Civil de la UAEH para el 2014.
1.4 Realizar 10 simulacros en todas las áreas dependientes de la UAEH.
1.5 Alcanzar el otorgamiento de 100 cursos en todas las áreas dependientes de la UAEH.
1.6 Realizar 10 simulacros en todas las áreas dependientes de la UAEH.
1.7 Realizar 10 simulacros en todas las áreas dependientes de la UAEH

Dirección de Proyectos y Obras
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Políticas PDI.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.
161. Aplicar un programa permanente de conservación y mantenimiento del patrimonio inmobiliario universitario.

Estrategias.

1.1 Conservar en condiciones óptimas de operación, los espacios universitarios.
1.2 Adecuar los espacios universitarios para dar atención a personas con capacidades diferentes.

Metas.

Meta 1. Mantenimiento y conservación de espacios universitarios.
1.1.1. Entre junio y julio, se realice el diagnóstico de los requerimientos para proporcionar el mantenimiento.
1.1.2. en el mes de junio se gestionarán los recursos económicos para la ejecución de los trabajos.
1.1.3. Entre agosto y diciembre se ejecutarán los trabajos de mantenimiento en las unidades administrativas.

Meta 2. Adecuación de espacios universitarios para atención a personas con capacidades diferentes.
1.2.1. Instalar rampas para acceso fácil para las personas con capacidades diferentes.
1.2.2. Instalar sanitarios para personas con capacidades diferentes.

Dirección de Servicios Generales
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Políticas PDI.

Estrategias.

1.1 Planta de tratamiento de aguas residuales

Metas.

1.1 Tratar 484,000,000 litros por año

Dirección de Deportes
Objetivo 2. Facilitar un ambiente psicosocial armónico y estimulante.

Políticas PDI.

104. Fomentar el desarrollo del deporte estudiantil, participando activamente en programas institucionales e interinstitucionales, buscando la presencia de la Universidad en los ámbitos nacional e internacional.
106. Ampliar y mejorar la infraestructura para el desarrollo deportivo.
107. Difundir y promover los valores universitarios, que contribuyan a la formación y desarrollo de la comunidad universitaria y de la sociedad hidalguense.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.

Estrategias.

2.1 Promoción del deporte.
2.2 “Pausa laboral activa para la salud”

Metas.

2.1 Promoción del deporte. Atender al total de la población de Escuela Superior de Actopan, Preparatoria 4, Preparatoria 3, Instituto de Ciencias de la Salud julio diciembre 2014.
2.2 “Pausa laboral activa para la salud” 3 activaciones físicas por semana en Torres de rectoría, Edificio central de Abasolo, Servicio Social y prácticas profesionales, Radio UAEH Fundación Hidalguense, Editorial Universitaria.

Dirección de Promoción de la Cultura
Objetivo 2. Facilitar un ambiente psicosocial armónico y estimulante.
Políticas PDI.
98. Coadyuvar con el gobierno estatal en la conservación y fortalecimiento de la cultura regional hidalguense, a través de sus programas de extensión.
104. Fomentar el desarrollo del deporte estudiantil, participando activamente en programas institucionales e interinstitucionales, buscando la presencia de la Universidad en los ámbitos nacional e internacional.
107. Difundir y promover los valores universitarios, que contribuyan a la formación y desarrollo de la comunidad universitaria y de la sociedad hidalguense.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.

Estrategias.
2.1 Programa de la Cultura Anual
Metas.
2.1.1 Enero-diciembre de 2014 desarrollar un Programa Cultural anual, que involucre la participación de grupos representativos de la universidad en las áreas de música, danza, teatro y artes visuales.
2.1.2 En 2014 realizar al año cuando menos 500 eventos culturales que propicien la convivencia en grupo.
2.1.3 En 2014 realizar las presentaciones programadas en el PDI en las escuelas e institutos de la UAEH.

Dirección de Administración de Personal
Objetivo 3. Conformar comunidades autogestivas que promuevan la salud entre sus miembros

Objetivo 6. Animar y generar estructuras para diversas y múltiples formas de participación e implicación de todos los miembros de la Comunidad Universitaria

En éste objetivo la UAEH dispondrá de lo necesario para animar la participación e implicación del Consejo Estudiantil Universitario, las sociedades de alumnos; los sindicatos de personal académico y administrativo; las direcciones de Administración de Personal, de Protección Civil y la de Gestión de la Calidad; tanto personal como colectivamente deberán trabajar de forma integrada y coordinada por la promoción de la salud.

Políticas PDI.

126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.

Estrategias.
3.1 Programa de las Comisiones de Seguridad de Higiene

Dirección de Servicio Social y Prácticas Profesionales
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Objetivo 2. Facilitar un ambiente psicosocial armónico y estimulante
Objetivo 7. Coordinar, desde una perspectiva intersectorial, con las diferentes estructuras e instituciones de la región y de la zona.
Políticas PDI.
126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.
169. Que el contenido de los mensajes y campañas de difusión institucional refleje los valores e identidad universitaria.
171. Que los medios de comunicación institucional contribuyan al desarrollo integral del alumnado.
Estrategias.
Servicio Social Voluntario:
1.1 Programa de Reforestación.

1.2 Hortaliza de traspatio.
2.1 Obras de teatro con los temas de adicción, violencia, educación sexual y bulling.
7.1 Programa de servicios multidisciplinarios de salud con las “Redes Ciudadanas”.

Metas.
1.1.1 Desarrollar en el 2014 cuatro campañas de cuidado al medio ambiente con programas de reforestación.
1.1.2 Desarrollar en el 2014 el establecimiento de hortalizas de traspatio dentro de las instalaciones universitarias.
2.2.1 Impartir en el 2014, 10 puestas de obras de teatro con los temas de adicción, violencia, educación sexual y bulling, dirigidas a la comunidad universitaria en institutos, escuelas superiores y escuelas preparatorias.

Dirección de Servicio Médico Universitario
Objetivo 1. Contribuir a la generación de ambientes saludables
Objetivo 5. Generar un procedimiento de trabajo para la promoción de la salud y seguridad
Objetivo 7. Coordinar, desde una perspectiva intersectorial, con las diferentes estructuras e instituciones de la región y de la zona

Políticas PDI.

126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.

148. Aplicar el Sistema Institucional de Gestión de la Calidad, bajo la teoría general de sistemas.
152. Documentar y mantener actualizada la información de los procesos y productos, mediante manuales de organización, procedimientos y descripción de puestos, integrados a la plataforma del Sistema Institucional de Gestión de la Calidad.

Estrategias.

1.8 Edificios 100% libres de humo de tabaco.
1.9 Recolección de medicamentos caducos.
5.1 Programa de acciones preventivas universitarias de salud.
7.1 Programa de afiliación al seguro social.
7.2 Firmas de convenios con instituciones de salud en el Estado de Hidalgo.

Metas.
1.10 Certificar como edificios 100% libres de humo de tabaco
1.11 Recolección de medicamentos caducos al sistema nacional de gestión de residuos de envases de medicamento
5.1 Programa de acciones preventivas universitarias de salud.
5.1.1.- Aplicación de Taller Alcohol
5.1.2.- Aplicación de Taller Tabaco
5.1.3.- Aplicación de Taller Salud Sexual y Reproductiva
5.1.4.- Aplicación de Taller Violencia
5.1.5.- Aplicación de Taller Nutrición
5.1.9.- Completar esquemas de vacunación
5.1.10.- Se entregara una datación de condones
5.1.11.- Instrucción de auto exploración mamaria
5.1.12.- Detección de patología bucal
5.1.13.- Detección oportuna de Hipertensión arterial
5.1.14.- Detección oportuna de diabetes
5.1.15.- Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino
5.1.16.- Detección oportuna de patología
5.1.17.- Detección oportuna de hipertrofia Prostática
7.1.1 Afiliar al 100% de los alumnos inscritos en la UAEH

Instituto de Ciencias de la Salud y la División de Docencia

Objetivo 4. Incorporar en los programas académicos de nivel bachillerato la asignatura de Adicciones y en los del nivel de Licenciatura el Programa Institucional de Actividades Educativas Vida Saludable

Políticas PDI.

1. Que los programas académicos incluyan los principios éticos universales.
6. Que se incluyan en la currícula, en el nivel de bachillerato y licenciatura, asignaturas sobre educación ambiental y desarrollo sustentable.
7. Que los programas educativos garanticen una formación integral de sus alumnos.

Estrategias.

4.1 Programa Institucional de Actividades Educativas para una Vida Saludable.
4.2 Asignatura del Programa de Bachillerato “Prevención de Adicciones”

Metas.

4.1.1 Contar con el Programa Institucional de Actividades Educativas para una Vida Saludable agosto de 2014
4.2.1 Aplicar el Programa “Prevención de Adicciones” a partir de enero de 2010 en el bachillerato.

Fundación Hidalguense

Objetivo 7. Coordinar, desde una perspectiva intersectorial, con las diferentes estructuras e instituciones de la región y de la zona
Políticas PDI.

126. Promover una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permita un desarrollo sustentable y ordenado en la región.

Estrategias.

Gestión Ambiental
7.1 Programas de servicio médico a la población en general.

Metas.

1.17.1.1 Objetivo 1

Disminuir el impacto ambiental generado por las actividades administrativas y académicas propias de la Fundación Hidalguense a través de la implementación del Sistema Institucional de Gestión Ambiental.

Objetivo 2:

Cumplir con la legislación nacional e internacional en materia de medio ambiente y de las que de ellas se derive.

Objetivo 3

Establecer instrumentos que proporcionen una cultura de prevención.

Objetivo 4

Fomentar la reforestación en los municipios donde la Fundación Hidalguense tiene presencia con la participación de la comunidad universitaria y los distintos actores de las localidades.

Objetivo 5

Promover las políticas ambientales al interior de la Fundación Hidalguense.

Dirección de Investigación y Posgrado
Objetivo 8. Investigar y estudiar permanentemente los problemas relacionados con los entornos de salud de alumnos, académicos, funcionarios y administrativos
Políticas PDI.
68. Que la investigación sea practicada como un factor estratégico, que permita mejorar las condiciones o resolver problemas de tipo social, productivo y ambiental en la región de forma armónica y ordenada.
Estrategias.
8.1 Incorporar las líneas de investigación correspondientes en los cuerpos académicos del Instituto de Ciencias de la Salud.

Conclusiones:
El programa de Universidad Saludable es un constructo en el cual se incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo a través de programas transversales como son los programas educativos, como el de Prevención de adicciones en el nivel bachillerato, el Programa Institucional de Actividades para una vida Saludable en el nivel licenciatura, incorpora acciones de detección oportuna de cáncer de mama y Cérvico Uterino en el personal académico así como en el administrativo, realizan acciones encaminada a la generación de ambientes saludables con estrategias como son los Programas de Difusión de la Cultura Ambiental, Reforestación, Recolección de CRETIB, se conserva en condiciones óptimas de operación los espacios universitarios, adecuando estos espacios para dar atención a personas con capacidades diferentes, se da tratamiento de nuestras agras residuales, se generan espacios 100% libres de humo de tabaco, promueve una cultura de protección y convivencia armónica con el medio ambiente, que permite un desarrollo sustentable y ordenado en la región, en la universidad se facilita un ambiente psicosocial armónico y estimulante con estrategias como es el programa de las Comisiones de Seguridad de Higiene, el Programa de la Cultura Anual, la Promoción del deporte , con acciones como son la estrategia de “Pausa laboral activa para la salud” , de igual forma se vincula con sociedad con el Programa de servicio médico a la población en general, con esta acciones se mejoran la calidad de vida de la población universitaria, formando universitarios que actúen como modelos o promotores de conductas saludables en sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.
Estas acciones las realizan en conjunto las direcciones de; Gestión de la Calidad, Laboratorios, Protección Civil, Proyectos y Obras, Servicios Generales, Deportes, Promoción de la Cultura, Administración de Personal, Servicio Médico Universitario, Instituto de Ciencias de la Salud y la División de Docencia, Fundación Hidalguense y la Dirección de Investigación y Posgrado, ya que la construcción de una universidad Promotora de la salud no es exclusiva de una sola área, es la suma de todo los que laboran en ésta, teniendo como base un programa de desarrollo institucional y la voluntad de todas la autoridades que laboran en esta institución.

CONSUMO DE CIGARRILLOS DE TABACO EN LA MUJERES UNIVERSITARIAS. ESTUDIO DE CASO EN EL PLANTEL "CASA LIBERTAD"DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Georgina Sánchez González
Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Distrito Federal, México.

Resumen

Introducción. El cigarrillo de tabaco es el único producto legalmente disponible que normalmente mata a quien lo consume; ningún otro producto de consumo es tan peligroso ni mata a tantas personas como este. En este sentido, el consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por su magnitud sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva, actualmente las mujeres se han convertido en un blanco fácil para las industrias tabacaleras. **Objetivo.** Determinar los factores motivacionales que incentiva el consumo de cigarrillo de tabaco en las mujeres universitarias de Promoción de la Salud, pertenecientes en este caso a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel "Casa Libertad" en el semestre 2013-II. **Método**: Es un estudio de un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y prospectivo, basado en un estudio de población de 120 mujeres universitarias de la Lic. Promoción de la Salud que estuvieron inscritas en el semestre 2013-II. Para ello se construyó un cuestionario apoyado de la "Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más" y "Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009". **Resultados.** Se encontró que entre los motivos principales por lo que las mujeres fuman es para adelgazar (73.3%), donde habitualmente fuman es la escuela (37.5%) y el momentos en los que fuman con regularidad son con amigos en fiestas (25.8%). **Discusión.** Observamos que existe un aumento significativo en la adquisición del hábito de consumir cigarrillos de tabaco entre las mujeres que se encuentran en el nivel superior, por lo que es necesario aceptar la existencia de este problema de salud para a partir de ello desarrollar programas de promoción de la salud dirigido a las género y políticas públicas de empoderamiento de las mujeres.
Palabras claves: Mujeres, Consumo de tabaco, género, salud.

ABSTRACT
Introduction: The cigarette of tobacco is the only product legally availably that normally kills the one who consumes it; no other product of consumption is so dangerous nor kills so many persons as this one. In this respect, the consumption of tobacco has turned into a problem of public health, not only for his magnitude but also for the sanitary consequences that he carries, nowadays the women have turned into an easy white for the tobacco industries. **I target:** the factors Determine motivacionales that stimulates the consumption of cigarette of tobacco in university women of Promotion of the Health, belonging in this case to the Autonomous University of the Mexico City (UACM), nursery " Marries Freedom " in the semester 2013-II. **Material and methods**: It is a study of a quantitative, transverse, approach descriptive and market, based on a study of population of 120 university women of the Lic. Promotion of the Health that they were inscribed in the semester 2013-II. For it I construct him a questionnaire supported of the " Survey of the Consumption of Tobacco between the Hispanics 18-year-old / Hispanos/Latinos of Age or More " and " Global Survey of Smoking in Adults Mexico 2009". **Discussion**. We observe that a significant increase exists in the acquisition of the habit of consuming cigarettes of tobacco between the women who are in the top level, for what it is necessary to accept the existence of this

problem of health for from it to develop programs of promotion of the health directed the género and public policies of empoderamiento of the women.
Key words: Women, Consumption of tobacco, kind, health.

Introducción

El cigarrillo es el único producto legalmente disponible que mata a quien lo consume normalmente; ningún otro producto de consumo es tan peligroso ni mata a tantas personas como el tabaco. El consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por su magnitud sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los elevados costos económicos y sociales que genera. En concordancia con los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en México y de acuerdo al el informe mundial sobre drogas, en el mantenimiento del consumo y la dependencia, intervienen variables de tipo económico, social, político, cultural e individual, siendo el tabaco el que cobra en sí, 5 millones de víctimas mundiales al año, mientras las drogas ilícitas 20.000 (OMS, 2010).

A pesar de las suficientes evidencias científicas sobre los efectos nocivos del tabaco y de estar catalogado como la principal causa de mortalidad y morbilidad prematura prevenible, el consumo de tabaco a nivel mundial ha aumentado principalmente entre la población más joven. El consumo de tabaco además de ser una conducta adictiva socialmente aceptada, es fuente de ingresos tributarios para la mayoría de los países, por estas razones ni la sociedad, ni los estados han desarrollado acciones puntuales encaminadas a reducir y controlar el consumo de tabaco (Calleja, 2012).

La población en general, erróneamente considera que fumar no es una situación grave como el consumo de sustancias ilícitas, esto se debe a que los efectos nocivos para la salud desencadenados por el consumo de tabaco no son perceptibles de inmediato, si no que se desarrollan, generalmente, a través de enfermedades degenerativas en un período determinado (López, 2011:28). El consumo de cigarrillo es igualmente grave ya que no sólo determina la presentación de una serie de enfermedades y de la muerte sino que además es la puerta de entrada a otras drogas o adicciones.

El consumo de tabaco afecta también a los fumadores pasivos debido a que la exposición al humo ambiental aunque en menor proporción, aumenta en estos, el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer. En los jóvenes la motivación para fumar obedece a factores personales, sociales y ambientales. Dado que el cigarrillo es una sustancia socialmente permitida y promocionada, fumar se convierte para este grupo poblacional en un mecanismo de integración y aceptación social; además se ha observado que en la actualidad la disminución de peso corporal es un factor que motiva el consumo por parte de las mujeres jóvenes.

OBJETIVO

Evaluar el grado de consumo de tabaco activo y pasivo en las mujeres universitarias de Promoción de la Salud, perteneciente a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), plantel “Casa Libertad” en el semestre 2013-II.

Objetivos específicos

- Analizar qué factores influyen en las mujeres sobre la decisión de fumar.

- Identificar cuál es la información que se tiene el conocimiento sobre el daño que ocasiona a la salud el fumar.
- Determinar si existen daños a la salud tanto en las fumadoras activas como en las pasivas.

Material y Método

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y prospectivo. A fin de conocer las características y comportamiento con respecto al consumo de cigarrillos en las mujeres universitarias, se decidió realizar dicha investigación con 120 mujeres de la licenciatura de Promoción de la Salud del turno matutino que estuvieron inscritas en el semestre 2013-II. Para ello se construyó un cuestionario apoyado de la "Encuesta del Consumo de Tabaco entre los Hispanos/Latinos de 18 Años de Edad o Más" y "Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009".

Como criterios de inclusión se definieron los siguientes: mujeres universitarias matriculadas en el plantel "Casa Libertas" de la UACM, que estuvieran inscriptas en la licenciatura de Promoción de la Salud y que estuvieran cursando 2 º, 4, º 6 º y 8 º semestre.

El diseño de la encuesta está conformado por 8 apartados, por lo que el primer, segundo y tercer apartados cuentan con 16 ítems y su finalidad es identificar las características de mi población a estudiar. El cuarto apartado cuenta con 11 ítems que solo están desarrollados para las mujeres fumadoras activas, su finalidad es determinar el hábito. El quinto, sexto y séptimo apartado están integrados por 13 ítems, que serán contestados por las mujeres fumadoras activas y pasivas por igual, estos tiene como finalidad conocer su contexto social, familiar y laboral con el índice tabáquico, y finalmente el último apartado cuenta con 4 ítems que tiene como propósito conocer el daño a la salud de las mujeres fumadora pasivas y activas.

También, el diseño fue estructural, ello implica que las preguntas se encuentran ordenadas y estandarizadas, ofreciendo al encuestado una opción entre varias alternativas de respuesta; para lo cual se aplicaron preguntas dicotómicas, y de opción múltiple, esta consulta se encuentra integrada bajo una forma de las ordinales, también la encuesta cuenta con preguntas de tipo numérico. Para la aplicación de la encuestas, se solicitó un oficio de autorización en la coordinación del plantel y a los maestros de promoción de la salud, informándoles el propósito del trabajo garantizando la confidencialidad de los datos.

Una vez obtenida la autorización por parte del coordinador del plantel y los maestros, se procedió a aplicar el instrumento a la muestra seleccionada. La duración de la aplicación de los cuestionarios fue aproximadamente de 10 minutos la aplicación. Luego de realizar el trabajo de campo se recolectaron todos los instrumentos de observación obtenidos, y se procedió a realizar el procesamiento de datos. Se codificaron los datos el cual consiste en realizar una revisión minuciosa de todos los cuestionarios de tal manera de asegurar que se encuentren debidamente llenados, para luego poder ser ingresadas y procesadas en una base de datos.

Finalmente, para el procedimiento de la información, se usó estadística básica de Office Excel y el paquete estadístico Stata versión 12; se obtuvo estadística descriptiva

para conocer la frecuencia y proporción de los datos, así como medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) para conocer el promedio de edad, con el objeto de ver su distribución de cada uno de los grupos de interés.

Resultados

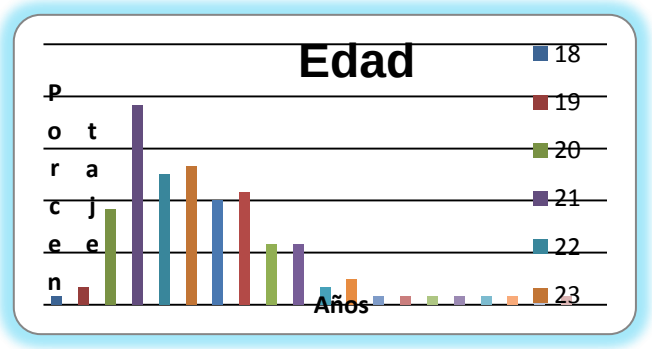
Atendiendo a los objetivos propuestos, los resultados de la investigación se presentan en cuatro bloques: Datos del encuestado, uso del cigarrillo, contexto familiar y social y daños a la salud.

1. Datos del encuestado

Edad

La población estuvo conformada por 120 mujeres universitarias con una media de 24.2 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 51 años. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Edad de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM ,2013.



Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013,
Georgina Sánchez González.

Estado civil

En lo que respecta al estado civil la muestra está constituida por un 81.7% de mujeres universitarias solteras y el porcentaje restante se integra por las categorías de casada, unión libre y divorciadas (Ver Gráfica 2).

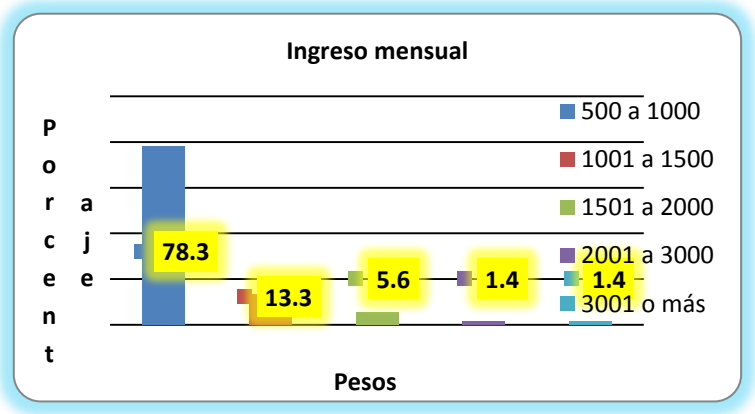
Gráfica 2. Estado civil las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Ingresos económicos

Cuando se cuestionó respecto al ingreso mensual de las mujeres universitarias se incluyó también a las que no trabajan con la intención de tener un indicio sobre su nivel socioeconómico. Por una parte 78.3% tiene un ingreso mensual de 500 a 1000 pesos, siguiéndole el 13.3% de 1001 a 1500 y el 8.4 % restante tiene un ingreso mayor a 1501 (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Ingresos económicos mensuales de las mujeres universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

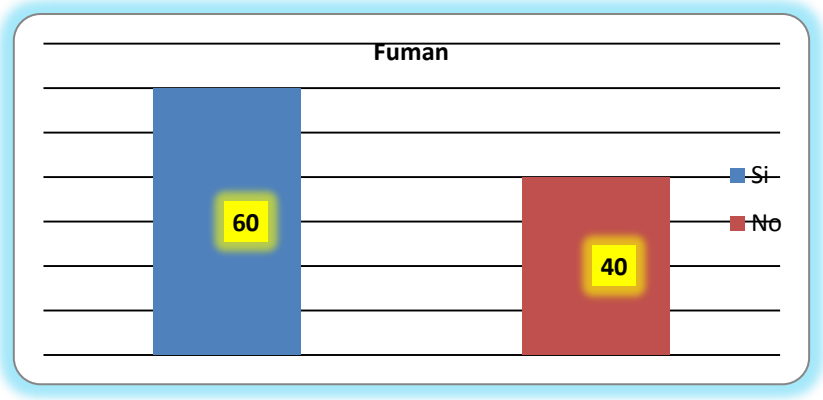


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

2. Uso del cigarrillo

De la población de las mujeres encuestas el 60% son fumadoras y el 40% no son fumadoras (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Mujeres fumadoras y no fumadoras universitarias encuestadas de la UACM, 2013.

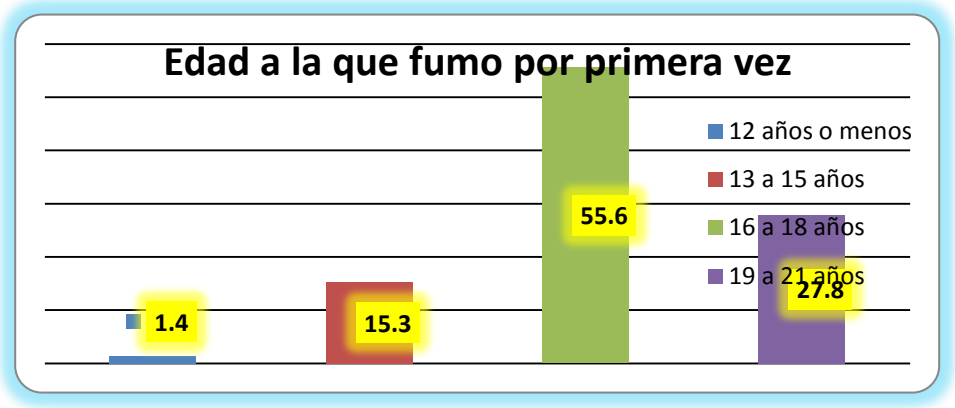


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Edad en la que comenzó a fumar

Cabe destacar que el 55.6% de las mujeres fumadoras comenzaron a fumar entre los 16 a 18 años, el 27.8% de ellas comenzaron entre los 19 y 21 años y el resto de la población comenzó antes de los 15 años (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Edad en la que comenzó a fumar las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

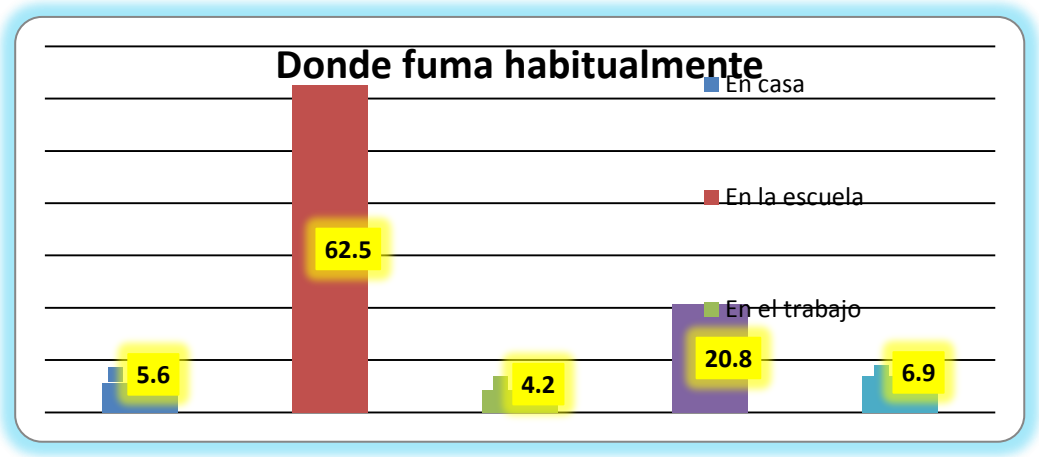


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Lugar donde fuma habitualmente

El 62.5% de las mujeres fumadoras, refieren que el lugar donde habitualmente fuman es en la escuela, seguida de las fiestas con el 20.8%, en la calle con el 6.9%, en la casa con un 5.6% y 4.2% lo hacen en el trabajo (Ver Grafica 6).

Grafica 16. Lugares donde fuma habitualmente las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

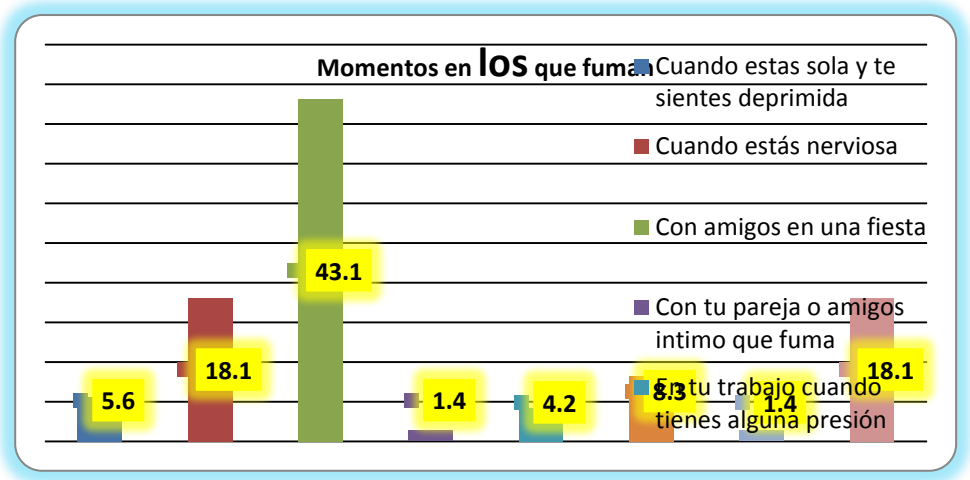


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Momentos en los que fuman regularmente

Podemos observar que los momentos donde fuman regularmente las mujeres universitarias; son el 43.1% con amigos en fiestas, seguido con el 18.1% que lo hacen en periodo de certificación o cuando se encuentran nerviosas, mientras que las menos consideradas fueron con cuando están con su pareja y/o están aburridas con el 0.8% (Ver Gráfica 7).

Grafica 7. Momentos en los que fuman regularmente las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM

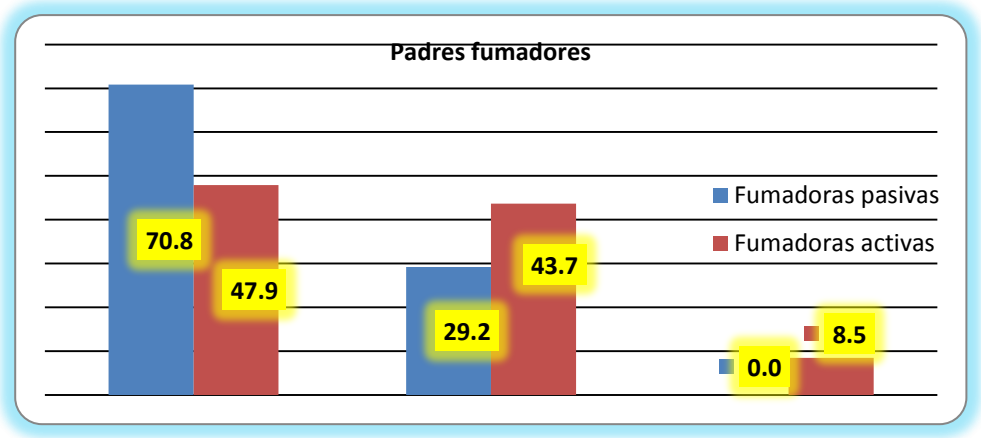


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

3. Contexto familiar y social
Papás fumadores

En lo que respecta al consumo de cigarros en los padres de las encuestadas, el 70.8% de las fumadoras pasivas ninguno de ellos fuma y el 29.2% al menos uno de ellos fuma. En el caso de las mujeres fumadoras activas, el 47.9% ninguno fuma, mientras que 43.7% al menos uno de ellos fuma y el 8.5% ambos fuman (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Padres fumadores de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM

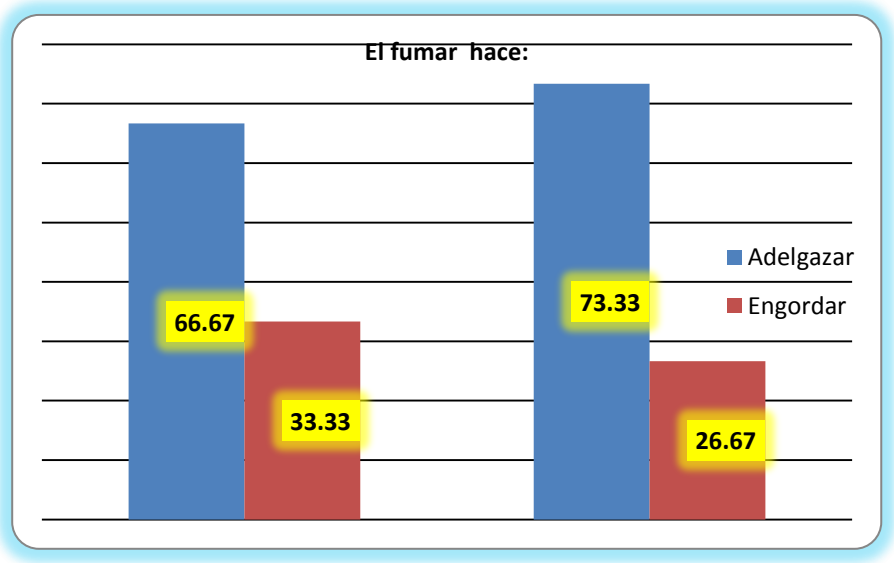


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Crees que fumar cigarros te hace:

Cuando se les pregunto si creen que fumar cigarros las hace adelgazar el 66.7% de las fumadoras pasivas respondieron que sí, mientras que el 73.3% de las fumadoras activas consideran que también les provoca lo mismo. Sin embargo, el 33.3% de las fumadoras pasivas consideran que fumar les ha ocasionado engordar, mientras que el 26.7% de las fumadoras activas consideran lo mismo (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, creen que fumar hace:

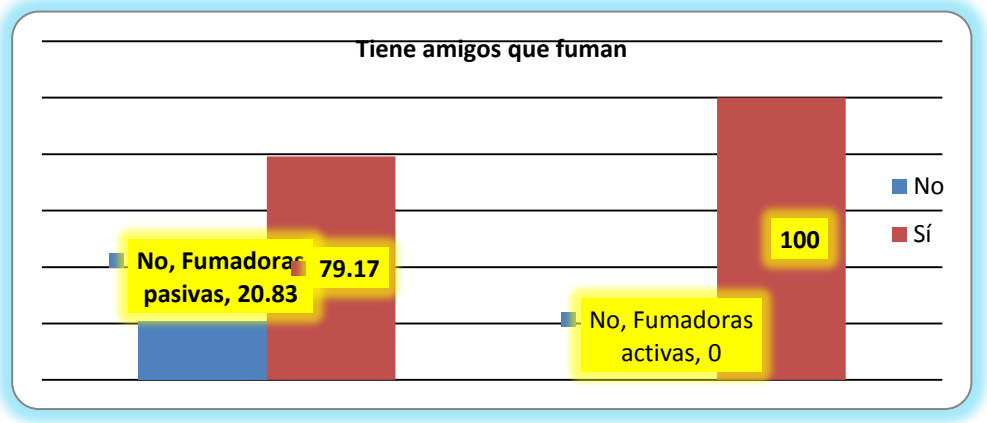


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Amigos fuman

En la Gráfica 10, se muestra como el 100% de los amigos de las fumadoras activas fuman, mientras que el 79.2% de las fumadoras pasivas también tienen amigos fumadores.

Gráfica 10. Tiene amigos fumadores las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM.

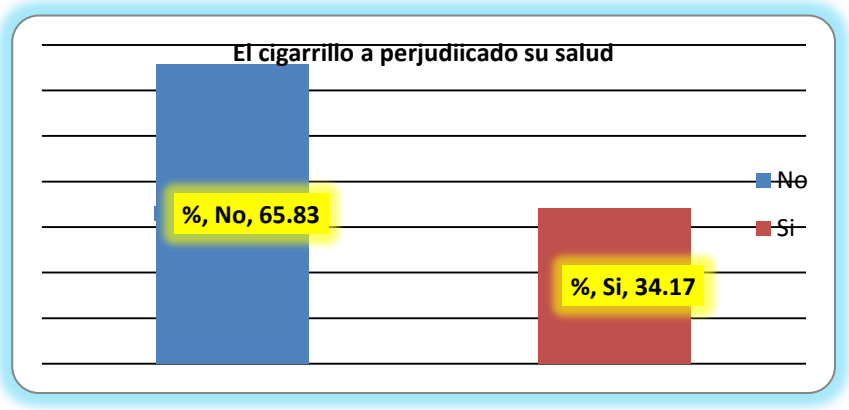


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

4. Daños a la salud
El cigarro ha perjudicado su salud

En la gráfica 11, se muestra que el 34.17% de las mujeres encuestadas ha perjudicado su salud y el 65.83% no las ha perjudicado.

Gráfica 11. De qué manera ha perjudicado el cigarro, a las salud de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, el cigarro.

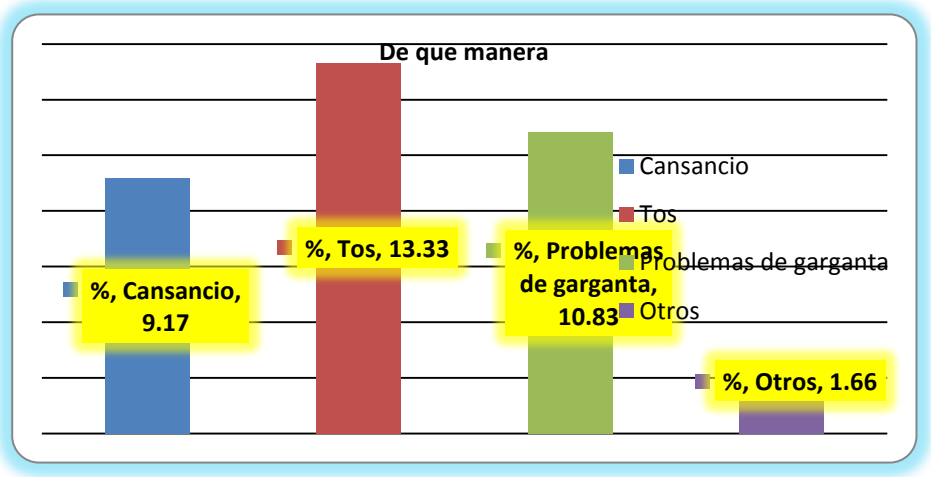


Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

De qué manera

De las que reportaron que si le ha perjudicado a su salud el cigarrillo, el 13.3% les ha ocasionado tos, el 10.8% problemas de la garganta, 9.2% cansancio (Ver Gráfica 12).

Gráfica 12. De qué manera ha perjudicado el cigarro, a las salud de las mujeres universitarias del plantel "Casa Libertad" UACM, el cigarro.



Fuente: Encuesta a mujeres universitarias de la UACM "Casa Libertada" 2013, Georgina Sánchez González.

Discusión

Observamos que existe un aumento significativo en la adquisición del hábito de consumir cigarrillos de tabaco entre las mujeres que se encuentran en el nivel superior,

por lo que es necesario aceptar la existencia de este problema de salud para a partir de ello desarrollar programas de promoción de la salud dirigido a las mujeres universitarias.

Por ellos se observa que la edad de las mujeres universitarias está distribuida de tal manera que la media de fue de 24.5 años. Esto representa que el 50% de las estudiantes están por encima de los 20 años. Esto quiere decir que una gran proporción de mujeres se encuentran en la etapa del adulto joven, “la edad adulta joven abarca entre los 20 y 40 años” (Jiménez, 2012:10). Esto es importante, ya que no indica que una parte de la muestra está influenciada por las características propias de esta etapa.

En lo que respecta al estado civil la muestra está constituida por un 81.7% de mujeres universitarias solteras y el porcentaje restante se integra por las categorías de casadas, unión libre y divorciadas. Estos datos concuerdan con las características observadas con anterioridad en donde el porcentaje más elevado se compone de jóvenes de entre 20 y 30 años.

Cuando se cuestionó respecto al ingreso mensual de las mujeres universitarias también a las que no trabajan con la intención de tener un indicio sobre su nivel socioeconómico. Se obtuvo que el 78.3% de las mujeres percibe mensualmente de $500 a $1000 pesos. De esta forma ratificamos el nivel de dependencia en este caso económica que tiene de sus padres o familiares y que como se menciona anteriormente la mayoría de ellas no tiene una actividad asalariada, pues su ocupación principal es estudiar.

Las mujeres universitarias que se consideraron fumadoras en el momento de contestar la encuesta representaron el 60% en tanto que las no fumadoras fueron el 40%. Estas cifras las encontramos en otros países de América Latina.

Cuando se es pregunto sobre la edad en la que fumo por primera vez, se muestra que el 50% de las mujeres universitarias fumadoras adquirieron el hábito de fumar entre los 16 y 18 años, es decir, no fue en la actual etapa de estudios, sin embargo, el resto un 27.8% adquirieron el hábito casi al finalizar la etapa de la adolescencia. Esto al compararlo con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009, concuerda con los resultados citados que la edad de inicio en el consumo de tabaco en nuestro país es entre los 15 y 17 años (hombres y mujeres) y el segundo grupo más afectado en las mujeres es entre los 18 y 19 años. Esto nos muestra un buen panorama, para no dejar a un lado a este grupo y trabajar con ellas.

En cuanto a los lugares donde más se fuma es lamentable saber que el 62.5% de la mujeres fumadoras lo hacen en la escuela, por lo que se podría asumir que hay un gran número de la población de la UACM del plantel “Casa Libertad”, están expuestos al humo de cigarro, el cual es más nocivo según la OPS y OMS.

La familia, sin lugar a dudas, está directamente relacionada con el hábito del tabaco ya que juega un papel muy importante para el ser humano durante el proceso de socialización, por eso, que pueden dar algunos elementos para analizar la influencia de la familia hacia las mujeres universitarias fumadoras.

La influencia de los mejores amigos o parejas es conocida como una de las más importantes causas para realizar conductas negativas, de tal forma que más del 80% de los jóvenes se inician el consumo de tabaco es con los amigos. En ocasiones, el inicio del consumo se lleva a cabo como un fenómeno de integración en un determina grupo, esto se ve claramente en este estudio ya que las el 100% de la fumadoras tiene amigos fumadores, y es aún más sorprendente que el 79.2% de las no fumadoras conviven con amigos fumadores.

Por otro lado, el daño a la salud que les ha ocasiona el fumar o estar expuesta al humo de cigarro a las fumadoras y a las no fumadoras aun es mínimo, pero de no radicar con esto es en pocos años puede aumentar.

Finalmente las motivaciones para iniciar o continuar con el consumo de tabaco destacan los familiares y amigos fumadores. Esto está en acuerdo con estudios revisados que reportan que el tener padres, hermanos o amigos fumadores, construyen factores asociados al consumo frecuente de tabaco en las mujeres universitarias.

Entre uno de los motivos más preocupante es que la fumadoras y la no fumadoras consideran que fumar te hace adelgazar, como lo dice Jané (2004) el género femenino asociados con el inicio del consumo de tabaco destacan fundamentalmente la autoestima y al mantener estos factores las mujeres aumentaran su autoconfianza y la impresión de estar a la moda.

Por lo antes ya expuesto es necesario reorganizar las acciones y responder al impacto del tabaco en la vida de las mujeres, desarrollando mecanismo sensibles de género y políticas públicas de empoderamiento de las mujeres.

Referencias

López Espino F. (2011) *Dependencia del tabaco y Adicción, Control y Vigilancia*, Alianza contra el tabaco, A.C., México.

Calleja, Nazira (2012) *Medidas para el control del tabaco en México y en el Mundo*. *Enseñanza e investigación en Psicología* [en línea].VOL. 17.

Jiménez Sánchez G. (2012) *Teorías del desarrollo III*, Red Tercer Milenio, México.

Márquez Pérez F.L. Garrido Romero J.J. Domínguez Moreno J.L. (2011). *El consumo de tabaco como un proceso*. En C.A Jiménez (Ed), Tratado de tabaquismo (pp.31-43). Madrid: Aulamédica.

Jané M. (2004) *Mujeres y tabaco: aspectos principales específicos de género*. Adiciones, p.115-130.

Jané M., Pardell H, Salto E., Salleras L. (2001) *Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento*. Prev Tab, p.147-154.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Disponible en línea: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1

(Recuperado en agosto de 2014).

Organización Mundial de la Salud (2010) *Tabaquismo*. Disponible en línea: http://www.who.int/topics/tobacco/es/ (Recuperado en Marzo de 2013)

CULTURA PARA LA SALUD: UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN

Autores: M.C. Angélica Araujo Saenz/Lic. Arturo Herrera Robles

Institución: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Abstract

In recent years, the University of Juarez has been applying medical tests for all new students; according to recent evaluation results, obesity and overweight are important factors for chronic diseases for new generations. This paper describes the joint efforts between the Student Welfare Office and the Programa Universidad Saludable (Healthy University Programme) to develop a “Health Culture” promoting healthy habits in a single course aimed to produce a positive impact in academic performance among undergraduate students. This paper shows how this 4 credit-based course is an attractive alternative for undergraduates seeking for complimentary education.

Resumen

Desde hace algunos años la UACJ ha aplicado un examen médico a todos los estudiantes de nuevo ingreso, de acuerdo a los resultados, la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo de salud incluso para jóvenes estudiantes; el presente trabajo describe los esfuerzos en conjunto realizados por la Dirección de Extensión y Servicios Estudiantiles y la Subdirección de Universidad Saludable para el desarrollo de una cultura saludable entre estudiantes de pregrado a través de un curso con valor curricular donde se promueven hábitos saludables que buscan impactar en un mejor desempeño académico; además de mostrar como este curso de tres créditos se convierte en una atractiva alternativa para los estudiantes que buscan complementar su formación académica.

Introducción

Dentro de las universidades públicas, se ha ido generando la idea de la procuración de la salud integral de los estudiantes, como parte de una política universitaria que garantice un buen estado físico, mental y social para su desarrollo humano y académico.

Dentro de las políticas de calidad de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2014), se establece como un compromiso de calidad contribuir a la formación de ciudadanos y profesionales competitivos, críticos y comprometidos, con capacidad de innovar y de satisfacer las necesidades del entorno. Esto representa que el capital humano formado dentro de las instituciones universitarias debe de corresponder a las necesidades y dinámicas de la sociedad en su momento de formación. Por otra parte, la subdirección de Universidad Saludable considera que la salud representa uno de los ejes centrales de la formación de los universitarios, y esta debe ser vista desde una visión amplia y sistémica donde converge el aspecto físico, mental y social, como áreas del desarrollo integral del

individuo. El supuesto detrás de esta política institucional se basa en la premisa de que sin una buena salud, el estudiante difícilmente puede conseguir buenos resultados en el ámbito académico. De acuerdo a la experiencia de los miembros del proyecto, el estudiante enfermo no tiene un rendimiento óptimo en su desempeño escolar al contar con limitaciones en su estado físico, emocional y social.

Marco de referencia

La salud representa uno de los principales factores para que un individuo pueda vivir plenamente, según la declaración de Alma Ata (1978) la salud es un derecho humano fundamental y el logro de grado más alto posible en salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Por lo tanto, dice la OMS (1998) que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Asimismo menciona la OMS (1998) que la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez desde 1997 se declaró como una Universidad Promotora de Salud (UPS) que conceptualmente la definen Tsouros A.G. (1998) como aquella que a través de la distribución social del conocimiento, realiza acciones estratégicas y sostenidas que fomentan la salud integral y la participación de la comunidad universitaria, desarrollando una cultura de la salud, incluyendo la formación de estilos de vida saludable y de autocuidado, así como oportunidades y entornos de vida saludable y aprendizaje saludable, investigación y docencia dentro de sus funciones sustantivas. Las UPS tienen la misión de formar individuos integralmente sanos, comprometidos con su entorno como agente generadores del cambio, contribuyendo al desarrollo humano y social, saludable y sostenible en el marco de sus atribuciones, funciones, política y programas.

Otro de los conceptos importantes que hay que destacar es el de la promoción de la salud que de acuerdo a la carta de Otawa (2000) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Como institución educativa de nivel superior nuestro compromiso es formar profesionales integrales, para esto es necesario desarrollar habilidades que les permitan enfrentarse en el ámbito profesional. Las habilidades para la vida las define la OMS como las capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permite a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Entre las que destacan las habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que este cambie. Como ejemplo de habilidades para la vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal, y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés.

Por otra parte, la prevención es un pilar de la salud y la educación, anticiparnos a las enfermedades puede ser más económico que atenderlas. Hoy en día los jóvenes universitarios no están exentos de enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes e hipertensión arterial, entre las más recurrentes, de acuerdo a datos obtenidos cada semestre en el examen médico que se les práctica a los alumnos de nuevo ingreso, cuatro de cada diez alumnos ingresan a la universidad con sobrepeso y obesidad. Todo esto debido al ritmo de vida que tiene el estudiante universitario, en el cual tiene que trabajar, estudiar, y apoyar en las tareas del hogar.

Desde 1997 la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) realiza el examen médico a los alumnos de nuevo ingreso, el cual consiste en la aplicación de tres encuestas que abarcan el estado físico, estilos de vida y salud mental, además de siete módulos: registro, presión arterial, laboratorio, salud bucal, antropometría, salud visual, acondicionamiento físico. Los resultados han permitido elaborar un Diagnóstico Integral de Salud de los alumnos de nuevo ingreso, en el cual los datos más sobresalientes son los relacionados al problema del sobrepeso y obesidad, en la siguiente tabla se muestra como la obesidad se ha incrementado en los últimos semestres.

	2012 5,097 alumnos	**2013 4605 alumnos**	**2014 (ene-jun) 1675 alumnos**
Bajo peso	6.50 %	8.46 %	5.53%
Peso normal	54.80 %	58.05 %	50.86 %
Sobrepeso	24.50 %	21.42 %	27.58 %
Obesidad	13.80 %	8.27 %	10.98 %
Obesidad grave		2.83 %	3.58 %
Obesidad mórbida		.97 %	1.67 %

Sin embargo, detectar e identificar los riesgos no ha sido suficiente, ya que resulta necesario consolidar acciones integrales y continuas, orientadas a promover la cultura de la salud entre la comunidad universitaria. Por lo antes expuesto, la UACJ a través de la Dirección de Extensión y Servicios Estudiantiles, y la Subdirección de Universidad Saludable, está implementando una materia con créditos SATCA denominada *Cultura para la Salud*, que se pone a disposición de los estudiantes para promover una conducta saludable, basada en tres ejes: a) la prevención de enfermedades; b) la disminución de riesgos, y c) los comportamientos saludables. Entendiendo como *Cultura para la Salud*, el conjunto de actitudes y hábitos de la población frente a los problemas de salud, resultante del conjunto de conocimientos y valores que en cada momento histórico, tienen las poblaciones sobre esos problemas.

El objetivo general de este proyecto es formar universitarios integrales y comprometidos con el cuidado de su salud, que mejoren sus prácticas de prevención y de atención bio-psico-social. Además contempla tres objetivos específicos, que a continuación se mencionan:

1. Fomentar una cultura para la salud entre los estudiantes universitarios de una manera integral, contemplando aspectos de la vida social, bilógica y psicológica.
2. Prevenir enfermedades crónicas y conductas que ponen en riesgo la salud de los estudiantes.
3. Capacitar a los estudiantes en estilos de vida saludables.

Para cumplir con los propósitos establecidos en el proyecto, la metodología que se utiliza es la siguiente:

1. La subdirección de Universidad Saludable le da difusión al proyecto a través de los medios electrónicos como el correo electrónico y las redes sociales y a través publicidad impresa como posters y volantes, que se publican y distribuyan en lugares afluencia estudiantil.
2. El alumno se inscribe en la materia Cultura para la Salud.
3. El alumno revisa la oferta de Cultura para la Salud publicada en la página electrónica y elegir 20 eventos: 10 conferencias de educación para la salud, 4 actividades obligatorias de promoción para la salud y juntar 20 horas en las actividades opcionales de promoción para la salud. Además se cuenta con dos actividades especiales con las que se podrá sustituir las opcionales.
4. El alumno acude a la Subdirección de Universidad Saludable con la Coordinadora de Salud Pública por el carnet de Cultura para la Salud.
5. En cada conferencia el alumno deberá mostrar el carnet de Cultura para la Salud en donde se sellará la entrada y salida; o bien se sellara la actividad de promoción para la salud realizada en la Unidad de Atención Medica Inicial del Instituto.
6. Se deberá conservar como comprobante el carnet de Cultura para la Salud con los sellos correspondientes.
7. Para acreditar la materia el alumno realizara un ensayo empírico acerca de la información recibida en las conferencias.
8. El participante deberá notificar al correo electrónico del responsable de la Jefatura en Salud Pública cuando está listo para acreditar la materia anexando el ensayo empírico y entregar físicamente el carnet de Cultura para la Salud para iniciar el trámite.
9. Una vez cubiertos los requisitos de asistencia el alumno puede acreditar o no la materia de formación integral: Cultura para la Salud I, la cual no es susceptible de generar calificación alguna.

Los temas de educación para la salud, fueron elegidos a través de la revisión del diagnóstico y la encuesta de factores físicos, psicológicos y estilos de vida, misma que contestan al momento de ingresar los alumnos de nuevo ingreso a la Universidad, los temas fueron divididos en cuatro áreas:

1. Estilo de vida saludable
    a. Hábitos Alimenticios
    b. Modificación de hábitos alimenticios
    c. Ejercicio físico y su importancia en la salud
    d. Adicciones y estilo de vida saludable
2. Prevención de Enfermedades Crónico Degenerativas
    a. Hipertensión Arterial
    b. Diabetes Mellitus
    c. Dislipidemias
3. Salud Sexual y Reproductiva
    a. Sexo seguro y responsable
    b. Métodos Anticonceptivos
    c. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
    d. VIH/SIDA
4. Salud Mental
    a. Depresión
    b. Ansiedad
    c. Estrés

Las actividades obligatorias del área de promoción para la salud que deben de cubrir son quince horas, se motiva al estudiante para que lleve a cabo la gestión de servicios de salud para su bienestar personal.

1. Tramite completo de Afiliación al IMSS (4 horas)
2. Esquema de vacunación (3 horas)
3. PrevenIMSS (6 horas)
4. Uniejercitate: visita guiada (2 horas)

Las actividades opcionales son veinte horas, que consisten en seleccionar algunas de las siguientes:

1. Evaluación, vigilancia y asesoría del estado nutricional (5 horas)
2. Asesoría para la prevención de Infecciones de transmisión sexual (2 horas)
3. Asesoría, promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos (5 horas)
4. Asesoría y detección oportuna de Hipertensión (5 horas)
5. Asesoría y detección oportuna de Diabetes (3 horas)
6. Asesoría y detección oportuna de Hipercolesterolemia (3 horas)
7. Asesoría y detección oportuna de Cáncer de mama (2 horas)
8. Asesoría y detección oportuna de Cáncer cérvico uterino (2 horas)

Además hay dos actividades especiales en las que se pueden acumular 20 horas

1. Incorporación a grupos de autoayuda (20 horas)
2. Incorporación a Uniejercitate (20 horas)

La evaluación comprende la evidencia de asistencia a las actividades que marca el proyecto:

1. Carnet de Cultura para la Salud sellado.
2. Verificación de lista de asistencia a conferencias.
3. Verificación de acciones de promoción de la salud por la UAMI.
4. Cartilla de Salud del IMSS, con vigencia y sello de la Unidad Medico Familiar.
5. Ensayo empírico de 3 cuartillas mínimo.

Resultados

Este proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario en el semestre de enero-junio del 2013, y fue puesto en marcha en el semestre agosto-diciembre del 2014, se han ofertado 28 conferencias con temas relacionados a las diferentes áreas propuestas (automedicación, VIH-SIDA, suicidio, aborto, depresión, relación del virus del papiloma humano y el cáncer Cervicouterino, alcoholismo, diabetes mellitus, síndrome metabólico, hipertensión arterial, estrés, métodos anticonceptivos, embarazos no programados, control y prevención de toxicomanías, crisis convulsivas, accidentes automovilísticos, cáncer de mama, enfermedades de transmisión sexual, primeros auxilios, tabaquismo), debido a que es una propuesta de reciente creación en el primer semestre que se ofertó participaron 87 alumnos, que concluyeron satisfactoriamente, asimismo hay que destacar que es un plan integral de salud el que el alumno desarrolla, en el cual tiene que poner en práctica habilidades cognitivas en materia de salud.

Conclusiones

El proyecto Cultura para la Salud ha dado la oportunidad de que los alumnos universitarios , se involucren en asuntos del cuidado de su cuerpo, ya que la vida rápida

que se desarrolla en la frontera limita que las personas se preocupen por su salud, es tan poco el tiempo al día y son tantas las actividades que nuestros alumnos realizan que a veces es complicado que le dediquen tiempo a actividades saludables o simplemente detenerse a comer algo nutritivo, ya que la comida rápida esta por todos lados. Este proyecto nos da la oportunidad de que el alumno obtenga un beneficio personal, tres créditos pueden ser suficientes para terminar la carrera. El alumno desarrolla habilidades cognitivas, sociales y emocionales que le permiten aprender, practicar alguna actividad física, mejorar su rendimiento académico, su autoestima y cuidar su salud, todo esto repercute de manera positiva en el bienestar personal y social de los estudiantes.

Referencias

Calvo Brozos, Socorro, 1992, Educación para la salud en la escuela, Ediciones Diaz de Santos S.A., Madrid

González Alfaya, Ma. Elena, 2009, Intervención de la Universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes, Universidad de Santiago de Compostela, España

OMS (1998a): Glosario de términos básicos en promoción de la salud En internet: <http://www. msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

OPS www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm

Política de calidad UACJ, http://www.uacj.mx/SGC/paginas/default.aspx

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE COMALCALCO, TABASCO.

García-Chán Dominga del Carmen

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México.

Lozada-Maldonado Violeta

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México.

RESUMEN

El diagnóstico situacional de la salud reproductiva en las en una unidad de salud en la comunidad Villa Tecolutilla sector 2 de la Jurisdicción sanitaria número 5 de Comalcalco, Tabasco. **Objetivo general:** Describir la situación de salud reproductiva de las mujeres de las áreas de influencia del Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA). **Métodos:** Población comunidad Villa Tecolutilla **Diseño del estudio,** transversal, descriptivo. La

población está compuesta por Mujeres en edad fértil (MEF) y mujeres embarazadas en edad fértil unidas (MEFU) que son atendidas por núcleos básicos del CESSA del municipio de Comalcalco Tabasco. Se incluyeron todas las mujeres en edad fértil de acuerdo a la clasificación de la hoja censal de la secretaría de Salud y se excluyeron menos de 12 años de edad, durante el periodo comprendido del 4 de Febrero al 14 de Marzo 2014. **Instrumentos.** Se utilizó la hoja censal de la Secretaría de Salud, compuesta por datos sociodemográficos, estudio socioeconómico y factores de riesgo para la salud. Se inicia la recolección de información por medio de los 5 módulos de atención. **Consideraciones éticas** Se respeta los decretos y garantías por de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), por el estudio se apegará a lo establecido en el Titulo Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I. La entrevista la realiza estudiantes de enfermería obstétrica del 4to. Semestre acompañada por el responsable del Módulo de atención al que pertenece la familia solicitándole al Jefe de familia que responda las cedulas; proporcionando de nuestra parte un trato digno y respetuoso durante toda la entrevista **Resultados**: Características sociodemográficas, factores de riesgo en salud reproductiva entorno de la población así como los daños y riesgos para la salud de las mujeres y complicaciones obstétrica Se cesaron 2,250 familias, de las cuales mujeres en edad fértil 1176 (MEF), 1333 mujeres en edad fértiles unidas (MEFU), 145 de estas embarazadas y 9 sin control prenatal.. **Promoción a la Salud.** Se realizaron las siguientes actividades una feria de la salud: Se instalaron 6 módulos para los cuidados de la salud dirigida a la salud reproductiva: 2 módulos de detección de riesgo, módulo de Inmunizaciones, módulo de Toma de citologías y exploración mamaria. Talleres de Psicoprofilaxis en el embarazo utilizando rotafolios, trípticos y murales. El alumno desarrolló habilidades y destrezas intelectuales, interpersonales y prácticas, en la atención al estado de salud de la familia y la comunidad.

DIAGNOSIS OF REPRODUCTIVE HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF COMALCALCO, TABASCO.

ABSTRACT

The situational analysis of reproductive health in a health unit in Villa Tecolutilla health industry 2 District No. 5 of Comalcalco, Tabasco community. Overall objective: To describe the reproductive health situation of women in the areas of influence of the Center for Comprehensive Health Services (CESSA). Methods: Population Villa Tecolutilla design community, transverse, descriptive. La population consists of women of childbearing age (MEF) and pregnant women of childbearing age together (MEFU) that are served by basic units of the municipality of Comalcalco CESSA Tabasco. All women of childbearing age were included according to the classification of census sheet of the Ministry of Health and excluded under 12 years old during the period from February 4 to March 14 2014 Instruments. The census sheet of the Ministry of Health, composed of demographic data, socio-economic study and risk factors for health was used. Data collection was initiated by means of the 5 modules atención. Consideraciones ethical decrees and guarantees of the General Health law in the Field of Health Research (SS, 1987) is respected by the study will be devoted to provisions of Title Two of the ethical aspects of human research Chapter I. the interview takes midwifery students 4th. Semester accompanied either by the attention module belongs to the family asking the head of the family meeting cedula; providing us with dignity and respect throughout the interview treatment Results: Socio-demographic characteristics, risk factors in reproductive health environment of the population as well as damage and health risks of obstetric complications for women and

2,250 families were stopped, the which 1176 women of childbearing age (MEF), 1333 women in fertile age together (MEFU), 145 of these pregnant without birth control and 9 .. Health Promotion. The following activities, a health fair were performed: 2 modules detection risk Immunizations module, module socket smears and breast examination: 6 modules for health care directed to reproductive health were installed. Workshops Psicoprofilaxis in pregnancy using flip charts, brochures and murals. Students developed skills and intellectual, interpersonal and practices in the health care of the family and community skills.

INTRODUCCIÓN

Para alcanzar las metas de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas. Se fijaron ocho objetivos, uno de los objetivos prioritarios es mejorar la salud materna. En México se busca desarrollar intervenciones que mejoren la salud pública. La muerte materna es un indicador significativo de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y la prestación de estos. En este rubro de la salud reproductiva es reducir en tres cuartas partes de la mortalidad materna de 1990 y 2015, Actualmente la cifra ha disminuido desde 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna por 100, 000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63%, aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de alcanzar la meta, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22% por 100, 000,nacidos vivos .Dentro de los objetivos es lograr el acceso universal a la salud reproductiva, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, lograr el acceso universal al tratamiento de todas las personas que lo necesitan. En México de mortalidad materna es de 992mujeres en el año 2010 mujeres de este total, 67. 7 % ocurrieron en mujeres sin seguridad social y el 19%, fuera de una unidad médica, hogar y vía pública. El reto en este caso es mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención de parto y el puerperio. El 21% de los embarazos que se atendieron en Instituciones públicas fueron a menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad, el riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años. La cobertura de atención prenatal es de 67% a nivel nacional donde las mujeres reciben solo 5 consultas prenatales según Encuesta Nacional de salud (ENSANUT 2012).

El diagnóstico situacional de la salud reproductiva (SR) según la Organización Mundial de la salud (OMS). Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida., implica que las personas puedan tener vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y en qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y esequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de los hijos sanos. El acceso a la información sobre los métodos anticonceptivos, la atención prenatal, los partos sin riesgo y la atención posparto, la prevención y el tratamiento adecuado de la infertilidad, la prevención del aborto, el tratamiento de infecciones de órganos reproductivos, de las enfermedades de trasmisión sexual y otras condiciones de salud reproductiva y la paternidad responsable, e información de servicios específicos disponibles de atención al VIH (SIDA), al cáncer de mamá la infertilidad, el parto y el aborto. El diagnóstico situacional de la salud reproductiva nos permite conocer a fondo la realidad existente, para poder proceder a buscar solución a través de un mayor acceso a la educación y a los servicios de salud. A

través de la Práctica comunitaria de enfermería Obstétrica donde el objetivo de este estudio es describir la situación de salud reproductiva de las mujeres de las áreas de influencia del Centro de Salud de Servicios Ampliados (CESSA) de Villa Tecolutilla, Comalcalco. Y donde alumno desarrolla habilidades y destrezas intelectuales, interpersonales y prácticas, para la valoración del estado de salud de la familia y la comunidad, así como para la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería, con base en el proceso de enfermería y en el marco de la organización y operatividad del primer nivel de atención.

Introducción

Métodos: La Población de la Comunidad Villa Tecolutilla con un total de 2055 viviendas con una población total de 7,746 personas de los cuáles 3793 son hombres y 3953 mujeres. **Diseño del estudio,** transversal, descriptivo. La población está compuesta por Mujeres en edad fértil 1176 (MEF) y mujeres embarazadas en edad fértil unidas 1133 (MEFU) que son atendidas por núcleos básicos del CESSA de Villa Tecolutilla de Comalcalco Tabasco. Se incluyeron todas las mujeres en edad fértil de acuerdo a la clasificación de la hoja censal de la secretaría de Salud y se excluyeron menores de 12 años de edad, durante el periodo comprendido del 4 de Febrero al 14 de Marzo 2014.Se utilizó programa Excel. **Instrumentos.** Se utilizó la hoja censal de la Secretaría de Salud, compuesta por datos sociodemográficos, estudio socioeconómico y factores de riesgo para la salud. Se inicia la recolección de información por medio de los 5 módulos de atención. **Consideraciones éticas** Se respeta los decretos y garantías por de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), por el estudio se apegará a lo establecido en el Titulo Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I. La entrevista la realiza estudiantes de enfermería obstétrica del 4to. Semestre de la Licenciatura de Enfermería acompañada por el responsable del Módulo de atención al que pertenece la familia solicitándole al Jefe de familia que responda las cedulas; proporcionando de nuestra parte un trato digno y respetuoso durante toda la entrevista.

Resultados: Estadística descriptiva. Características sociodemográficas: La población total con la que cuenta Villa Tecolutilla es de 7746 de las cuales, 3793 son masculinos y 3953 femeninas. Así mismo la población menor de 18 años son 2581 y la mayor de 18 años de edad son un total de 5165. El tipo de familia que predomina en la comunidad es nuclear prevaleciendo el jefe de familia y en menor porcentaje las familias monoparentales y extensas. Se encontró que 6463 son derecho habientes de Instituciones de Salud como: Seguro Social, Seguro Popular, ISSSTE, ISSET y PEMEX, y solo 1283 personas son población abierta, es decir no cuentan con servicio médico o asisten a la atención privada. De las 2250 familias y con un total de 2055 viviendas, solo 60 (2.92%) tienen piso de tierra y en el material predominante 1186 (57.7%) tienen techo de lámina de zinc y 166 cuentan con una sola habitación para dormir, de las cuales 1703 (82.8%) son casas propias y 352 (17.1%) son viviendas compartida.,1354 (66%) están conectadas al servicio de drenaje público, en cuanto al servicio y abastecimiento de agua 1958(92%) cuentan con servicio agua potable, 138 tienen pozo con brocal y 31 pozo sin brocal y 1972 son beneficiadas con servicio de luz eléctrica. En cuanto a la educación encontramos que 341 personas son analfabetas de las cuales 181 son mujeres (5.18%) y 1407 alfabetos si saben leer y escribir hayan o no concluido algún estudio, de la población restante un total de 1679 concluyeron primaria entre hombres y mujeres, 1425 terminaron secundaria, 1106 concluyeron el nivel medio superior y solo 613 terminaron una carrera profesional.

Factores de riesgo en salud reproductiva en mujeres en edad fértil 1176 (MEF), 1333 mujeres en edad fértiles unidas (MEFU), 467 sin algún método de planificación familiar, 145 de estas embarazadas y 9 sin control prenatal. 1097 sin detección de CaCu, y 1084 sin detección de CaMa, sin detección de diabetes 2435, sin detección de hipertensión arterial 2401. Fauna nociva y transmisora en el medio y en la vivienda es inducida principalmente por un insecto "el mosquito" el cual es predominante en la Comunidad, el Concentrado general informa que hay un total de 1149 perros y un número de gatos de 148, también hay existencia de más animales como moscas, animales ponzoñosos y roedores, ya que el habitad es adecuado para su supervivencia. En cuanto a la contaminación ambiental el 331 (16.10%) optan por quemar la basura y 0.4% la entierran.

Los recursos para la salud un C.E:S.S.A. Con seis áreas de atención de los cuales 5 prestan sus servicios en el turno matutino y 1 en el turno vespertino, presta atención médica de 1er nivel, con los siguientes servicios: Consultorio de pediatría Consultorio de inmunizaciones, Consultorio de ginecología, Farmacia, Área de hidratación oral, Consultorios médico general (familiar), consultorio de psicología,1 consultorio de nutrición clínica, Área epidemiología, Laboratorio de análisis clínicos, Área de urgencias, Área de hospitalización, Área de RPBI, Consultorio de odontología, Área administrativa, Dirección, Calidad y Enseñanza, Área C.E.Y.E, Jefatura de enfermería, Almacén general. Los consultorios específicamente integrados un médico familiar, enfermería y promotor comunitarios, El área de urgencias y hospitalización que está encargada por los doctores: en el Turno Matutino, Turno vespertino a cargo de dos médicos. Se encuentran 6 camas en el área de urgencias y 4 en hospitalización.

Discusión

En este estudio se identificó que existe una mejoría en los servicios de salud reproductiva. Es evidente que en los últimos años, existe una mejoría en la cobertura de los servicios atención materna, Lozano y Cols reportaron que, a nivel nacional, la cobertura efectiva de control prenatal en 2006 era de 67%; y el presente estudio muestra que el 93% de las pacientes embarazadas llevan control prenatal en distintas instituciones de salud pero se observa en su carnet perinatal que no cumplen con sus consultas de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2- 1993. Quedando un rezago de un 7%. La cobertura de la atención prenatal tiene sentido sólo cuando está es efectiva. Las tasas elevadas de bajo peso al nacer y de mortalidad perinatal como lo mostraron Laurenti, y Buchalla (2006). El Consejo nacional de Población (CONAPO 2010), reporta que las mujeres procedentes de áreas urbanas res procedentes de áreas urbanas reportan mayor morbilidad durante el embarazo, ($p<0.01$), Por otro lado las residentes de áreas rurales tienen significativamente, menos años de escolaridad, menor edad y una menor proporción a la filiación a la seguridad social, aunque la proporción de afiliadas al seguro popular es mayores el caso de esta la comunidad Villa Tecolutilla donde 1679 concluyeron primaria entre hombres y mujeres, 1425 terminaron secundaria, 1106 concluyeron el nivel medio superior y solo 613 terminaron una carrera profesional.

Conclusión

La mujer debe recibir cuidados preconcepcionales y una vez embarazada se deben de iniciar medidas dirigidas al hogar y su entorno, debe existir comunicación con el personal de salud y fácil acceso a los CESSA, para otorgar promoción y educación sanitaria respectiva, como es conocimientos de los programas prioritarios de la salud reproductiva. Para ello se requiere la formación profesionales de enfermería capacitados en el cuidado de la salud Materna durante el embarazo, nacimiento y puerperio, con mística de servicio

y compromiso moral en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres. Se ejecutó un programas preventivos y de control vigentes en el estado para intervenir con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la salud a grupos de alto riesgo de acuerdo al diagnóstico de salud del sector asignado, para promover hábitos y estilos de vida saludable que permita conservar o mejorar la salud, en familias y colectividades. Construyendo el diagnóstico de la situación de salud reproductiva donde planeo,

Ejecutó y evaluó el cuidado enfermero a la persona, familia y colectividad, a fin de promover y preservar la salud en el primer nivel de atención con enfoque holístico. De igual manera el alumno de Licenciatura en enfermería Comprendió, analizó y aplicó las políticas de salud nacional y estatal para brindar el cuidado enfermero con enfoque social, realizando un trabajo de calidad, acorde a los valores de la profesión.

PROMOCIÓN A LA SALUD.

Se realizaron las siguientes actividades una feria de la salud: Se instalaron 6 módulos para los cuidados de la salud dirigida a la salud reproductiva. Módulo somatometria, Peso y talla (IMC), Toma de glucosa y presión Arterial, aplicación de biológicos (Modulo de Inmunizaciones), Modulo de Toma de citologías y exploración mamaria. Charlas educativas, de (CaCu, CaMa), embarazo saludable, Nutrición en el embarazo, planificación familiar y tres Talleres de Psicoprofilaxis en el embarazo utilizando rotafolios, trípticos y murales. El alumno desarrolló habilidades y destrezas intelectuales, interpersonales y prácticas, en la atención al estado de salud de la familia y la comunidad.

Referencia

Burns, N., Grove, S. K., & Soriano, M. G. (2004). *Investigación en enfermería*. Barcelona: Elsevier

Consejo Nacional de Población.

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles_salud_reproductiva_estados/Perfiles_SR_15_MX.pdf

Cuentas en salud Reproductiva y Equidad de Género. 2013-2

011- Recuperado en http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131202_CuentasSR_2011-E.pdf

Evaluación Estratégica sobre Mortalidad en México 2010. Recuperado en

http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio recuperada en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html

OLDS, Sally. B. et.al. Enfermería Materna infantil. Ed. Mac-Graw-Hill - Interamericana. 4ª.ed. 4. (Disponible en Biblioteca de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco).

REEDER, Sharon. Et.al. Enfermería Materno infantil. Ed. Mac-Graw-Hill - Interamericana. 17a.ed. (Disponible en Biblioteca de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco).

DIAGNÓSTICO DE SALUD Y CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Diagnosing health and self-care skills in nursing students at a university in Mexico City

Autores

M. en C. Juan Gabriel Rivas Espinosa.
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
M. en C. Elsy Elizabeth de Jesús Verde Flota.
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
Lic. en Enfermería Carrada Reyes Karina.
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
Lic. en Enfermería Guerra Escamilla Laura Margarita.
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
Lic. en Enfermería Ramírez Posada Erika Shantal.
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Resumen

Introducción: la realización de un diagnóstico de salud y en este caso de jóvenes, nos permite conocer los factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, religiosos y económicos, entre otros; que pueden influir en su salud. En este sentido la teoría de Dorothea Orem y a través de sus ocho requisitos permitió realizar este estudio.

Objetivo: identificar el estado de salud y las capacidades de autocuidado de los estudiantes de Enfermería de una universidad de la Ciudad de México.

Material y métodos: diseño de un instrumento de valoración de enfermería que constó de 312 ítems calificando 3 posibilidades, en la escala de Likert (bueno, regular y malo). Se utilizaron medidas de tendencia central. Se tomó como referencia para la elaboración del instrumento los ocho requisitos de Dorothea Orem

Resultados: el 44% de estudiantes de enfermería que participaron en el estudio, considera tener un estado de salud actual bueno, no obstante se detectó 48% de sobrepeso y 9% de obesidad. El 52% de la muestra presenta riesgos en su vida sexual y

el 51% contestó haber consumido alcohol en exceso o sustancias psicoactivas. Las capacidades de autocuidado fueron calificadas en 63% buenas, 29% regular y 8% malas.

Conclusiones: con base en los resultados, el 29% de los participantes cuentan con un estado de salud regular y un déficit de autocuidado para la salud, por lo que se sugiere implementar intervenciones educativas para desarrollar capacidades de autocuidado que les permita una calidad de vida óptima.

Palabras clave: diagnóstico de salud, capacidad de autocuidado, estudiantes.

Abstract

Introduction: the making of a diagnosis of health and youth here lets us know the biological, environmental, social, cultural, religious and economic factors, among others, that can influence your health. In this sense the theory of Dorothea Orem and through his eight requirements allowed for this study.

Objective: to identify the health and self-care skills of nursing students at a university in Mexico City.

Material and methods: design of a nursing assessment tool that I consist of 312 items qualifying 3 possibilities in Liker scale (good, fair and poor). Measures of central tendency were used. Was taken as a reference for the development of the instrument requirements eight Dorothea Orem.

Results: 44% of nursing students who participated in the study, considered to have a good current health status, however was detected 48% of overweight and 9% obese. 52% of the sample presents risks in their sexual lives and 51% said they have consumed too much alcohol or psychoactive substances. The self-care abilities of the sample were 63% good, 29% and 8% regularly bad.

Conclusions: based on the results, that 29% of participants have a regular health status and self-care deficit present a health, so suggested implementing educational interventions to develop self-care skills to enable them optimal quality of life.

Key words: diagnosis of health, self-care, students.

Introducción

La realización de diagnósticos de salud exige metodologías innovadoras para ser utilizadas en la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud en una colectividad, para identificar los elementos condicionantes y determinantes que intervienen en las causas, y proponer alternativas de solución.[1]
La elaboración de un diagnóstico de salud y en este caso de jóvenes nos permite conocer los factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, religiosos y económicos, entre otros, que pueden influir en su salud. En este sentido la teoría del autocuidado de Dorothea Orem define al mismo como la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en él; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar[2] y a través de sus ocho requisitos que establece: aporte de aire, aporte de agua, ingesta de alimentos, eliminación y excreción, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de peligros para la vida y requisitos de

autocuidado en el desarrollo (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales), nos permitió la realización de un diagnóstico de salud, el interés por realizar este, es debido a que en los jóvenes la mortalidad se eleva a causas prevenibles como los accidentes, infecciones de transmisión sexual (ITS), trastornos mentales, enfermedades crónicas, consumo de tabaco, alcohol y abuso de sustancias ilícitas, prácticas sexuales de riesgo, obesidad y falta de actividad física, que por lo general surgen en este periodo de la vida.[3] La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en esta etapa.[4]

En este sentido y debido a los datos nacionales e internacionales sobre incidencia y prevalencia de enfermedades y riesgos en los jóvenes este estudio se centra en tres líneas 1) las enfermedades crónico como: la hipertensión arterial sistémica (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la obesidad; en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la DM, menciona que esta enfermedad ocupa en México el primer lugar como causa de defunción. Cada año se presentan 400 000 casos y ocurren más de 60 mil muertes; además, las tendencias de la morbilidad y de la mortalidad van en aumento.[5] La DM tipo 2 se considera un problema de salud pública mundial; el sobrepeso y la obesidad son los factores de riesgo más importantes, mismos que son asociados con la inactividad física y la alimentación inadecuada.[6] El número de casos nuevos de DM se triplicó entre 1990 y 2007, particularmente entre los mayores de 25 años; el grupo más afectado fue el de 15 a 19 años a partir del año 2000 y el número de casos en 2007 se multiplicó casi por cinco, pasó de 411 a 1770 casos.[7]

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, refiere que la prevalencia de la HTA en México en el año 2006 fue de 24% en adultos y 30.8 % en pacientes ≥ a 20 años, se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad y que el sobrepeso y la obesidad son factores pre disponentes para el desarrollo de esta enfermedad y se estima que cerca del 70% de la población los padecen.[8] En comparación con la morbilidad en el año 2012 la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), menciona que la prevalencia actual de HTA en México es de 31.5% y es más alta en adultos con obesidad 42.3%; que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal.[9]

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), refiere que a nivel mundial el sobrepeso y la obesidad en los jóvenes están asociados a patrones de consumo de alimentos con alto contenido calórico y baja aportación nutricional. Asimismo, se relaciona esta enfermedad con la disminución de actividades físicas, las cuales han sido sustituidas por labores de tipo sedentario.[10]

En los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012 se estimó que en adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012) pues en comparación con la ENSANUT 2006, se obtuvo que el 35.2% de los jóvenes llevan a cabo algún tipo de ejercicio físico durante el tiempo recomendado.[11]

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en su último informe The State of Food and Agriculture 2013 basado en estadísticas del 2008, ubicó a México como el país con mayor obesidad en el mundo, con un porcentaje de 32.8% de adultos con este problema, por arriba de Estados Unidos con un 31.8%.[12]

La siguiente línea de interés es: 2) salud sexual y reproductiva. En la etapa de la juventud el ser humano inicia su vida sexual y reproductiva, existen enfermedades y riesgos para la salud propias de este grupo de edad, como lo son las ITS que en caso de no ser detectadas o tratadas a tiempo, pueden generar complicaciones a largo plazo. Entre 2005 y 2010, la candidiasis urogenital y el virus del papiloma humano (VPH) son las afecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años, siendo más alta entre los jóvenes de 20

a 24 años; no se observa tendencia clara de disminución, lo que es preocupante, pues es precursora de lesiones que pueden terminar malignizándose.[13]

El VPH, en el 2011 en México se reportaron 36,333 nuevos casos, de estos 96% fueron mujeres. En este mismo año la tasa de incidencia de casos nuevos es de 2.7 por cada 100 mil hombres y la femenina es de 62.71 por cada 100 mil mujeres de las mismas edades. El grupo de 25 a 44 años tuvo mayor afección de nuevos casos a razón de 24 mujeres por cada hombre.[14]

Según estimaciones realizadas por la OMS, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años. En esta cifra no se incluyen las infecciones por el VIH y otras ITS que siguen afectando la vida de las personas y las comunidades en todo el mundo. En los países en desarrollo, las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria.[15]

De acuerdo con el informe de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), en 2008 ascendió a 2 millones el número de personas viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), en América Latina, y más del 70% de estas personas viven en Argentina, Brasil, Colombia y México. Además menciona que considerando el número total de infecciones en 2007, México ocupó el segundo lugar en la región con 200,000 personas viviendo con VIH. Sin embargo y de acuerdo con la prevalencia de VIH entre la población adulta, de acuerdo al indicador utilizado por Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para comparaciones internacionales, México ocupó el décimo séptimo lugar en América Latina, con una prevalencia de 0.3 por cada 100 personas**.**[16]

En cuanto al uso del preservativo la ENSANUT 2012, muestra que los hombres reportan en todos los grupos de edades mayor uso del condón en comparación con las mujeres, cuestión que evidencia posibles factores de vulnerabilidad en las mujeres debido a cuestiones de inequidad de género, 41.4% de los hombres de 15 a 49 años de edad reportan el uso del condón durante su última relación sexual, por sólo 24.5% de las mujeres que lo reportan.[17]

Por último, la siguiente línea de interés es: 3) prevención de adicciones; como lo es el alcoholismo, tabaquismo y el consumo de sustancias psicoactivas. En México las adicciones constituyen un problema de salud pública que tiene una alta prevalencia, donde se ven afectados con frecuencia grupos vulnerables para iniciarse en la adicción como son los jóvenes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, la proporción de personas adultas entre los 18 y 65 años que reportaron consumir alcohol en nuestro país se ha incrementado. Del año 2002 al 2011 se ha registrado un aumento significativo, ya que la prevalencia de consumo en el indicador alguna vez en la vida, pasó de 72% a 77.1%, y la prevalencia de consumo en el indicador en los últimos 12 meses, se incrementó de 51.3% a 55.7%, mientras que la prevalencia en el último mes se incrementó notablemente, de 22.2% a 35%.[18]

Material y métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 71 estudiantes. Diseño de un instrumento de valoración y exploración física, que consto de 312 ítems, se diseñó una escala tipo Likert que valoraron 3 posibilidades: buena de 250-290 puntos, regular de 123- 249 y malo igual o menor a 122. Se utilizaron medidas de tendencia central. Para la elaboración del instrumento se tomó como referencia los factores condicionantes básicos (datos generales, orientación sociocultural, disponibilidad y adecuación de los recursos,

factores ambientales, sistema familiar cuidados de la salud, patrón de vida y estado de salud); y los ocho requisitos (aporte de aire, aporte de agua, ingesta de alimentos, eliminación y excreción, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de peligros para la vida y requisitos de autocuidado en el desarrollo (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales) de Dorothea Orem.

Diseño: se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

Población: está constituida por estudiantes de ambos sexos, mayores de 18 años que pertenecen al tronco profesional de la Licenciatura de Enfermería de una universidad de la Ciudad de México, con una n=71.

Criterios de inclusión

- Aquéllos estudiantes que estén inscritos en los nueve módulos del tronco profesional de la Licenciatura de Enfermería de una universidad de la Ciudad de México.
- Ser estudiantes activos inscritos en la Licenciatura de Enfermería de una universidad de la Ciudad de México.
- Aquéllos estudiantes que manifiesten a través del consentimiento informado formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión

- Aquéllos estudiantes que manifiestan a través del consentimiento informado no participar en la investigación.

Criterios de eliminación

- Aquellos estudiantes que durante la plática de sensibilización hayan decidido no participar en la investigación.
- Los estudiantes que no hayan respondido la totalidad del instrumento.

Procedimiento

Se diseñó un instrumento de valoración de enfermería tomando como base la teoría de autocuidado propuesta por Dorothea Orem incluyendo los factores condicionantes básicos y los ocho requisitos de autocuidado universal, el cual consto de 312 ítems. Se realizó: entrevista, exploración física, escala mini trastornos alimenticios, escala mini depresión/estrés y escala mini alcoholismo/sustancias psicoactivas. Posteriormente se agruparon de acuerdo al puntaje por requisito y se diseñaron escalas para su medición.

Posteriormente al diagnóstico de salud de los estudiantes se establecieron escalas para la medición de capacidades de autocuidado. Calificándolas: presencia de autocuidado (bueno); déficit de autocuidado (regular); ausencia de autocuidado (malo).

Se aplicó una prueba piloto y se efectuaron adecuaciones para la aplicación del instrumento a través de cuatro revisores externos expertos en el área de educación.

Para la aplicación del instrumento y llevar a cabo la valoración de enfermería se grabó cada una de ellas para posteriormente ser transcritas e interpretadas. Se cuantificó el tiempo de la aplicación.

Resultados

Los resultados de la valoración aplicada en los estudiantes de enfermería se presentan en dos partes, la primera incluye el estado de salud integrado por los factores condicionantes básicos: datos generales, orientación sociocultural, disponibilidad y adecuación de los recursos, factores ambientales, sistema familiar cuidados de la salud, patrón de vida y estado de salud y la segunda exhibe los ocho requisitos de la teoría de Orem.
Los factores condicionantes de salud de la muestra estudiada (n=71) son los siguientes: 62% mujeres y 38% hombres, los cuales se encontraron en un estado de desarrollo 94% de adultos jóvenes y 6% adultos maduros. Con un nivel socioeconómico de 49% bueno, 49% regular y 2% malo. En el lugar de procedencia se obtuvo que el 52% provienen del Distrito Federal, 31% del Estado de México y 17% de otros estados de la República Mexicana. El 52% de la muestra se encontró activo en el seguro facultativo que ofrece la universidad, mientras que el 48% no lo está. En los cuidados de la salud el 97% lleva a cabo prácticas higiénicas buenas y el 3% no, destacando la falta de baño y aseo bucal. En el indicador patrón de vida el 44% considera que su estado de salud actual es bueno, el 55% regular y el 1% malo *(gráfica 1).* El 8% de los participantes tiene una enfermedad diagnosticada de tipo crónico degenerativa y el 82% no presentó ninguna.
Los datos de los antecedentes heredofamiliares (AHF) de los alumnos por cada uno de los ocho requisitos son: en el primer requisito aporte de aire, se detectó 75% bueno y el 25% regular con predominio de bronquitis. En sistema circulatorio el 27% fue bueno, 67% regular y 6% malo, destacando la HTA. En el sistema vascular el 27% fue bueno, 67% regular y el 6% malo. El tercer requisito ingesta de alimentos, se obtuvo 15% bueno, 61% regular y 24% malo siendo la DM y la hipercolesterolemia las más predominantes. En el cuarto requisito eliminación y excreción, se obtuvo 48% bueno, 41% regular y 11% malo, donde el estreñimiento, hemorroides y cáncer de próstata fueron los datos sobresalientes. En el quinto requisito actividad y descanso, el 60% fue bueno, 30% regular y 10% malo con predominio de insomnio, migraña y artritis. En el sexto requisito soledad e interacción social, 87% fue bueno, 11% regular y 2% malo con predominio de neurosis. En el séptimo requisito prevención de peligros para la vida en salud sexual y reproductiva se obtuvo 86% bueno, 13% regular y 1% malo por cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. Por último, en detección y control de adicciones se obtuvo 31% bueno, 55% regular y 14% malo, debido a la presencia de alcoholismo y tabaquismo principalmente *(gráfica 2)*.
Los resultados por requisito obtenidos fueron: en el primer requisito aporte de aire en la exploración física respiratoria de los participantes fue 100% buena y en la exploración física del sistema circulatorio fue 97% bueno y 3% regular. A la exploración física vascular el 77% fue bueno y el 23% regular con predominio de las telangiectasias. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra para este requisito fue 92% bueno, 8% regular y 0% malo. En el segundo requisito aporte de agua, fue 44% bueno y 56% regular debido a que consumen menos de dos litros de agua diariamente y toman bebidas gaseosas y azucaradas. En el tercer requisito ingesta de alimento el IMC de los participantes fue de 4% con bajo peso, 38% con peso normal, 48% sobrepeso, 9% obesidad y 1% con obesidad severa. A la exploración abdominal el 65% fue bueno, 31% regular y 4% malo, encontrando principalmente gastritis y colitis. En los hábitos alimenticios se detectó que el 28% fue bueno, 65% regular y 7% malo, debido a que no llevan a cabo tres comidas y dos colaciones e ingieren alimentos altos en azúcares y grasas. En este requisito se incluyó la escala MINI de trastornos alimenticios en la cual el 32% de la muestra contestó que en los últimos tres meses se ha dado atracones de alimentos en un periodo de 2 horas y el 68% no. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra para este requisito fue que 50% bueno, 36% regular y 14% malo. En el cuarto requisito eliminación y excreción se obtuvo 48% bueno y 52% malo

prevaleciendo los cuadros diarreicos y estreñimiento. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra, para este requisito fue 48% bueno, 52% regular y 0% malo. En el quinto requisito actividad y descanso 49% fue bueno, 49% regular y 2% malo debido a que no realizan actividades físicas y no duermen lo necesario. En la evaluación neurológica el 100% de la muestra presentó resultados buenos. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra, para este requisito fue 75% bueno, 24% regular y 1% malo. En el sexto requisito soledad e interacción social se aplicó la escala de Apgar familiar, se obtuvo 96% bueno, 3% regular y 1% malo debido a que este porcentaje comenta no tener buenas relaciones familiares. Asimismo se aplicó la escala MINI de depresión/estrés el 46% de la muestra contestó que en los últimos seis meses se ha sentido preocupado o deprimido la mayor parte del día. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra, para este requisito fue 80% bueno, 4% regular y 16% malo. En el séptimo requisito prevención de peligros para la vida se observó que el 45% de los participantes presentan buena salud sexual y reproductiva, 52% regular y el 3% malo, debido a que llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo. En lo referente a la escala MINI de alcoholismo/sustancias psicoactivas que se aplicó, el 51% contestó que en los últimos 12 meses ha tomado tres o más bebidas alcohólicas en tres horas en tres o más ocasiones o bien; haber consumido sustancias psicoactivas con el propósito de sentirse mejor o cambiar su estado de ánimo. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra para este requisito fue 47% bueno, 26% regular y 27% malo. En el octavo requisito de autocuidado del desarrollo, el 100% de la muestra dice tener una perspectiva de vida y que no existen factores biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales que impidan sus capacidades de autocuidado. El resultado general de capacidades de autocuidado de la muestra, para este requisito fue 100% bueno *(gráfica 3).*

De manera global, las capacidades de autocuidado de los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería fueron 63% buenas, el 29% regular y 8% malas *(gráfica 4).*

Discusión

Con respecto a la escala de AHF, el 67% de los estudiantes de enfermería en este estudio obtuvieron un resultado regular, en enfermedades cardiovasculares, en comparación a la investigación de Alayón *et al.,*[19] donde se obtuvo que el 80% presentó historia familiar de enfermedades cardiovasculares en jóvenes; la posible explicación de los resultados podría ser a que ambos estudios se realizaron en población latina, en la cual se ha observado un aumento de la frecuencia de enfermedades cardiovasculares.

Se obtuvo que los estudiantes de este estudio sus AHF de DM tipo 2 el 61% es regular. Hernández *et al.*, [20] realizó un trabajo en personas con diagnóstico previo de DM tipo 2 donde el 54.46% contaban con este antecedente, esta semejanza muestra una vez más la importancia del factor genético para el desarrollo de la enfermedad.

Con respecto al consumo de agua, los estudiantes obtuvieron un 56% regular de acuerdo a la escala establecida, debido a que consumen en mayor cantidad bebidas azucaradas y bebidas gaseosas en relación a litros de agua. Posible explicación de este resultado, tiene relación con los hábitos de alimentación ya que como país ocupamos el primer lugar en el consumo de refrescos, (según la OMS 2013)[21] dato semejante a lo encontrado por Osorio y Amaya,[22] en donde se identificó que los jóvenes tienen una preferencia por el consumo de estas bebidas.

Un 48% de los universitarios de este estudio presentaron sobrepeso y 9% obesidad de acuerdo a la clasificación de IMC de la OMS. [23] La posible explicación de los resultados es

la relación del consumo de alimentos con alto contenido de grasas y comida rápida, además de mencionar que no mantienen un horario para su alimentación.
Muñoz *et.al*.,[24] identificó también en su trabajo una elevada proporción de sobrepeso y obesidad 42,29% en mujeres y 52,45% en hombres por las mismas explicaciones.
La incidencia de gastritis y colitis diagnosticadas fue 31% regular; lo cual habla de condiciones higiénico dietéticas deficientes. Gómez *et. al*.,[25] menciona que el cáncer gástrico en pacientes jóvenes tiene una prevalencia mayor y se presenta en un estadio más avanzado. Es relevante mencionar que la gastritis con un tratamiento inadecuado puede evolucionar a cáncer gástrico por lo que los alumnos de este estudio presentan un factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad.
En actividad física de los universitarios, el 49% fue regular de acuerdo a la escala establecida. Este resultado se atribuye a que su tiempo libre lo destinan a redes sociales. Mientras que en el estudio del autor Quadros*et.al.,*[26] la prevalencia de actividad física de su muestra fue de 86.2 %.
El 46% de los estudiantes manifestaron presentar estrés/depresión. Oliver *et.al.,*[27] menciona que los factores relacionados a esta enfermedad son; ser mujer, depender económicamente de algún familiar, sedentarismo. Se tendrá que observar y realizar acciones específicas para esta situación, debido a que el joven en el sistema económico actual no encuentra las oportunidades para el desarrollo personal y profesional.
Con respecto a la salud sexual y reproductiva se obtuvo como resultado un 52% regular. Este se atribuye entre otros factores, a que el sistema educativo de salud, la cultura y las relaciones de género de nuestra sociedad, obstaculiza en gran medida hablar abiertamente con los jóvenes de la sexualidad y reproducción, planificación familiar y métodos anticonceptivos; los hallazgos encontrados son semejantes a los resultados de Ballester *et. al*., [28] ambos estudios reflejan que el uso del preservativo no es frecuente debido a menor sensibilidad, interrupción de la relación, costo del mismo y como una muestra de desconfianza hacia su pareja.
El 51% de los estudiantes consumen bebidas alcohólicas o alguna sustancia psicoactiva, semejante a lo encontrado por Ballester y Gil, [29] que reporta consumo habitual de alcohol en dosis elevadas. Dörr *et. al.,* [30] muestra que el 51% de jóvenes consumidores de marihuana consideran que no existe ningún riesgo ni efecto negativo en el consumo. La similitud de los estudios es el resultado desde nuestra perspectiva a la composición y a la dinámica familiar, la accesibilidad a la compra de alcohol y drogas y a la sensación de bienestar, convivencia social o curiosidad en el joven.

Conclusiones

Una de las etapas en la que el ser humano es vulnerable a una serie de eventos adversos es precisamente en la etapa de la juventud por los cambios biológicos, psicológicos y culturales en el que viven. La sociedad en su conjunto debe realizar acciones que le permita al joven un pleno desarrollo, sin embargo pareciera que los esfuerzos que se realizan no son suficientes en sociedades como la nuestra. En este sentido las universidades son actores que deben propiciar escenarios en que se les permita a sus estudiantes comprender y analizar cuáles son sus necesidades sentidas con respecto a su salud y desde las posibilidades de la persona proveerlo de herramientas que le permita un mejor desarrollo no solo profesional sino personal.
En este estudio y debido a los resultados obtenidos, se considera que la creación de intervenciones educativas específicamente para este grupo de estudiantes de enfermería podría incidir para que sus condiciones de salud puedan ser favorecidas. Los jóvenes representan la posibilidad de desarrollo del país y se debe tomar medidas reales para que estos durante su vida adulta y posteriormente en plenitud logren una calidad óptima.

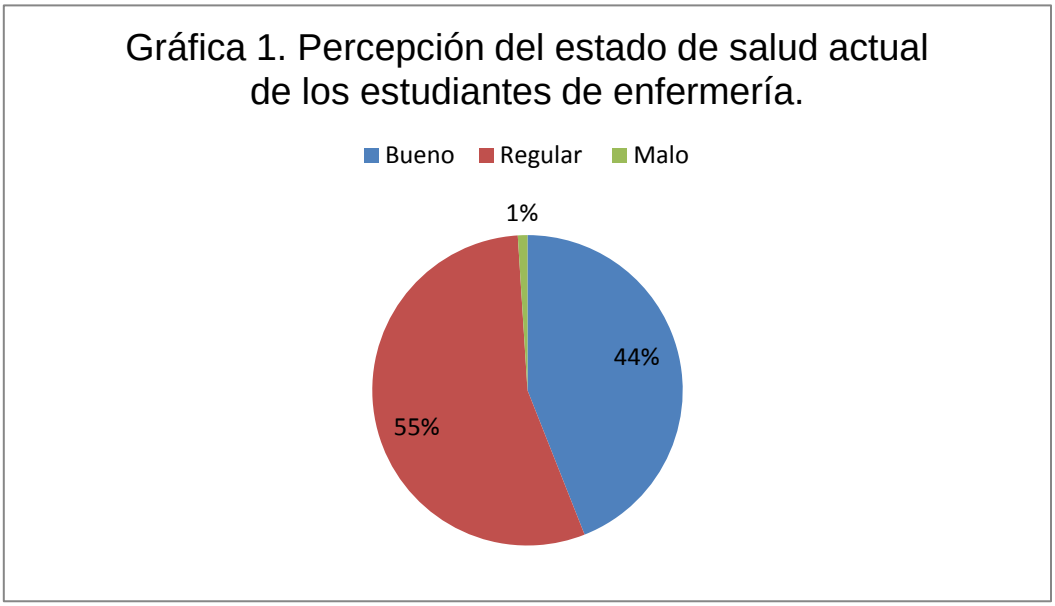
Referencias

1. García J. Proceso general de acción de la Salud Pública. [Consultado el [11/02/14]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/jjgg.pdf
2. Rodríguez Mª, Arredondo Edith, Salamanca Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2013 Abr. [Consultado 04/04/14] 12(30): 183-195. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000200009&lng=es
3. Patton G, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Ferguson J, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. [Serial onthe Internet]. 2012. [Consultado el 18/02/2014]; 379(9826): 1665-1675. Disponible en: http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612602037.pdf?id=eaaPAVubpo7sx4gtprGtu
4. Maddaleno M, Morello P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Méx. [revista en Internet]. 2003. [Consultado el 18/02/2014]; 45(1): S132-S139. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=es.
5. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2010. [Consultado el 11/02/14].Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
6. Psaltopoulou T, Ilias I, Alevizaki M. The role of diet and lifestyle in primary, secondary, and tertiary diabetes prevention: a review of meta-analyses. Rev. DiabetStud. [serial on the Internet]. 2010. [Consultado el 11/02/14]; 7(1): about 10 p. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923378/
7. Gil E, Sil M, Aguilar L, Echevarría S, Micha F, Torres L. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [serie en línea]. 2013. [Consultado el 14/02/14]; 51(1): aprox. 3p. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategoris&view=article&id=2009:guia-diabetesmellitus&catid=770:ic&Itemid=767
8. Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. 2009. [Consultado el 11/02/14]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. 2012. [Consultado el 15/04/2014]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos.pdf

10. Consejo Nacional de Población. 2010. La salud de los jóvenes. [Consultado el 15/02/2014]. Disponible en:http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/03.pdf
11. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados de actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años. 2012. [Consultado el 15/04/2014]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2013.[Consultado el 15/02/2014]. Disponible en: http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Agosto 2012. [Consultado el 10/04/2014]. Disponible en : http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?s=inegi&c=2844&%23038;ep=99
14. Instituto Nacional de las Mujeres. Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. [Consultado el 15/02/2014]. Disponible en: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/its_vih.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N110 Agosto de 2011. [Consultado el 10/04/2014]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el sida. Noviembre 2011. [Consultado el 11/04/2014]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/sida11.asp?s=inegi&c=2819&ep=78
17. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. El VIH/SIDA en México 2012. [Consultado el 15/02/2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf
18. Encuesta Nacional de Adicciones. Reporte de alcohol 2012. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [Consultado el 18/02/2014]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
19. Alayón A, Ariza S, Baena K, Lambis L, Martínez L, Benítez L. Búsqueda activa y evaluación de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes, Cartagena de Indias. Biomédica [serie en línea]. 2007. [Consultado el 15/01/2014]; 30(2): 6: [aprox. 7 p.] 238-244. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/843/84316246010.pdf
20. Hernández-Ávila M, Gutiérrez J, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública De México [serie en línea]. 2013. [Consultado el 27/05 /14]; 55S129-S136. Disponible en: MedicLatina.
21. Gandur Islas E. México es el mayor consumidor de refrescos. Sexenio. 9-08-13; Sec. Nacional: [Consultado el 27/05 /14]; Disponible en: http://www.sexenio.com.mx/articulo.php?id=35494
22. Osorio O, Amaya M. Panorama de prácticas de alimentación de adolescentes escolarizados. Avances en Enfermería [serie en línea]. 2009. [Consultado el 23/01/2014]; 27(2): aprox. 14 p. Disponible en:http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12967/1400

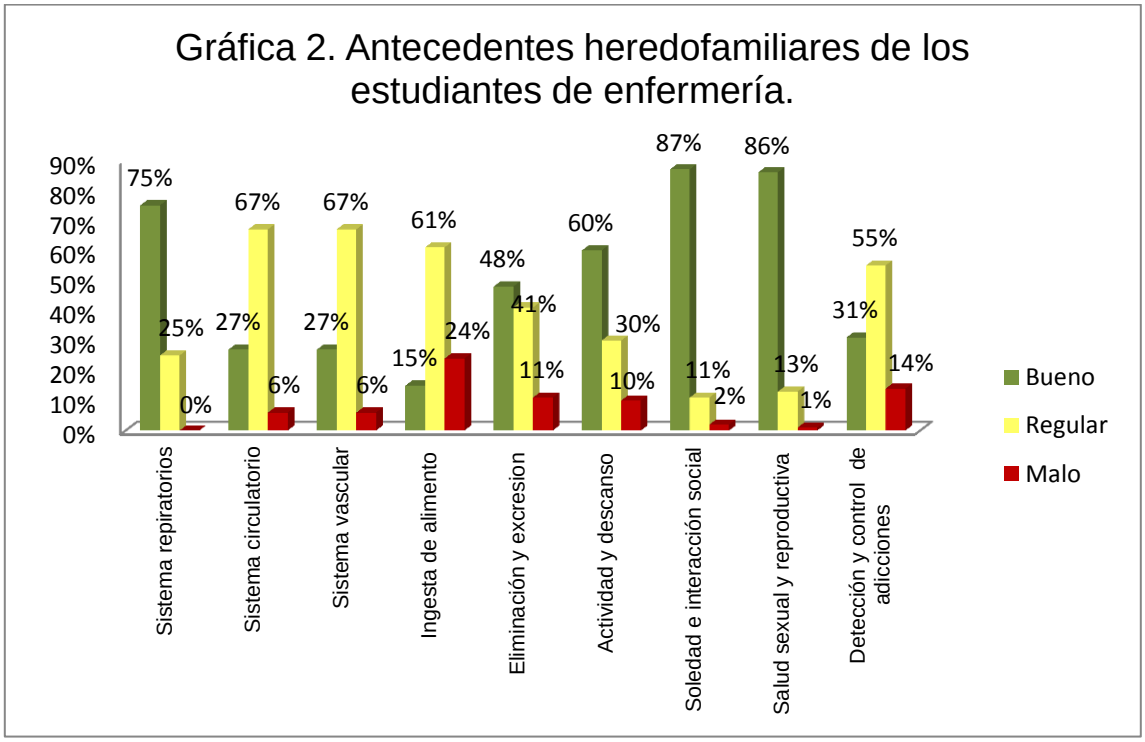
23. Índice de Masa Corporal. 10 datos sobre la obesidad. [Consultado el 23/01/2014]; Disponible en:http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/
24. Muñoz J, Córdova J, Mayo H, Boldo X. Prediabetes y diabetes sin asociación con obesidad en jóvenes mexicanos. Rev. ALAN [serie en línea]. 2013. [Consultado el 24/01/2014]; 63(2): 148-156. Disponible en: http://www.alanrevista.org/ediciones/2013/2/?i=art6
25. Gómez M, Otero W, Caminos J. Cáncer gástrico en pacientes jóvenes en Colombia. Rev. Col. Gastroenterol. [serie en línea]. 2012. [Consultado el 19/01/2014]; 27(3): 166-172. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012099572012000300004&script=sci_arttext
26. de Quadros T, Petroski E, Santos D, Pinheiro A. Prevalencia de sedentarismo en universitarios brasileños: asociación con variables sociodemográficas. Rev. Salud pública. [serie en línea]. 2009. [Consultado el 13/03/2014]; 11(5): 724-733. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064200900500005
27. Oliver A, Torres E, March S, Socias I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp. Psiquiatr. [serie en línea]. (2013). Consultado el [25/01/20142014]; 41(2): 84-96. Disponible en: http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf
28. Ballester R, GIL M, Giménez C, Ruiz E. Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en jóvenes españoles. Rev. De Psicopatología y Psicología Clínica. [serie en línea]. 2009. [Consultado el 30/01/2014]; 14(3): 181-191. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/(4)_2009(3)_Ballester_Gil_Gimenez_Ruiz.pdf
29. Ballester R, Gil M. ¿Por qué los jóvenes se dan atracones de alcohol los fines de semana? estudio sobre creencias y actitudes relacionadas con este patrón de consumo y diferencias de género. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [serie en línea]. (2009), [consultado el 29/01/2014]; 14(1): 25-35.Disponible en: MedicLatina.
30. Dörr A, Gorostegui M, Viani S, Dörr M. Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. Salud Ment. [revista en la Internet]. 2009. [Consultado el 30/01/2014]; 32(4): 269-278. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252009000400002

Gráfica 1.



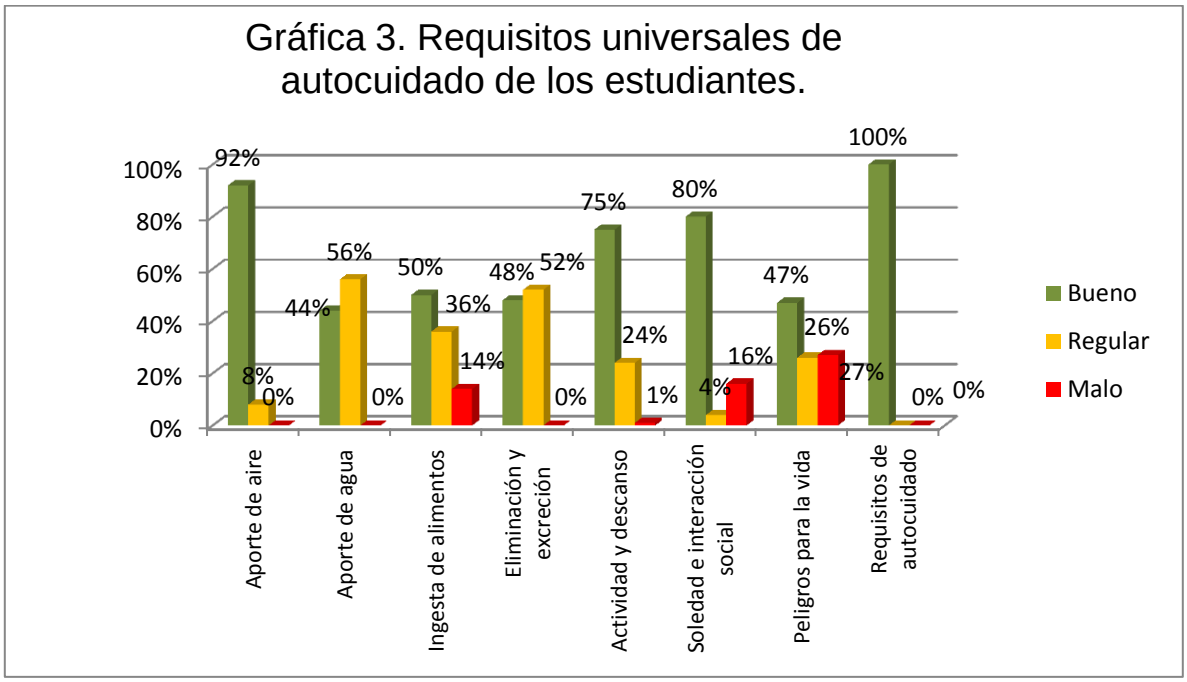
FUENTE: Instrumento para valorar el estado de salud de los estudiantes de enfermería, 2013.

Gráfica 2.



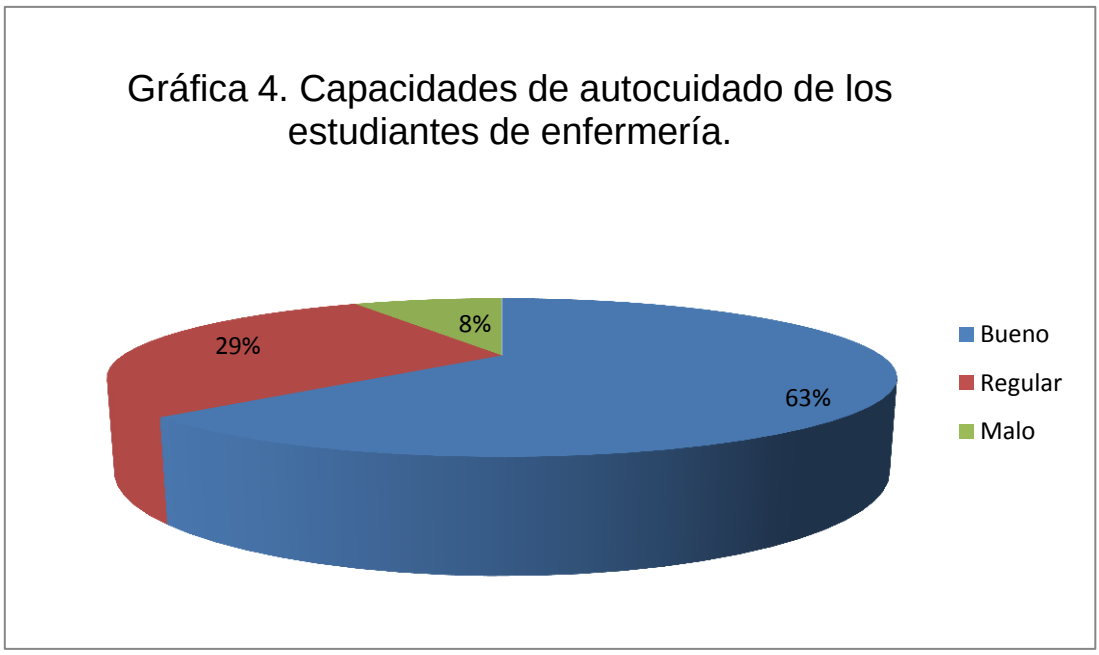
FUENTE: Instrumento para valorar el estado de salud de los estudiantes de enfermería, 2013.

Gráfica 3.



FUENTE: Instrumento para valorar el estado de salud de los estudiantes de enfermería, 2013.

Gráfica 4.



FUENTE: Instrumento para valorar el estado de salud de los estudiantes de enfermería, 2013.

EDUCACIÓN PARA EL OCIO EN ADULTOS MAYORES SONORENSES: UN ESTUDIO PILOTO NO CONTROLADO

Acosta Quiroz Christian Oswaldo
Vales García Javier José
Serrano Encinas Dulce María
Echeverría Castro Sonia Beatriz
García Flores Raquel
Velasco Parra Irán Alonso
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen
El propósito de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de educación para el ocio sobre la calidad de vida, bienestar subjetivo y síntomas de depresión en adultos mayores sonorenses. Participaron 25 adultos mayores con una edad media de 74.08 años a quienes se les aplicó un cuestionario de calidad de vida, una escala de bienestar subjetivo y de depresión, y un programa de educación para el ocio mediante un diseño pre-experimental de un solo grupo con "*pretest*" y "*postest*". Se identificaron mejoras en el bienestar subjetivo y síntomas depresivos de los participantes al finalizar el programa. Se sugieren más estudios que confirmen los beneficios de la educación para el ocio sobre el bienestar de los adultos mayores.
Palabras clave: adultos mayores, educación para el ocio, calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión.

Abstract
The purpose of this study was to evaluate the effects of a leisure education program on quality of life, subjective well-being and depressive symptoms in Mexican older adults. Twenty-five older adults participated with a mean age of 74.08 years which completed a quality of life questionnaire, a subjective well-being scale, a geriatric depression scale and a leisure education program through a pre-experimental design of one group with pretest and posttest. By the end of the leisure education program, an improvement in participants´ subjective well-being and depressive symptoms was identified. Additional studies to confirm leisure education efficacy in older adults´ well-being are suggested.
Keywords: older adults, leisure education, quality of life, subjective well-being, depression.

Introducción

La recreación y las experiencias de ocio son elementos críticos para generar gozo y satisfacción en la adultez mayor. De acuerdo con el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), el nivel de participación activa en la vida es un determinante de qué tan exitosamente envejecerá la persona. Mantener relaciones cercanas con otros y llevar a cabo actividades significativas (tales como las actividades de ocio), son dos de los componentes más importantes del envejecimiento exitoso. Un indicador de envejecimiento exitoso en adultos mayores, es la capacidad de mantener un sentido positivo de bienestar (Janssen, 2004).

El concepto de ocio es un importante elemento para promover estilos de vida saludables y activos. Aunque la definición de ocio puede incluir elementos de recreación y tiempo libre, conceptualizar este término exclusivamente dentro de estas perspectivas parece ser limitante (Dattilo, 2008). Argyle (1996) incluye tanto el tiempo libre como la

actividad en su definición de ocio, donde el aspecto más crítico para definir el ocio, está en función de lo que motiva a la gente a participar en una actividad. Argyle define el ocio como aquellas actividades que la gente hace en su tiempo libre ya sea porque lo desean, por su propia iniciativa, por diversión, entretenimiento, auto-actualización o por objetivos de su elección, pero no por ganancias materiales.

El término ocio debe enfatizar la importancia de la percepción personal de que se es libre de elegir participar en una experiencia significativa, disfrutable y satisfactoria. De acuerdo con Rusell (1996), las experiencias de ocio proporcionan oportunidades para mantener la autonomía personal, la autodefinición y la elección, a menudo ausentes en otros aspectos de la vida. Parte de la esencia del ocio es que el individuo se involucre en una actividad por iniciativa propia. En ese sentido, Kelly (1996) define al ocio como una actividad elegida en relativa libertad, por sus cualidades de satisfacción.

El ocio se ha concebido como una forma efectiva de promover la calidad de vida individual y comunitaria a través de actividades recreacionales, culturales y sociales orientadas a la gente desde la niñez hasta la vejez (Dodge et al., 2008). Sin embargo, no toda la gente entiende la importancia del ocio. Además, reducir la participación en actividades de ocio preferidas tiene importantes implicaciones para el bienestar de los adultos mayores. Por ello, la literatura enfatiza la necesidad de intervenciones enfocadas en facilitar las actividades de ocio entre los adultos mayores, lo cual mejoraría su bienestar. Un proceso de intervención que tiene el potencial de solventar esa necesidad es la educación para el ocio.

Bullock y Mahon (2000) describen a la educación para el ocio como un proceso educativo individualizado y contextualizado a través del cual una persona desarrolla un entendimiento de sí mismo y del ocio e identifica y aprende el conjunto de habilidades necesarias para participar en actividades elegidas libremente lo cual lleva a una vida satisfactoria óptima. La educación para el ocio mejora los estilos de vida saludables y reduce las demandas de otros servicios de apoyo, por lo que la educación para el ocio debe establecerse como un servicio de salud preventiva. La educación para el ocio es una forma efectiva de reducir la brecha entre demandas medioambientales y las capacidades de una persona que envejece. Esta brecha puede degenerar en un proceso de discapacidad y dependencia. Afortunadamente, los adultos mayores que adquieran nuevas actividades de ocio, refuercen su involucración en las actividades de ocio que ya realizan y adapten actividades para mantenerse activos, pueden disfrutar de periodos más largos de independencia y de vidas felices.

En este contexto y dado el fenómeno de transición demográfica que actualmente vive México y siendo los adultos mayores el grupo poblacional de mayor crecimiento en la actualidad, se ha vuelto esencial la investigación sobre aspectos importantes que afectan la vida de los adultos mayores. En México existe un vacío notable de investigaciones que evalúen la eficacia de intervenciones como la educación para el ocio en adultos mayores. Por ello en este estudio se plantea el siguiente problema de investigación con base en la pregunta: ¿Cuáles son los efectos de un programa de educación para el ocio sobre la percepción de calidad de vida, de bienestar subjetivo y sobre la presencia de síntomas depresivos en un grupo de adultos mayores?

Como respuesta tentativa a la pregunta anterior, se plantea la siguiente hipótesis: Si se aplica un programa de educación para el ocio en un grupo de adultos mayores, entonces aumentará su calidad de vida, su bienestar subjetivo y disminuirá la presencia significativa de síntomas depresivos en aquellos participantes que los padezcan. En ese sentido, el propósito de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de educación para el ocio sobre la calidad vida, el bienestar subjetivo y los síntomas de depresión en un grupo de adultos mayores del sur de Sonora.

Método

En este estudio se utilizó un diseño de investigación pre-experimental de un solo grupo con *"pretest"* y *"postest"* (Sierra, 2003). La variable independiente en el estudio fue un programa de educación para el ocio con base en el modelo de Dattilo (2008). Las variables dependientes en el estudio fueron la percepción de calidad de vida, de bienestar subjetivo y la presencia significativa de síntomas de depresión en aquellos participantes que los padecían.

Participaron 25 adultos mayores del sur del estado de Sonora (México), captados en grupos de adultos mayores con una edad media de 74.08 años (DE=8.95). El 72% fueron mujeres, 4% solteros, 56% viudo o divorciado y el 40% casado o con pareja. El 16% vivía solo, 32% con su pareja o cónyuge y el 52% con los hijos. El 32% no tenía estudios, el 52% sólo primaria y el 16% secundaria o técnica. El 4% era empleado, 24% trabajaba por su cuenta, 36% era retirado, 28% sólo labores del hogar y el 8% buscaba trabajo. Finalmente, el 60% consideraba tener por lo menos una enfermedad.

Se aplicaron en los participantes los siguientes materiales:

- Un consentimiento informado.
- Una hoja de datos sociodemográficos.
- El *WHOQOL-OLD* (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011).
- *La Escala de Bienestar Subjetivo o Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia* (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC; Lawton, 1975).
- La *Escala de Depresión Geriátrica* (EDG-15) (Sheik y Yesavage, 1986).
- Un manual del instructor.

Partiendo de la lógica del diseño de investigación en este estudio, se procedió de la siguiente manera:

1. Como medición *"pretest"* se aplicaron en los participantes el consentimiento informado, la hoja de datos sociodemográficos, el WHOQOL-OLD, la escala de bienestar subjetivo y la escala de depresión geriátrica.
2. Posteriormente, cinco estudiantes tesistas de psicología aplicaron el programa de educación para el ocio de forma grupal en los participantes, esto con base en las instrucciones precisas del manual del instructor el cual describía detalladamente las actividades a realizar por parte del instructor y de los participantes en las diferentes sesiones que componen el programa. El programa de educación para el ocio duró 11 sesiones de hora y media aproximadamente cada una. El contenido del programa fue sobre definiciones de ocio, beneficios de la participación en el ocio, barreras para participar en actividades de ocio, estrategias para eliminar barreras de participación en actividades de ocio, actitudes hacia el ocio, actividades de ocio en el pasado, presente y futuro, ventajas y desventajas en actividades de ocio identificadas, priorización de ventajas y desventajas en actividades de ocio identificadas y, toma de decisiones con respecto a las actividades de ocio identificadas y razones para dichas decisiones.
3. Después de finalizado el programa, como medición *"postest"* se aplicaron en los participantes los mismos materiales del *"pretest"* con excepción del consentimiento informado y de la hoja de datos sociodemográficos.

Resultados

Por el nivel de medición de las variables y el número de participantes en el estudio, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para explorar las diferencias estadísticas entre las puntuaciones *"pretest"* y *"postest"* en el programa de educación para el ocio. El grupo de participantes arrojó diferencias estadísticamente significativas en la comparación *"pretest"-"postest"* en los puntajes de bienestar subjetivo, mostrando mejorías en las sub-escalas de "agitación", "actitud hacia su propio envejecimiento" y "soledad/insatisfacción". No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación *"pretest"-*

"postest" en los puntajes de calidad de vida, en las sub-escalas de "participación/aislamiento" y "autonomía".

Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis individual del comportamiento de los puntajes de los participantes en cada sub-escala de calidad de vida y bienestar subjetivo, esto para identificar los casos individuales que mostraron modificaciones. A través de los puntajes individuales de los participantes en el *"pretest"* y *"postest"* en las sub-escalas de "participación/aislamiento", "autonomía", "agitación", "actitud hacia su propio envejecimiento" y "soledad/insatisfacción", se obtuvo el índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) por cada participante, el cual es un método para evaluar la significancia clínica cuando se carece de datos normativos para una población específica (Cardiel, 1994; Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002). El CCO se obtiene mediante la diferencia de las medidas del *"postest"* y el *"pretest"*, dividido entre el *"pretest"*, con un punto de corte mayor o igual a .20 como muestra de que ha ocurrido un CCO positivo. Un punto de corte menor o igual a .19 y mayor o igual a -.19 significa que no hubo un CCO. Un punto de corte menor o igual a -.20, significa que hubo un CCO negativo.

Los cambios pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos. Por ejemplo, en las sub-escalas de calidad de vida y bienestar subjetivo en este estudio se esperaba que los puntajes aumentaran para indicar mejoría y que se redujeran en el caso de la depresión. El índice de CCO ha sido utilizado en diversos estudios sobre significancia clínica (Barrón, Torreblanca, Sánchez y Martínez, 1998; García y Sánchez, 2013; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005).

Al final se realizó una sumatoria de todos los casos y se calculó el porcentaje total dividiendo aquella entre el total de cambios posibles, los cuales se calcularon multiplicando el número de participantes por el número de sub-escalas aplicadas. Por ejemplo, en el programa de educación para el ocio participaron 25 adultos mayores y se aplicaron cinco sub-escalas ("participación/aislamiento", "autonomía", "agitación", "actitud hacia su propio envejecimiento" y "soledad/insatisfacción") obteniéndose 125 cambios posibles. Se puede observar que un porcentaje mayor de participantes mostraron una mejora, seguido por un porcentaje menor que permanecieron igual o sin cambios y un porcentaje más reducido que empeoraron.

Con respecto a los indicadores de depresión en los participantes, se mencionó anteriormente que un puntaje igual o mayor a cinco en la EDG-15 parece indicar depresión (aunque se sugiere una evaluación integral para confirmar el diagnóstico). Partiendo de este punto de corte, el 60% de los participantes (15 adultos mayores) mostraron puntaje menores a cinco en el *"pretest"* y así se mantuvieron hasta la aplicación del *"postest"*. Sin embargo, el 28% de los participantes (siete adultos mayores) mostraron puntajes mayores a cinco en el *"pretest"* y posteriormente redujeron sus puntajes por debajo de cinco puntos en el *"postest"*. Finalmente, dos participantes mantuvieron puntajes mayores de cinco del *"pretest"* al *"postest"*.

Discusión

El propósito de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de educación para el ocio sobre la percepción de calidad de vida, de bienestar subjetivo y sobre la presencia de síntomas de depresión en un grupo de adultos mayores del sur de Sonora (México). En general, los resultados corroboran el impacto del programa de educación para el ocio principalmente en el bienestar subjetivo de los participantes y en la presencia significativa de síntomas de depresión en aquellos participantes que los padecían. Lo anterior concuerda con los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Janssen, 2004; Mahon y Goatcher, 1999; Mahon y Searle, 1994). Cuando un adulto mayor desarrolla un entendimiento del ocio e identifica y aprende el conjunto de habilidades necesarias para participar en actividades elegidas libremente, se fomenta en él una vida satisfactoria

óptima, un estilo de vida saludable y se reduce la demanda de otros servicios de apoyo (Bullock y Mahon, 2000).

También es de subrayarse el efecto positivo del programa de educación para el ocio sobre la presencia significativa de síntomas de depresión en aquellos participantes que los padecían. El hecho de que a través de este programa se fomentó la participación de los adultos mayores en actividades de ocio significativas y en la relación cercana con otros, así como lo establece el componente de participación activa en la vida en el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), es similar a las técnicas de programación de actividades de agrado que se utilizan desde los años setenta del siglo pasado en el tratamiento conductual de la depresión, con el fin de incrementar los niveles de reforzamiento positivo y el entrenamiento en habilidades sociales para incrementar la capacidad del cliente para obtener y mantener dichos niveles de reforzamiento, donde posteriormente estas estrategias conductuales pasaron a formar parte de la terapia cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/2000) y que actualmente se retoman como un componente en la propuesta de activación conductual con base en una filosofía contextual y un análisis funcional de la conducta (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001).

Agradecimientos

Las presentes memorias en congreso se financiaron con recursos PIFI 2013 (P/PIFI-2013-26MSU0023H-06).

Referencias bibliográficas

Acosta, Ch. y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.

Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.

Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure.* UK: Penguin Books.

Barrón R., Torreblanca, R., Sánchez, C. y Martínez, B. (1998). Efectos de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*, 40(6), 503-509.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G (1979/2000). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bullock, C. y Mahon, M. (2000). *Introduction to recreation services for people with disabilities: A person-centered approach*. Illinois: Sagamore.

Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En: L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica* (Pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

Dattilo, J. (2008). *Leisure education program planning. A systematic approach*. Pennsylvania: Venture Publishing, Inc.

Dattilo, J. y Murphy, W. (1991). *Leisure education program planning: A systematic approach.* Pennsylvania: Venture.

Dodge, H., Kita, Y., Takechi, H., Hayakawa, T., Ganguli, M. y Ueshima, H. (2008). Healthy Cognitive Aging and Leisure Activities Among the Oldest in Japan: Takashima Study. *Journal of Gerontology*, 63(11), 1193-1200.

García, R. y Sánchez, J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193.

González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. México: UNAM.

González-Celis, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.

Jacobson, N., Martell, C. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
Janssen, M. (2004). The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(3), 275-288.
Kelly, J. (1996). *Leisure*. Boston: Allyn & Bacon.
Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.
Mahon, M. y Goatcher, S. (1999). Later-life planning for older adults with mental retardation: A field experiment. *Mental Retardation*, 37, 371-382.
Mahon, M. y Searle, M. (1994). Leisure education: It´s effects on older adults. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance,* 65(4), 36-41.
Martell, C., Addis, M. y Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
Mundy, J. y Odum, L. (1979). *Leisure education: Theory and practice*. New York: John Wiley and Sons.
Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. y Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 73-84.
Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
Rowe, J. y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*. 37(4), 433-440.
Rusell, R. (1996). *Pastimes: The context of contemporary leisure*. Dubuque, IA: Brown & Benchmarck.
Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social, Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

EDUCANDO CON PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y GÉNERO EN LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

M.P.G. Delfina Pedrero Martínez.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.H. Yesenia Peralta Jiménez.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Viridiana Galmiche Hernández.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN

La perspectiva de género en la educación abarca varios ámbitos, desde el diseño de libros de texto y programas no sexistas hasta desarrollo de políticas de igualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres, para fortalecer lo antes mencionado hemos asumido el compromiso de trabajar para promover el respeto a los Derechos Humanos, sin distinción de edad, raza o género en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco (DAMC)

RESUME

The gender perspective in education encompasses several areas, from the design of textbooks and not sexist programs until development of policies for equal treatment and opportunities between men and women, in order to strengthen it earlier mentioned we have undertaken the commitment to work to promote the respect to the Human Rights regardless of age, race or gender at Comalcalco Multidisciplinary Academic Division (C.M.A.D.)

INTRODUCCIÓN

La equidad de género implica que las mujeres y los hombres tengan las mismas oportunidades de lograr un nivel máximo de bienestar integral. Unguer (1979) define el género como los componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como apropiados para hombres y mujeres. Ashmore (1990) afirma que el término género implica el reconocimiento de que “hombre” y “mujer” son construcciones culturales, ya que cada persona es criada en una sociedad concreta, con un amplio conjunto de creencias y expectativas acerca de dichas categorías sociales. Porque no podemos olvidar que desde el momento de nacer, e incluso desde el mismo momento que se conoce el sexo, las mujeres y los hombres son tratados de forma diferente.

La OMS (2003) reconoce que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una determinada cultura, producidas por las normas y valores de dicha cultura, generan las diferencias de género y, aunque no todas esas diferencias implican desigualdad, existen normas y valores que producen desigualdades de género, es decir, diferencias entre mujeres y hombres que sistemáticamente aumentan el poder de un género y reconoce que tanto las diferencias como las desigualdades de género pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Por lo antes mencionado es importante que esta nueva cultura de equidad de género se incluya en la comunidad universitaria para sensibilizar a personal docentes y alumnos de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, para que interioricen nuevos valores a nivel familiar y comunitario.

Actualmente los docentes mantienen una formación con perspectiva de género a través del diplomado de “Educación y equidad de género” impartido por la (DESE) para que los docentes integren actividades específicas que refuercen nuevos valores en las asignaturas que imparten, contribuyendo a fomentar el equilibrio en salud integral de la comunidad universitaria.

En los alumnos se sensibiliza mediante la teoría para que pongan en práctica los valores aprendidos, a través del “saber, saber hacer, y saber ser”, evaluando las habilidades de

comunicación asertiva, fomentando la igualdad de oportunidad entre hombre y mujeres, teniendo como resultado el respeto y la responsabilidad social, moral y ético.

Con estas estrategias se pretende evitar la discriminación y otras ideas que limita el desarrollo integral en la comunidad universitaria.

MÉTODO

El método que se utilizó es cualitativo y descriptivo mediante el cual ocho profesores fueron capacitados a través del Diplomado en Educación y Equidad de Género , en el cual se sensibilizó sobre la importancia de fomentar relaciones equitativas, generando inclusión y evitando la exclusión en la comunidad universitaria.

Se realizaron adecuaciones en los contenidos temáticos de las asignaturas impartidas por la Academia de psicología y se Implementaron actividades específicas en la que los alumnos lograron poner en práctica lo aprendido en las aulas, así también se diseñó de una agenda de equidad y género con fechas alusivas a la Equidad de género.

RESULTADOS

Los resultados de las actividades de la implementación de valores de Equidad de género en División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, se han evidenciado a través de las relaciones equitativas en el aula escolar y se comparte durante las jornadas de autocuidado de la salud, teniendo una aceptación considerable dentro de la comunidad universitaria.

DISCUSION

Se observa en las interacciones entre el personal docente, entre el alumnado y en la relación docentes- alumnos, son más equitativas, sin embargo se requiere un estudio cuantitativo para evaluar la efectividad del proyecto.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Janet Shibley Hyde, Sexualidad Humana, Novena edición, México 2006 Ed. Mc Graw Hill.

Las estrategias de valor comparable son el ejemplo actual. Lamas, Marta. “Para romper un círculo vicioso”. En Cooper, et al (comps) Fuerza de trabajo femenina en México. México: Colección Las ciencias sociales, Coordinación de Humanidades, UNAM/Miguel Angel Porrúa,1989.

James Leslie McCary, Juan Luis Alvarez-Gayou Sexualidad Humana de McCary, México, D.F. Ed. Manual Moderno.

- Monrroy, A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y juventud. México 2002 Ed. Pax Grace j. Craig, Don Baucum, DESARROLLO PSICOLOGICO 9na ed. Ed. Pearson, México D. F. 2009.

http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm

EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DEL BULLYING EN LAS AULAS UNIVERSITARIAS

Galmiche-Hernández Viridiana
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Peralta-Jiménez Yesenia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Pedrero-Martínez Delfina
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN
Actualmente, el bullying, es un fenómeno que está causando impacto en la sociedad, especialmente en las aulas de enseñanza de todos los niveles educativos por esta razón, es importante tener recursos que aporten elementos para su prevención, detección e intervención en las aulas. Es por ello que en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco se ha atendido a los estudiantes que han sido participe en el bullying mediante el abordaje psicoterapéutico. OBJETIVO: Analizar la problemática desde la perspectiva del agresor y del agredido, aplicar una intervención terapéutica y describir los cambios de conductas de las personas estudiadas en el proceso psicoterapéutico. MATERIAL Y METODO: Para realizar este estudio de investigación, se trabajó con los estudiantes que asisten al consultorio psicopedagógico de la DAMC y que fueron canalizados por algún profesor por situaciones de bullying utilizando el método fenomenológico. RESULTADO: La intervención psicoterapéutica en alumnos con conductas del bullying es un recurso valioso que lleva a las personas a darse cuenta del impacto de la violencia en ellos y en los demás.

THE APPROACH OF BOLLYING PSYCHOTHERAPEUTIC IN THE UNIVERSITY CLASSROOMS
Today, bullying is a phenomenon that is causing impact on society, especially in the classroom teaching at all educational levels for this reason, it is important to have resources to provide elements for prevention, detection and intervention in the classroom. That is why in the Multidisciplinary Academic Division Comalcalco has served students who have been involved in bullying by psychotherapeutic approach. To analyze the problem from the perspective of the victim and the aggressor, applying a therapeutic intervention and describe the changes in behavior of those studied in the psychotherapeutic process. MATERIAL AND METHODS: For this research study, we worked with students who attend the clinic psycho DAMC and were channeled by a teacher for bullying situations using the phenomenological method. RESULT: the psychotherapeutic intervention with students bullying behaviors is a valuable resource that leads people to realize the impact of violence on them and others.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la experiencia laboral el bullying se refleja en las aulas de clases día tras días entre los estudiantes universitarios, a través de conductas disruptivas

principalmente entre compañeros como son empujones, golpes en la cabeza (zapes), se muerden entre ellos como muestra de afecto o maldad, suelen llamarse por sobre nombres y en algunos casos se ha llegado a observar que hasta con sus profesores utilizan conducta de igualdad, no respetando la imagen de autoridad etiquetando a sus profesores.

Sin embargo no todo los alumnos ejecutan el bullying en las aulas de clases, según la U.S. Department of Health & Human Services (2008), en cada salón de clases de cuarenta alumnos, quince ejecutan el bullying entre ellos, definiendo al bullying como "aquel comportamiento agresivo e intencional que implique un desequilibrio de poder o de fuerzas entre estudiantes".

En la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco en la División de Comalcalco, el tema del bullying es abordado ocasionalmente, por lo que los docentes no cuentan con herramientas eficaces para poderlo detectar, los alumnos no reconocen las conductas del bullying en sus compañeros viviendo este como algo natural dentro de la dinámica escolar, es entonces el interés de este estudio enfocarse en el trabajo del Abordaje del bullying a través de un enfoque psicoterapéutico en las aulas universitarias.

Es sumamente importante contar con recursos teóricos sobre el tema del bullying en universitarios, ya que esta información es escaza en este nivel educativo, este trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento sobre esta problemática en el nivel superior.

Para algunas personas el bullying es algo nuevo sin embargo para Javier Yuste, (2007), define el término bullying como maltrato, intimidación o abuso entre compañeros, así mismo hace mención que el primer término que se utilizó fue "mobbing" en lugar de bullying. Se empleó en las primeras investigaciones realizadas en la década de los setenta en el norte de Europa Heinemann, (1972) y Olweus (1973), haciendo referencia al ataque colectivo que emprende un grupo de animales contra un animal de distinta especie, con frecuencia más grande y considerado enemigo natural del grupo Lorenz, (1963).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, (2011) alertó sobre el bullying o acoso escolar en México, donde se estima que tres de cada diez estudiantes de primaria ha sido víctima de una agresión por parte de un compañero. Esta problemática puede presentarse en cualquier otra institución de educación superior; por lo cual nace el interés de realizar este estudio a través de la intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt, con un grupo de tres estudiantes de esta casa de estudios, de los cuales uno de ellos jugaba el rol de agresor y dos de agredidos.

Con el objetivo de mostrar los cambios de conducta, actitud y forma de relacionarse con los demás a través de la intervención psicoterapéutica Gestalt. Demostrando lo valioso de la intervención personalizada, contactando con la problemática más de cerca, otorgando un mejor beneficio a los estudiantes, apoyando a la institución para generar más y mejores estrategias de intervención en la solución a esta problemática. Uno de los objetivos es Analizar la problemática desde la perspectiva del agresor y del agredido, aplicar una intervención terapéutica y describir los cambios de conductas de las personas estudiadas en el proceso psicoterapéutico.

MÉTODOS

Para realizar este estudio de investigación, se trabajó con los estudiantes que asisten al consultorio psicopedagógico de la DAMC y que fueron canalizados por algún profesor por situaciones de bullying utilizando el método fenomenológico, describiendo el trabajo psicoterapéutico en la que se analiza la problemática del bullying en estudiantes del nivel superior, desde la perspectiva del agresor y el agredido, con un grupo de seis universitarios de la licenciaturas de médico cirujano, enfermería y de rehabilitación física.

Este método es útil ya este tienen que ver con el mundo interior de las personas. Se centra en la interpretación de los “fenómenos” tal y como se le presentan a la persona en su mundo interno. Para este método, la realidad no está fuera, de manera objetiva, sino que se constituye subjetivamente de aquello que sucede en el interior de las personas como consecuencia del vivir y al margen de toda teoría. Así, el método observa, analiza y reflexiona percepciones, sensaciones, sentimientos, imaginaciones, sueños, pensamientos, procesos cognitivos, recuerdos, afectos, pasiones, etc., poniendo entre paréntesis, es decir, tomando distancia de toda preconcepción conceptual o teórica. Es el método por excelencia para investigaciones clínicas, psiquiátricas, psicológicas, educativas, etc. Álvarez, (2004).

RESULTADOS

La intervención psicoterapéutica en alumnos con conductas del bullying es un recurso valioso que lleva a las personas a darse cuenta del impacto de la violencia en ellos y en los demás- La intervención psicoterapéutica individual resulto benéfica en los alumnos participantes en estos estudios, disminuyendo sus conductas violentas, contribuyendo al crecimiento personal, así como al bienestar emocional y académico. Así mismo se muestra los siguientes puntos como resultado del estudio:

. El bullying en las aulas universitarias de la DAMC, es una realidad presente que merece ser atendida de acuerdo a la magnitud de esta problemática.

La intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt en alumnos con conductas del bullying es un recurso valioso que lleva a las personas a darse cuenta del impacto de la violencia en ellos y en los demás.

La intervención psicoterapéutica individual resulto benéfica en los alumnos participantes en estos estudios, parando sus conductas violentas, contribuyendo también al bienestar emocional y académico.

El consultorio psicopedagógico de la DAMC resulta ser un espacio de reflexión análisis y crecimiento personal para los alumnos que acuden en busca de apoyo y ayuda psicoterapéutica.

DISCUSIÓN

El bullying en las aulas de la DACM de la universidad Juárez autónoma de tabasco, es una realidad que se hace evidente en muchas de las conductas de los alumnos, sin embargo este estudio demuestra la importancia que tiene no ignorar el problema, y brindar atención a los alumnos que presentan este tipo de conductas, ya que con la orientación necesaria ellos pueden darse cuenta que la violencia no es una conducta que favorezca las relaciones interpersonales ni su desarrollo como persona y como profesionistas.

El consultorio psicopedagógico es un espacio subutilizado en otras divisiones de esta universidad, sin embargo es imprescindible que este pueda bridarse como un lugar donde los alumnos se atiendan y se sientan seguros, la atención psicológica brindada a los alumnos tiene que ir enfocada ayudarles a resolver los problemas emocionales que puedan estar interfiriendo con el éxito y culminación de sus estudios.

Con referente a la atención que se les brinda a los estudiantes que presentan conductas de bullying en esta investigación, este espacio brindo la oportunidad de desarrollar un proceso psicoterapéutico en caminado a desarrollar habilidades de contacto, y darse cuenta centrando la atención de los alumnos en el impacto que genera en los demás y en él una conducta violenta. También es importante señalar que además de brindar atención individual a la atención a los estudiantes con conductas del bullying, este consultorio

psicopedagógico también se vio en la necesidad de implementar platicas de prevención a los grupos de los estudiantes atendidos.
En conclusión podemos decir que una de las principales limitaciones fue que la muestra fue reducida ya que la problemática exige sea estudiada con un margen más amplio de participantes. Se sugiere que la intervención psicoterapéutica pueda generarse a más estudiantes que presentan esta problemática y que de ser posible la intervención que se realice sea tanto a nivel individual como en proceso de desarrollo grupal.
REFERENCIAS

Electrónicas:
Acoso Escolar. Disponible enero 2009 de http://elfuturodeestudianteuniversitar.blogspot.com/2009/01/acoso-escolar-actualmente-en-nuestras.htm

Acoso Escolar: La persecución como forma de agresión, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponible marzo 2009. Palacios de Torre, C.
http://www.eumed.net/rev/cccss/03/cpt3.pdf
Acoso Escolar o Bullying: Perfil del acosador y de la víctima. Dra. Wanda E. Soto Vázquez, 2012.
http://www.eduquemosenlared.com/es/index.php/educacion-sociedad/221-bullying

Aspectos Pedagógicos Y Psicológicos Del Acoso Moral. (s.f.).
http://www.enduc.org.ar/enduc4/trabajos/t131-c00.pdf

"Bullying (Acoso Escolar)". México 2007. Traducción y colaboración editorial de Roxana Alanís V. de http://www.observatorioperu.com/lecturas/octubre%202009/still%20Bullying_%20Acoso_escolar.pdf

El Bullying en México: CNDH, Por: Juan Carlos Rangel (s.f.). de http://escuela-y-violencia.blogspot.com/2011/04/el-bullying-en-mexico-cndh.html

El bullying en puebla Por: Virginia Alfaro Blazco, Psicóloga Clínica
El término BULLYING y su definición Posted on Septiembre 9th, 2007, por Javier Yuste. (s.f.). de http://www.conflictoescolar.es/2007/09/el-termino-bullying-y-su-definicion/

Oscar Prettel B. (s.f.). de http://gestalt-codeh.com/2010/07/17/bulling-el-hostigamiento-o-acoso-escolar/

Psicología humanizada blog: psicología. (s.f.). de http://psicologiahumanizada.blogspot.com/2010/10/que-es-el-acoso-escolar-o-bullying.html

¿Qué es violencia? Por la Red nacional. (s.f.). de http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=77

Solución Para Acoso En Las Aulas. (s.f.). de http://argijokin.blogcindario.com/2005/08/00398-solucion-para-acoso-en-las-aulas.html

Violencia En El Ámbito Universitario: El Caso De La Universidad Nacional De Colombia. (s.f.). de http://www.scielo.br/pdf/rsap/v7n2/v7n2a04.pdf

Violencia En Las Aulas. (s.f.). de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/274/27404102.pdf

Violencia De Los Estudiantes En Las Aulas. (s.f.). de http://html.rincondelvago.com/violencia-de-los-estudiantes-en-las-aulas.html

Violencia De Universitarios Por Nueva Ley Por: Quito en el Periódico El Universo. Disponible 9 de septiembre de 2010. de http://www.eluniverso.com/2010/09/09/1/1355/vetos-revocatoria-mandato-provocan-reaccion-alcaldes.html

Libros:

Álvarez-Gayou Jurgenson, Juan Luis (2004), Teoría fundamentada: Cómo hacer investigación cualitativa, Paidós Ecuador, México.

Fundación Barraquer Jarne A. y Talarn A. (2005), Manual de psicopatología clínica. Barcelona.

Horta E., Requena E., Talarn A., y Jarne A. (2006). Psicopatología Clínica. Barcelona .UOC.

Millon, T. (1998).Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.

Naranjo, Claudio*. (*1990*) La Vieja y Novísima Gestalt*, Ed. Cuatro Vientos, Chile.

Peñarrubia, F. (1998) *Terapia Gestalt - La vía del vacío fértil-,* Ed. Alianza Editorial, Madrid.

Perls, Fritz 1974. *Suelos y Existencias*, Ed. Cuatro Vientos, Chile.

Reich Wilhelm (1976). Análisis del carácter. Buenos Aires Editorial Paidós.

Rigby, K (2003). *Consecuences of Bullying in schools*. Canadian Journal of Psichiatry 48, 583-589.

EL ATLETISMO COMO UN PREVENTOR DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROMOTOR DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Medina Palomo Pedro Raymundo, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags., México

INTRODUCCIÓN

La realización de actividad física y/o ejercicio es importante para mantener una estabilidad en la salud de las personas que lo practican, ya que puede reducir el riesgo de

hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y colon, depresión y caídas; además de mejorar la salud ósea y funcional; es un determinante clave del gasto energético y por ende es fundamental para el equilibrio calórico y el control de peso.

El atletismo le da la posibilitad al estudiante de mejorar en su vida académica, posteriormente desarrollarse en la sociedad actual, ya que a través de la actividad física obtiene seguridad en sí mismo, le garantiza el logro de cualquier meta en el ámbito académico, personal o deportivo, debido a que el atletismo es una disciplina que en ella misma se establece el autoestima y perseverancia desde el primer contacto con ésta, dándole el carácter de no desistir en sus objetivos, además, lo mejora en sus capacidades físicas (aeróbica y anaeróbicas), en sus órganos y sistemas, obteniendo así, una condición física estable.

Además de fomentar la activación física, reducir niveles de sobrepeso, obesidad y algunas enfermedades cardiovasculares; se buscan crear espacios saludables entre los jóvenes, prevenir la drogadicción, mejorar la comunicación familiar, aumentar la competición deportiva dentro de las instalaciones y fuera de ellas.

OBJETIVO GENERAL

Inculcar el hábito del deporte en los alumnos universitarios para lograr mantener un estado óptimo de salud física y mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mantener buenas condiciones físicas con la práctica diaria del atletismo.

Fomentar el hábito de la activación física en los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Reducir los niveles de sobrepeso, obesidad y otras enfermedades cardiovasculares dentro de la institución.

Crear espacios saludables entre los jóvenes universitarios.

PROPUESTA

El presente proyecto está planificado para llevar a cabo en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Aguascalientes como un curso de formación humanista el cual se desarrollará durante el semestre, conformado por 30 participantes como máximo por grupo, y en los cuales podrá inscribirse cualquier alumno de la institución. Se planea abrir 3 grupos, por lo tanto el cupo será de 90 alumnos en total. Las clases de Atletismo Saludable serán impartidas tres días a la semana en el siguiente horario:

Grupo	Día	Hora
Grupo 1	Lunes	8:00 – 11:00
Grupo 2	Miércoles	18:00 – 21:00
Grupo 3	Viernes	08:00 – 11:00

Las clases serán de manera teórico-práctico, en las cuales se incluirá el atletismo como deporte, así como fomentar hábitos saludables y orientación nutricional.

Si bien, no se calificarán las habilidades que los estudiantes logren desarrollar ya que los objetivos del programa son enfocados a la salud pero se pretende que en un futuro se integre en la lista de las disciplinas obligatorias para acreditar como requisito de titulación. La evaluación incluirá la participación, actitud y asistencia.

Los alumnos tendrán el poder de elegir una categoría entre: carreras, marcha, saltos y lanzamientos; en diferentes pruebas (velocidad, resistencia, distancia o altura). Se

realizarán pruebas mensualmente para evaluar el avance de los alumnos, quienes deberán llevar un autoregistro.

No se deberá exigir alto rendimiento a los alumnos que lleven la clase, ya que este proyecto fue planificado con el fin de promover la salud en los jóvenes de estas edades, por tal motivo el profesor nunca fomentará valores de competición; sino de responsabilidad, integración social, disciplina, entre otros. Existirá un profesor por cada categoría (carreras, marcha, saltos y lanzamientos), los cuales deberán estar capacitados para impartir la clase.

Existen diversos beneficios que se pueden obtener con este programa, los más importantes son:

En las articulaciones, este deporte ayuda a gozar de una mayor flexibilidad y lubricación.

A nivel cerebral se generan endorfinas, comúnmente conocida como la hormona de la felicidad (es una pequeña glándula que está ubicada en la base del cerebro, cuando hacemos deporte esta glándula es estimulada, produciéndose endorfinas en el organismo las cuales se multiplican y envían mensajes a nuestro cerebro aumentando nuestras defensas; mientras que, cuando sentimos dolor, actúan como analgésicos endógenos, inhibiendo la transmisión del dolor al cerebro que contribuyen a lograr una sensación de bienestar general.

Las paredes del corazón y los ventrículos amplían su grosor y tamaño, permitiendo que con cada latido, ingrese más sangre a los pulmones.

El correr constantemente, a un ritmo moderado, aumentará el grosor de los huesos de las piernas y los pies. Las células musculares se verán beneficiadas, quemando grasa y aumentando el nivel de encimas.

Obtención de 3 créditos humanistas por curso aprobado.

Entre los materiales didácticos que se utilizarán se encuentran las vallas, jabalinas, garrochas, colchones, pijas, cintas métricas, balas, entre otras; y el recurso didáctico serán la pista y el campo atlético.

Al final de cada semestre se realizarán competencias de cada prueba en la cual deberán asistir todos los estudiantes inscritos en el curso, de lo contrario no podrán acreditarlo.

CONCLUSIÓN

Por medio del deporte se pueden fomentar diversos factores favorables para las comunidades, ya que es un elemento educativo que transmite valores, teniendo como resultado a jóvenes más sanos, emprendedores, con metas de vida y hasta lograr mejores resultados en competencias deportivas a nivel estatal y nacional; además de mejorar el estado físico, mental y social de quien lo practica.

El atletismo como cualquier otro deporte puede prevenir enfermedades y promover la activación física pero el atletismo es uno de los pocos deportes practicados universalmente, ya que tiene diversas pruebas que se pueden adaptar a todo tipo de personas sin importar su nivel de condición física y los movimientos utilizados son básicos para la vida diaria, es decir, existen diversas modalidades para que el alumno pueda elegir el que más sea de su agrado o en el que llegue a destacar más.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. *10 datos de la actividad física*. Septiembre de 2011 [Consulta: 12 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/es/

Kelly Hernández Mite. *El atletismo como beneficio para la salud.* [Artículo en línea] Universidad Educativa Monte Tabor – Nazaret. [Consulta: 12 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.montetabornazaret.edu.ec/articulos/articulo_40.pdf

Ayuntamiento de San Martín de Montalbán, Concejalía de Juventud y Deportes. *Beneficios de la práctica de atletismo.* [Artículo en línea] [Consulta: 12 de septiembre de 2014]. Disponible en:

http://www.sanmartindemontalban.com/ayuntamiento/docs/documentos/beneficios_atmo.pdf
Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones Mundiales Sobre Actividad Física para la Salud* [Consulta: 12 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

EL CONCEPTO DE SALUD 2.0. ANTECEDENTES, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS PRINCIPALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

JESÚS ANTONIO REYNOSO DÍAZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
UNIVERSIDAD SALUDABLE

La Web 2.0 es una enorme plataforma de colaboración masiva en la que todos podemos colaborar y crear de forma voluntaria y libre en redes basadas en la confianza. La extensión “2.0” hace referencia a una nueva versión mejorada de las herramientas, que son al mismo tiempo más sofisticadas y simples de usar.
Esta sencillez hace posible que la Web 2.0 llegue a prácticamente todos los usuarios, y que tenga, por tanto, un gran impacto en las organizaciones y en la sociedad en general.
Salud 2.0 se refiere a una nueva forma de brindar servicios de salud a las personas, en donde los profesionistas de la salud utilizan nuevas tecnologías para brindar un mejor servicio y con ello una mejor calidad de vida saludable a los pacientes.

Los canales de comunicación por los cuales se desarrolla el concepto de Salud 2.0 son cada día mayores. Existen foros web, blogs especializados, páginas de internet, redes sociales, entre otras herramientas, en donde se puede compartir información, experiencias respecto a situaciones médicas, diagnósticos y tratamientos.

Lo anterior hace que sea información especializada en donde cada persona puede compartir su caso con otros, y el especialista en salud conocer y ampliar los diagnósticos de cada paciente.

Entre algunos de los beneficios de la prácticas de Salud 2.0 se encuentra el que la información llega de manera rápida, el usuario puede acceder a información proveniente de especialistas de todo el mundo, hoy en día se puede monitorear al paciente en casa sin necesidad de ir a algún hospital o centro de salud, el paciente puede acceder a su expediente médico y consultar los resultados de estudios aplicados, se crea una inteligencia compartida.

Web 2.0 is a huge mass collaboration platform where everyone can collaborate and create a voluntary and free form in networks based on trust. The extension "2.0" refers to a new and improved version of the tools that are both sophisticated and simple to use time.
This simplicity enables the Web 2.0 reaches virtually all users, and have therefore a large impact on organizations and society in general.
Health 2.0 refers to a new way of providing health services to the people, where health professionals are using new technologies to provide better service and thus a better quality of life for patients healthy.

The communication channels through which the concept of Health 2.0 is developed are undergoing. There are web forums, specialized blogs, websites, social networks and other tools, where you can share information, experiences with medical conditions, diagnoses and treatments.

This makes it specialized information where everyone can share your event with others, and meet the health specialist diagnoses and expand each patient.

Some of the practical benefits of Health 2.0 is where information comes quickly, the user can access information from specialists worldwide, today you can monitor the patient at home without going to a hospital or health center, patients can access their medical records and view the results of applied studies, a shared understanding is created.

INTRODUCCIÓN

La habilidad de comunicación es vital en todo tipo de sector profesional. Desde hace tiempo se ha venido trabajando con la plataforma 2.0, que refiere de todo aquello relacionado con las herramientas digitales que se han convertido en la manera de recibir y enviar información de manera continua y eficaz.

El estudio del termino salud 2.0 aporta elementos que son importantes analizar y darlos a conocer ya que son parte fundamental de una nueva manera de promoción de la salud. Existen elementos y características que conforman este término que día a día van tomando un camino en donde la promoción de la salud llega a muchos mediante herramientas de fácil acceso.

Este término será una herramienta fundamental para la promoción de la salud. Formará parte de las acciones que se realizan día a día en materia de prevención de padecimientos, acceso a la información y acercamiento con personas especializadas de todo el mundo.

ORIGEN DEL TÉRMINO

El término fue utilizado por primera vez por José Cubelos, quien fue el director del mercado de Salud de la empresa multinacional de Tecnologías de la Información Indra quien en una tribuna para el diario Expansión publicada el 12 de julio de 2007 y titulada “Hacia una sanidad interactiva” hacía alusión a este término para acuñar lo que consideraba el nuevo enfoque de la sanidad, y paso obligatorio para todas las empresas TIC especializadas en este ámbito si querían evolucionar hacia una visión integral y superior de la Salud.
Es importante decir que anterior a ello, ya se había hecho mención al concepto Health 2.0 o Sanidad 2.0 desde Estados Unidos debido a los avances tecnológicos aportados por grandes líderes como Google y Microsoft.
El concepto 2.0 nos traslada una versión siguiente, mejorada o nueva de lo que hay. Actualmente la corriente 2.0 supone un progreso con un cambio de enfoque añadido. Y es que las nuevas tecnologías están haciendo que los ciudadanos sean por fin dueños de la propia información que generan y lo que es más positivo, vean y aprecien por ellos mismos lo que puede aportarles de valor añadido.

DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS DE LA SALUD 2.0

Por el término Salud 2.0, se entiende un nuevo concepto que defiende una visión integral e innovadora del modelo de sanidad. Básicamente consiste en la creación de nuevos sistemas de información diseñados para interactuar de forma ágil, sencilla y que son pensados para que los profesionistas de la salud, personal médico, pacientes y ciudadanos los utilicen.

El elemento básico del concepto de salud 2.0 se sustenta en el concepto de web 2.0 que incluye diversas herramientas gratuitas con múltiples posibilidades de comunicación que pueden ser utilizadas por médicos y pacientes.

Este cambio hacia el término 2.0, debe entenderse como un cambio en la cultura organizacional. Expertos en materia de esta nueva cultura de las redes sociales, afirman que la sociedad será más creativa y la información que se transmite con el tiempo será con mayor velocidad, eficiencia y alcance.

La Web 2.0 está haciendo posible el surgimiento de nuevos modelos de creación de valor social en el campo de la salud:
Información y prevención. Hoy en día, las personas pueden encontrar información útil, personalizada y actualizada. Este acceso a la información puede convertirse en la herramienta más poderosa para fomentar una vida saludable, basada sobre todo en la prevención de enfermedades.

Agilidad. Cada ciudadano debería poder consultar su historial clínico online de forma segura, desde cualquier lugar y en cualquier momento, con la posibilidad de enriquecerlo y actualizarlo con información relevante. Utilizando este sistema, también el profesional médico puede acceder a los historiales de forma ágil, y tiene la oportunidad de realizar un mejor seguimiento, ya que cuenta con información actualizada.

Facilidad y acceso. Las nuevas herramientas hacen posible la implantación de un servicio efectivo. Esto se traduce en una mejora para los pacientes, que no necesitan abandonar su domicilio para desplazarse hasta el centro de salud, y en un importante ahorro de costos para el sistema de salud, que puede descongestionar los centros de atención.

Experiencia compartida. Los pacientes tienen la capacidad y la oportunidad de comunicar y compartir sus experiencias con otros pacientes en redes sociales especializadas. El surgimiento de estos nuevos colectivos ha venido a llenar un importante vacío, ya que muchos pacientes con necesidades específicas podían llegar a sentirse aislados y desagregados.

Inteligencia colectiva o gestión del conocimiento. Las herramientas 2.0 permiten a los profesionales en salud construir una auténtica inteligencia colectiva, formada por los conocimientos y experiencias de toda la comunidad. Esta fuente de conocimiento acreditado y actualizado permite compartir las mejores prácticas, y repercute en el avance de la ciencia y la práctica sanitaria. Al final, el paciente obtiene mejores diagnósticos y tratamientos más acertados.

Eficiencia y productividad. Para los quienes utilizan estos medios, la disponibilidad de estas herramientas abre nuevas vías para aumentar la productividad en tiempos de presupuestos restrictivos. Las oportunidades son inmejorables: hoy es posible agilizar trámites administrativos, eliminar la burocracia, recortar gastos mediante la creación de mercados internos para proveedores, descongestionar los servicios de atención entre muchos otros beneficios.

La Web 2.0, con sus redes sociales, sus blogs especializados, sus wikis, sus podcasts, sus vídeos y sus servicios de mensajería, nos enseña que lo importante no es la información en sí, sino los millones de conversaciones que tienen lugar cada día mediante comunidades entre profesional- paciente.
- Comunidades de pacientes. Los pacientes han construido sus propias redes sociales. En ellas pueden compartir sus experiencias, hablar de su enfermedad, de los tratamientos y recursos disponibles, de las formas de afrontar la situación. Los pacientes ya no están solos. Se sienten acompañados y comprendidos. Y además los profesionales médicos pueden utilizar toda esa información para aplicar un enfoque más humano y más acertado.

- Comunidades de profesionales. Los profesionales de la salud también tienen la oportunidad de compartir sus experiencias y sus conocimientos, sus diagnósticos, sus prácticas, sus enfoques, sus dudas, sus puntos de vista, etc. con el resto de la comunidad. Al final, estas redes se traducen en una mejor atención al paciente.

- Redes de salud. Las redes de salud ponen en contacto a los pacientes con los profesionales, y proporcionan información útil a los usuarios. Suelen incluir servicios de valoración, testimonios, consejos, recomendaciones, entre otros tipos de interacción.

- Fuentes de información sobre salud. Jamás se había tenido tanta información a nuestra disposición. Ahora las personas pueden informarse sobre cómo llevar una vida más saludable, y pueden resolver sus dudas al momento sobre un virus o una alergia. Por su parte, los profesionales tienen excelentes fuentes de consulta, y pueden estar al tanto de los últimos avances médicos.

- Comunicación directa. Las herramientas de comunicación 2.0 (videoconferencia, chat, blogs, foros, etc.) permiten al paciente y al profesional mantener una relación fluida. Este sistema evita desplazamientos y hace posible un seguimiento continuo, ya que permite monitorizar a los pacientes desde cualquier lugar y en cualquier momento.

Porque la colaboración entre los pacientes, profesionales y gestores nos proporciona información valiosa. Dichas conversaciones nos ayudan a reforzar la prevención, y a conseguir una detección más temprana de las enfermedades, unos diagnósticos compartidos más certeros, una recuperación acompañada de personas que han pasado antes por el mismo trance, menos recaídas y una recuperación más temprana y completa.

CONCLUSIÓN

La salud 2.0 es una realidad desde hace años que no hace más que aumentar de volumen y de consolidarse paso a paso.

Internet y las redes sociales son un buen lugar para resolver dudas y para compartir conocimiento. Las herramientas 2.0 se convierten útiles para los profesionales de la salud gracias a que contribuyen a la interrelación entre profesionales, potencian una mejor comunicación entre niveles asistenciales, facilitan la formación continua y permiten aplicar las mejores prácticas en la actividad asistencial.

La promoción de la salud es un hecho que debe aventurarse a distintos y actuales sistemas que motiven el cambio de vida saludable de las personas.
BIBLIOGRAFÍA

Salud 2.0: nuevas herramientas de comunicación para el ejercicio profesional de la farmacia hospitalaria. Health 2.0: new communication tools for professional practice in a hospital pharmacy L.C. Fernández Lisóna,∗, J.C. Juárez Giménez b y E. Monte Boquet c.

http://www.sefh.es/fh/125_121v36n05a90154203pdf001.pdf

http://www.formacionsanitaria.com/salud2punto0/

http://www.formacionsanitaria.com/salud2punto0/

EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO PREVENIMSS EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Zurisadai Rosales Hernández
Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

La Universidad Autónoma de Aguascalientes en conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social han logrado establecer de forma fija el modulo UAA - PREVENIMSS, el cual está dirigido específicamente a la comunidad universitaria y tiene como objetivo mejorar la accesibilidad de los alumnos, docentes y administrativos a la seguridad social y al uso de los servicios que esta proporciona, logrando así promover hábitos de prevención en la comunidad universitaria, y detectar factores de riesgo a los cuales estén expuestos y detectar oportunamente la presencia de alguna enfermedad, para así poder brindar la orientación correspondiente para ser atendidos de manera adecuada y poder recibir el tratamiento correcto.

El Módulo de Atención preventiva integral PREVENIMSS fue establecido oficialmente en septiembre del año 2011, posteriormente en el año 2012 se conformo el Comité de Salud UAA – PREVENIMSS con el objetivo de mejorar la calidad educativa con apoyo de los servicios de salud disponibles para cada uno de los alumnos.

Durante el tiempo en el cual el modulo ha estado en función se han realizado diversas actividades para su difusión dentro de las instalaciones de la universidad, entre las que destacan las jornadas de salud realizadas en los diferentes centros educativos, y planteles como la Posta y el Campus Sur, en todos estos se han aplicado los programas preventivos con los cuales cuenta el modulo, como lo son la prevención de cáncer de

mama, de cáncer cervicouterino, educación sobre la salud bucal y métodos anticonceptivos, con estas jornadas se ha logrado captar el interés de la comunidad universitaria en la práctica de hábitos preventivos que ayudan a preservar la salud.

INTRODUCCION

El seguro facultativo de estudiantes nació por Decreto Presidencial en Junio de 1987, fungiendo como Presidente de la Republica Lic. Miguel De La Madrid Hurtado.

Se establece que se incorporaran al Seguro Facultativo del Régimen del Seguro Social, todas las personas que cursen estudios de nivel Superior, en planteles públicos Oficiales, del sistema educativo Nacional, y que no cuenten con la misma o similar protección de seguridad social.

El estudiante tendrá derecho al Seguro Social como en Asistencia Médica, Quirúrgica, Farmacéutica y Hospitalaria.

El Seguro Facultativo de Estudiantes se da de alta cuando se empieza la carrera desde el primer semestre, siempre y cuando el alumno llene la solicitud en el Departamento de Servicios Escolares para dar su trámite correspondiente.

Este tipo de Seguro cubre toda la carrera hasta que egrese del Instituto ya siendo alumno egresado se procede a dar de Baja del Seguro Facultativo o en su caso se procederá a dar de Baja cuando el alumno sea Baja Definitiva.

OBJETIVO GENERAL

- Mejor la accesibilidad de los alumnos, docentes y administrativos a la seguridad social y al uso de los servicios que esta proporciona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover hábitos preventivos en toda la comunidad universitaria.
- Brindar información y educación adecuada a cada derechohabiente de la universidad
- Identificar y prevenir factores de riesgo a los cuales están expuestos los estudiantes universitarios.

METODOLOGIA

I.- Inicio del Proyecto UAA-PREVENIMSS

El Módulo de Atención preventiva integral PREVENIMSS es un proyecto de Universidad Saludable, el cual fue inaugurado oficialmente en el año 2011, con el propósito de que todos los alumnos accedan al derecho de la seguridad social afiliándose y obteniendo los beneficios que este les proporciona.

Dentro de este modulo se realizan las acciones preventivas de acuerdo a la edad y estilo de vida que tenga cada uno de los derechohabientes que acudan, entre ellas está el examen citológico cervical, examen de mama, niveles de glucosa y colesterol en la

sangre, medición de la presión arterial, educación para la autoexploración, información nutricional e información sobre métodos anticonceptivos. Todo esto con la finalidad de prevenir o detectar cualquier tipo de riesgo o enfermedad de forma oportuna, y así poder brindar una asesoría y posteriormente recibir una atención adecuada y obtener así el tratamiento correspondiente para cada una de las necesidades del derechohabiente.

II.- Conformación del Comité de Salud UAA PREVENIMSS

La Universidad Autónoma de Aguascalientes y el Instituto Mexicano del Seguro Social, signaron de forma oficial la constitución del Comité de Salud UAA PrevenIMSS, en cumplimiento con el convenio marco de colaboración entre ambas instituciones.
El rector Mario Andrade Cervantes comentó que para lograr la calidad educativa es necesario ofrecer seguridad social para la salud a los estudiantes, profesores, personal administrativo e investigadores de la Institución, por lo que la Autónoma de Aguascalientes siempre velará por el desarrollo integral de su comunidad y la población en general.
De esta forma, desde hace un año se incrementó la cifra de entre 5 y 8 mil afiliados al IMSS, a cerca de 15 mil. Además, que a través del programa Universidad Saludable se han ejecutado 25,323 acciones que han beneficiado a 19,117 integrantes de la UAA.

Alfonso Martínez Hernández, jefe delegacional de Prestaciones Médicas, representante personal del delegado estatal del IMSS, Diego Martínez Parra; manifestó que con apoyo de la UAA se generará un cambio altamente positivo para la población del estado, ya que con la educación y la atención de los integrantes de la comunidad universitaria, se extenderá una concientización sobre salud a miles de familias.

III.- Aplicación del Examen Médico Automatizado

Durante el año escolar son realizadas diversas actividades por Universidad Saludable, entre las que destaca la aplicación del Examen Médico Automatizado (EMA), el cual es un instrumento de valoración integral de la salud compuesto por tres cédulas de auto-respuesta, estructuradas con sesenta y tres grandes apartados, los cuales contemplan doscientas diez preguntas que identifican enfermedades existentes y de herencia familiar; también exploran los factores de riesgo y de protección que más influyen en la salud integral de los jóvenes estudiantes. Es una importante herramienta que se utiliza para la apertura del expediente clínico de cada alumno, antes de que se elabore la historia clínica completa. Este es aplicado a los estudiantes universitarios de primer ingreso en los niveles de educación media superior y superior, así como a los estudiantes de la Universidad abierta y a los que están cursando el de 4° año de licenciatura o equivalente.

Durante las dos aplicaciones que se realizan durante el año, les son aplicadas las acciones preventivas a 4600 alumnos en promedio, y se les proporciona información sobre métodos anticonceptivos, salud bucal y nutricional.

IV.- Jornadas de Salud

Universidad Saludable juntamente con el modulo PREVENIMSS realiza durante el año varias Jornadas de Salud, estas se realizan en los distintos centros educativos y planteles con los cuales cuenta la Universidad Autónoma de Aguascalientes, obteniendo así una aplicación mayor en la población de acciones que nos ayudan a prevenir y detectar diversos tipos de

Enfermedades que se presentan en las diferentes etapas de la vida, ya que las acciones son aplicadas a toda la comunidad universitaria y personas externas interesadas en el programa.

V.- Función del modulo fijo

Actualmente el modulo funciona dentro de las instalaciones de la Unidad Medico Didáctica en la planta alta, atendiendo alrededor de 400 derechohabientes al mes de la comunidad universitaria que a este acude y brindando orientación a otros más los cuales aun no se encuentran afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dentro del modulo se cuenta con aéreas especificas y preparadas para realizar el examen citológico cervical y el examen clínico de mamas, con la finalidad de brindarle a la derechohabiente privacidad y seguridad. Se cuenta con un refrigerador en el cual se albergan exclusivamente las vacunas que son solicitadas para cada una de las jornadas de salud que se realizan dentro de la universidad.

CONCLUSIONES

Gracias al apoyo recibido por el programa Universidad Saludable se ha logrado una gran difusión dentro y fuera de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, gracias a esto durante el tiempo en el cual el modulo PREVENIMSS ha estado en función, se ha incrementado en gran manera el número de alumnos afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales han recibido atenciones preventivas y educación en cada una de las aéreas que han sido de su interés. Este proyecto el cual fuera implementado en el año 2011 por parte del Programa de Universidad Saludable en conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido una muy buena aceptación por toda la comunidad universitaria y un buen impacto en el área de la salud dentro de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, ya que se han podido detectar con tiempo la presencia en algunos derechohabientes de riesgos altos que comprometen directamente a su salud, y se ha podido brindar educación sobre los métodos de planificación familiar y de prevención de infecciones de transmisión sexual que existen, y a los cuales como derechohabientes tienen acceso completamente gratuito dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se espera que la población atendida siga en aumento con apoyo de la difusión del modulo y sus servicios, logrando así incrementar los hábitos preventivos dentro de la universidad.

BIBLIOGRAFIA

http://www.itsao.edu.mx/default/ServMedico/SEGURO%20FACULTATIVO%20DE%20ESTUDIANTES%20ITSAO.pdf

http://www.uaa.mx/rectoria/dcrp/?p=9189

http://www.dgsm.unam.mx/web/ema.html

EL PROGRAMA DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

Autor: Lic. Berenice Cano Santos
Institución: Facultad de Estudios Superiores Aragón –UNAM

Resumen
Las situaciones generadas por los estilos de vida de los jóvenes en el mundo, han provocado el interés de distintas organizaciones e instituciones a nivel mundial, regional y local. Dichos estilos de vida se refieren al consumo de drogas lícitas e ilícitas, el sedentarismo, prácticas sexuales y reproductivas de riesgo, etcétera.
Por tal motivo, es importante repensar la manera en la que se puede ayudar a prevenir, promover la salud y a disminuir la vulnerabilidad de la población joven; en este sentido, ponemos como ejemplo diversas estrategias que se implementan en el Programa de Salud para Estudiantes que se maneja en la Facultad de Estudios Superiores Aragón de la UNAM, el cual está basado en tres líneas de acción que son el diagnóstico de factores de riesgo y alta vulnerabilidad médica; la prevención, la promoción de la salud y la cultura de la protección civil.

Introducción

Diversos estudios han demostrado que en la población adulta joven existe una asociación entre la vulnerabilidad y el desarrollo de problemas relacionados con la salud pública, entre ellos el consumo de drogas, la violencia, prácticas sexuales de riesgo y sobrepeso y obesidad, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que un número mucho mayor de jóvenes sufre enfermedades que reducen la capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Un número aún mayor adopta comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades y comportamientos que iniciaron en la juventud, entre ellas consumo de tabaco, alcohol, falta de activación física, relaciones sexuales sin protección y la exposición de la violencia.

Por tal motivo, la Facultad de Estudios Superiores Aragón, una de las multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, con 38 años de labor académica, cultural y de investigación, atiende a una población total de 17,350 estudiantes del sistema escolarizado de 14 licenciaturas en áreas de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes e Ingenierías, ha diseñado el **Programa de Salud para Estudiantes**, desde los modelos de prevención, que implica un proceso que pone en marcha los medios y condiciones apropiados para impedir la aparición y surgimiento de un problema de salud. Que permite la reducción de factores que pueden incrementar la vulnerabilidad para desarrollar conductas de riesgo. Así como el aumento o promoción de los factores que protegen al alumno de conductas de riesgo.
Es así como el Programa se basa en tres vertientes dirigidas a la comunidad estudiantil, el seguimiento de los diagnósticos del Examen Médico Automatizado, acciones de prevención, promoción para mejorar la salud física y mental, y la cultura de la protección civil. Cuyo objetivo es contribuir en la formación y desarrollo integral de la población estudiantil de la Facultad, mediante programas preventivos y acciones orientadas a la promoción de la salud, con el fin de mejorar la eficiencia terminal, disminuir la deserción y combatir el rezago.

Desarrollo
La razón de la búsqueda de este ideal es el mantenimiento o la recuperación de la salud mediante estrategias y objetivos claros. El beneficio de llevar a cabo estas acciones, de acatarlas, es un beneficio social, pero sobre todo es personal. La OMS indica que “cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años. Un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Y un número aún mayor adoptan comportamientos

que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia"(OMS:2011). Es así que se plantea que la salud es una de las bases fundamentales para el desarrollo integral y pleno de las actitudes, habilidades, aptitudes y competencias tanto en el plano personal como en el académico.

Motivo por el cual la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como institución educativa se plantea objetivos hacia la formación integral y por tanto también hacia la salud. Es así que el Dr. Narro Robles, rector de la UNAM, en su Programa de Trabajo del Plan de Desarrollo 2011-2015 propone como línea rectora de trabajo para impulsar la superación institucional:
Mejorar la calidad y pertinencia de los programas de formación de los alumnos de la UNAM e incrementar la equidad en el acceso a aquellos métodos, tecnologías y elementos que favorezcan su preparación y desempeño.
En este sentido el Rector asegura que para el cumplimiento de estos objetivos:
Debemos hacer un gran esfuerzo por mejorar las condiciones con que ingresan a la Universidad los alumnos. Son cuatro los capítulos de mayor preocupación que deben ser atendidos y corregidos o al menos aminorados: las características socioeconómicas, las de salud, las referidas a la preparación previa y las que tienen que ver con la adquisición de las capacidades necesarias para avanzar en la carretera del conocimiento.
Por esto en la Facultad de Estudios Superiores Aragón (FES Aragón) en cumplimiento con el Plan de Desarrollo del Dr. Narro Robles, se ha planteado también dentro del Plan de Desarrollo Institucional de la Facultad de Estudios Superiores Aragón diversas medidas en este sentido, como lo son mejorar la eficiencia terminal de los alumnos e incrementar los índices de titulación en donde se llevan a cabo acciones como cursos permanentes de actualización, formación extracurricular y complementaria para los alumnos, programas de apoyo para la nivelación académica de alumnos de bajo rendimiento y para las asignaturas con alto índice de reprobación, fortalecer el sistema de tutorías para alumnos, entre muchos otros.

De esta manera se puede notar, que los alumnos y su formación integral han representado tanto para la Universidad como para la Facultad un desafío constante. Precisamente uno de estos puntos a atender es la salud, la cual es parte y pilar fundamental para la formación integral, por lo que se trabaja en ella como un objetivo primordial, creándose diversos programas de actividades extracurriculares, semestrales e intersemestrales, con los que se apoya el conocimiento y se desarrollan competencias en los alumnos, además de programas en materia de salud, deporte y cultura, para favorecer la formación integral, que llevará al logro de las metas, como lo son mejorar la eficiencia terminal, disminuir la deserción de los alumnos y el rezago académico, así como incrementar los índices de titulación y eficiencia terminal.

Por tal razón, se convierte en un compromiso dar seguimiento constante al Programa de Salud para Estudiantes, el cual tiene tres ejes de acción:

1. Emprender acciones para el seguimiento de los Diagnósticos del Examen Médico Automatizado (EMA).
2. Fortalecer acciones y mecanismos a fin de promover estilos de vida saludable, así como para mejorar la salud física y mental de los estudiantes.
3. La cultura de la protección civil.

Respecto a las acciones para el seguimiento de los diagnósticos del Examen Médico Automatizado la UNAM a través de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM), ha sido vital el conocimiento del perfil médico de ingreso de los estudiantes de cada generación, a través del diagnóstico de los alumnos de nuevo ingreso de manera automatizada desde 1978, pero tuvo una orientación a la identificación de patologías individuales, la logística era de alto costo y tiempo, no se estableció el mecanismo de comunicación y la utilización institucional de los resultados. Fue por ello que en el 2001, se integró el Examen Médico Automatizado (EMA), con el fin de identificar las necesidades y prioridades de salud, definir las intervenciones apropiadas y evaluar su impacto en cada generación (López y González de Cossío, 2005).

Actualmente, el EMA, es un instrumento de valoración integral de la salud compuesto por 4 cédulas de auto-respuesta, estructuradas con sesenta y tres apartados, los cuales contemplan 105 preguntas que desagregan factores de riesgo a partir de condiciones psicológicas, sociales (estilo de vida) y biológicas (clínicos y epidemiológicos). También incluye la identificación de factores de protección y daños que más influyen en la salud integral de los jóvenes estudiantes. Dicho examen es aplicado a los alumnos de nuevo ingreso, así como a los alumnos de cuarto año de estudio; esta actividad ha permitido realizar estudios de impacto y replanteamientos en las acciones desarrolladas.

Para su análisis consta de tres vertientes: Prevalencia de los Factores de Riesgo, Prevalencia de Factores de Protección e Identificación de Alta Vulnerabilidad.

Cabe señalar que el EMA arroja cuatro tipos de reportes: escolares, individuales, ecológicos y específicos; para el seguimiento y canalización de alumnos identificados con alta vulnerabilidad médica y para el diseño de acciones preventivas a nivel institucional, para esto, la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, en colaboración con pasantes de medicina, optometría y enfermería, acuden a cada Facultad a aplicar dicho Examen a los alumnos de nuevo ingreso a la licenciatura.
De manera específica, la Facultad de Estudios Superiores Aragón, a más de 3,200 alumnos de nuevo ingreso se les aplica el EMA, el cual ha permitido generar los reportes escolares que han servido de referencia para el diseño e implementación de programas y estrategias para la promoción y educación para la salud y el fomento de valores. Por otro lado, con los reportes individuales, que utilizan los médicos de la Facultad, se han realizado expedientes clínicos, seguimiento médico y canalización a instituciones médicas especializadas, para la prevención y atención médica de los estudiantes.
En el siguiente cuadro se muestran los resultados del EMA de la generación 2014 de la Facultad, de acuerdo con los cuales los jóvenes presentan:

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN GENERACIÓN 2014 **Prevalencia de marcadores de alta vulnerabilidad[1]**		
Área	TOTAL = 2,892*	
	Número	Porcentaje
Trastornos de la nutrición (Obesidad y/o desnutrición grave)	210	7.3

Enfermedades Crónicas (Hipertensión y/o diabetes)	498	17.2
Sustancias Adictivas (Consumo alto de alcohol y/o tabaco, consumo de marihuana y/o drogas ilícitas)	991	34.2
Sexualidad y Reproducción (ITS y/o Embarazo no planeado)	233	8
Violencia (Violencia sexual y/o familiar)	134	4.6
Salud Mental (Comportamiento relacionado con anorexia y/o bulimia; ideación e intento suicida)	79	2.8
[1]Identificación de casos de alta vulnerabilidad. Estos alumnos pueden tener positividad en una o más de las áreas analizadas. *EMA realizado a los alumnos de primer ingreso, Sistema Escolarizado.		

Tabla 1: Prevalencia de marcadores de alta vulnerabilidad médica

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN GENERACIÓN 2014 **Prevalencia de Factores de Riesgo**		
Área	TOTAL = 2892*	
	Número	Porcentaje
Enfermedades Crónicas (Antecedentes heredo familiares de hipertensión y/o diabetes, presión arterial alta, diabetes, asma, leucemia o cáncer, epilepsia)	1,586	54.8
Sustancias Adictivas (Consumo actual de alcohol)	1,707	59
Sexualidad y Reproducción (Anticoncepción de emergencia y/o vida sexual activa sin métodos anticonceptivos)	1468	76.9[1]
Violencia	277	9.6

(Han sido asaltados)		
Entorno (Baja cohesión familiar)	650	22.5
Salud General		
Sobrepeso y sedentarismo	1,681	58.2
Problemas de salud bucal y/o visual	2,666	92.2
Accidentes, tatuajes y/o piercings	1,024	35.4
[1]Porcentaje calculado con base al total de alumnos que tienen vida sexual. *EMA realizado a los alumnos de primer ingreso, sistema escolarizado.		

Tabla 2: Prevalencia de marcadores de factores de riesgo

Como se observa en las tablas anteriores, los alumnos de primer ingreso muestran un alto porcentaje en los marcadores de vulnerabilidad (Tabla 1) en lo que respecta al consumo de sustancias adictivas del 34.2% correspondiente a esta área, 24.1% presentan un consumo alto de alcohol al reportar haber tomado 4 o más copas por ocasión durante el último mes; por otro lado, encontramos que 7.4% de los alumnos reportaron haber fumado 4 o más cigarrillos al día.

En cuanto a la prevalencia de factores de riesgo (Tabla 2), una de las áreas que más llaman la atención es la de sexualidad y reproducción, contando con el 76.9%; del cual, el 43.6% reporta tener una vida sexual activa en la que utilizan (siempre o a veces) la anticoncepción de emergencia; mientras el 33.3% lleva a cabo su vida sexual sin el uso de métodos anticonceptivos.

El consumo de sustancias adictivas y llevar una vida sexual activa sin protección, nos lleva a otras situaciones, tales como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos no planeados, enfermedades de salud mental, etc. que en el EMA de FES-Aragón reportan 1.3%, 6.7% y 2.8%, respectivamente.

Esta situación va más allá de simples números, pues es evidente que una proporción considerable de nuestros jóvenes no ha adquirido o no ha sabido cómo desarrollar las habilidades necesarias que los lleven a tener una vida digna y de calidad, por ello es importante seguir desarrollando estas habilidades a lo largo de la universidad, y con ello, intentar reducir el porcentaje de alumnos que presentan marcadores de alta vulnerabilidad y/o factores de riesgo.

Como parte del segundo eje del Programa, para el Fortalecimiento de las acciones y mecanismos a fin de promover estilos de vida saludable, así como para mejorar la salud física y mental de los estudiantes, se desarrolla el trabajo de los promotores de salud, la activación física y la prevención de factores de riesgo.

Bajo esta consideración sobre un modelo de promoción aparece la figura del promotor de la salud quien es el encargado de brindar y facilitar la comunicación y ejercicios para

desarrollar una mejor calidad de vida. El promotor de la salud es considerado como agente de cambio y desarrollo social, es quien ayuda a sus compañeros a poder aumentar su capacidad de organizarse y de incrementar la autosuficiencia, y tiene confianza en sus propias ideas y habilidades (Cfr. Carrada, 2002). Sin embargo, no implica que el promotor de la salud diseñe por sí mismo las intervenciones que va a realizar, sino que está capacitado para realizar estas intervenciones intencionadas, lo cual implica que aunque no es un experto en el área de salud puede intervenir de manera oportuna y consciente.

Ante el panorama expuesto, la Facultad de Estudios Superiores Aragón, en conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde el 2012, trabaja de manera conjunta con el Programa Promotores de la Salud, cuyo objetivo es capacitar al alumno de la FES Aragón, en el área de la promoción de la salud para formarlos como promotores y hacerlos partícipes como red de apoyo en la salud integral de los alumnos, aclarando dudas en la atención a sus pares (FES Aragón- Promotores de la Salud, 2012).

A través de las sesiones educativas programadas, los expertos (psicólogos, médicos, pedagogos, odontólogos, enfermeros) brindan a los promotores los conocimientos básicos sobre diversos temas de salud y desarrollo, además de las habilidades para la vida indispensables para adoptar decisiones responsables en el autocuidado de la salud.

Los temas a capacitar son: autoestima, valores, métodos anticonceptivos, primeros auxilios, prevención de adicciones, enfoque de género, sexualidad, prevención de violencia, salud bucal, actividad física, farmacodependencia, alimentación, toma de decisiones y consejería. La capacitación es teórico - práctica con una duración de 20 horas, y al finalizar el curso el IMSS entrega una constancia con valor curricular. Así como capacitaciones constantes cada semestre para el desarrollo de habilidades para la vida y temas de salud.

Los alumnos que se forman como promotores de la salud son de las diversas licenciaturas de la Facultad, su participación al Programa es de manera voluntaria, se convierten en replicadores y multiplicadores de la información, con el fin de que promuevan el autocuidado de la salud con sus pares (otros adolescentes en su entorno) con su núcleo familiar y finalmente en su comunidad.

Los promotores capacitados planean sus actividades durante el semestre, que consiste en:

- Asesorías a los alumnos respecto a algunas problemáticas de salud, con el objetivo de orientarlos en algunas temáticas de su interés e inquietud, para así evitar la deserción escolar.
- Canalización de los alumnos con alguna problemática al Servicio Médico de la Facultad y éstos a su vez realizar un vínculo con alguna institución para el beneficio del alumno.
- Campañas de autocuidado, mediante módulos informativos, trípticos, carteles, etc., los promotores divulgan entre la población estudiantil información sobre el cuidado de la salud, para que se genere conciencia y evitar patologías, así como sus factores de riesgos y vulnerabilidad que presenta la comunidad estudiantil.
- A continuación se muestra algunas actividades realizadas por parte de los promotores de la salud:

Semestre	Número de módulos y campañas	Número de participantes	Número de asesorías individuales	Número de promotores
2012-II	1	750	No se reportó	21
2013-I, 2013-II	8	4354	160	29
2014-I, 2014-II	17	19699	560	31
TOTAL	26	24803	720	81

Tabla 3: Promotores de la Salud, Sistema de acopio de información estadística, FES Aragón.

En el cuadro anterior, el trabajo entre pares que realiza el Promotor de la salud, los temas de salud ha tenido mayor cobertura, con las actividades que realizan los promotores, el alumno puede tomar decisiones sobre su salud, prevenir enfermedades y lograr empatía con las situaciones que vive cada joven. Con dichas acciones se refuerza el conocimiento, aptitudes, valores positivos, conductas saludables; así como se combaten los mitos, la desinformación, las conductas de riesgo y las actitudes negativas.

Por otro lado la Facultad desarrolla:

- Cursos y/o talleres intersemestrales y semestrales con los siguientes temas: manejo emociones, inteligencia emocional, pensamiento creativo, toma de decisiones, proyecto de vida, etc.
- Asesorías psicológicas individuales para la canalización del estudiante a instituciones especializadas.
- Pláticas de autocuidado de la salud: sexualidad, métodos anticonceptivos, consumo responsable del alcohol, mitos y realidades de las drogas, prevención de adicciones, autoestima, prevención de la violencia, proyecto de vida, habilidades para la vida.
- Ferias de salud: instalación de módulos informativos por parte de los promotores de salud e instituciones especializadas, actividades físicas y recreativas.
- Concursos: Cartel contra el tabaco, prevención del cáncer de mama, medio ambiente, etc.
- Campañas de salud y de concientización: Cáncer de mama, salud bucal, sexualidad, violencia en la pareja, adicciones, salud visual, valores universitarios.
- Activación física a través de: Espacio Puma de Activación Física, Evaluaciones físicas, Ludoteca, Deporteca, Actividades Recreativas, Acondicionamiento Físico General, Actividades de integración y sentido de pertenencia.

En cuanto al tercer eje de acción sobre la cultura de la protección civil se ha trabajado en capacitación y difusión a través de cursos, talleres, pláticas, ejercicios de prevención y en la realización de Campañas institucionales contra el alcohol y estupefacientes, valores universitarios y la cultura de la denuncia. En cuanto a infraestructura la Facultad cuenta con escaleras de emergencia, acceso personal controlado para el ingreso y egreso al plantel, plazas para estudiantes, puertas de emergencia en auditorios y biblioteca, acceso y salidas vehiculares automatizada, equipos radioreceptores Sarmex, sistema de pararrayos, rampas y estacionamiento para discapacitados, entre otros.

Asimismo, se han firmado convenios con autoridades estatales y municipales para contar con un Sendero Seguro, alumbrado público, regulación del comercio ambulante,

operativos para la clausura de expendios de bebidas alcohólicas y operativos toxicológico a los operadores del transporte público.

Conclusión

Como Facultad de Estudios Superiores Aragón de la UNAM, la aplicación del Examen Médico Automatizado ha sido un punto de referencia para conocer el perfil médico del alumno, así como para generar programas y estrategias para la atención de la salud. Actualmente, se tiene el reto de evaluar el impacto de las acciones realizadas, con el propósito de identificar ampliamente sus alcances, a fin de informar e incidir en el área de autocuidado de la salud y disminuir el rezago escolar entre los jóvenes del Plantel; esto debido a que el Programa se comenzó a aplicar en la generación 2013 cuyo perfil médico de ingreso será comparado en función del EMA que se les aplicará en el cuarto año de licenciatura, en donde podremos ver reflejados los resultados de las estrategias y programas de salud emprendidos en la Facultad con el apoyo de nuestros Promotores de la Salud.

Si bien la UNAM y la FES Aragón se encuentran comprometidas con la formación integral de profesionales, en donde la salud de los alumnos es de mayor importancia; se debe hacer hincapié en el hecho de que es necesario que los jóvenes formen parte esencial de la agenda pública de los gobiernos, sobre todo en materia de salud y educación. Es importante considerar también, el papel de la familia y de las escuelas de nivel medio y medio superior, debido a que como sabemos, la adolescencia es una de las etapas más determinantes en la formación de los individuos en la cual se debe poner más atención a fin de prevenir situaciones de riesgo que se conviertan en problemas de salud pública.

FUENTES DE CONSULTA

1. Carrada, Teodoro (2002). El papel del médico como promotor de la salud. Revista de la Facultad de Medicina, 45 (4). Obtenido el 24 de enero de 2014 del Portal de Revistas Científicas y Arbitradas de la UNAM en World Wide Web: http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12669
2. Dirección General de Servicio Médico (2012) EMA 2005 -2012 Resultados. México: DGSM-UNAM.
3. Facultad de Estudios Superiores Aragón (2010). Plan de Desarrollo Institucional México: FES Aragón
4. Facultad de Estudios Superiores Aragón (2012). FES Aragón- Promotores de la Salud. México: FES Aragón.
5. Facultad de Estudios Superiores Aragón. Sistema de Acopio de Información Estadística. Obtenido el 24 de enero de 2014 de la base de datos de la Facultad de Estudios Superiores Aragón en World Wide Web: http://132.248.44.79/estadisver14/estadisticos/indice_con.php
6. IMJUVE (noviembre 2011). Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales. Obtenido el 17 de enero de 2014 de la base de datos del Instituto Mexicano de la Juventud en World Wide Web: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf
7. López, Joaquín y González de Cossío, Marcela (2005). Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de la Facultad de Medicina, 46 (8). Obtenido el 17 de enero de 2014 del Portal de Revistas Científicas y Arbitradas de la UNAM en World Wide Web: http://www.revistas.unam.mx/index.php/rtm/article/view/12891

8. Narro, José (2011). Programa de Trabajo para la UNAM 2011-2015. México: UNAM.
9. _____ (octubre 2012). Palabras del Rector José Narro Robles en la Universidad de Guadalajara, en la ceremonia en la que le fue entregada la presea "Corazón de León". Obtenido el 22 de enero de 2014 en World Wide Web: http://www.dgi.unam.mx/rector/htm/discursos/12103.html
10. UNICEF (enero 2004). Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en américa Latina y el Caribe. Obtenido el 16 de enero de 2014 de la base de datos de UNICEF en World Wide Web: http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf
11. Velez, Agustín y otros (2012). Modelos Preventivos, México: CONADIC.

PROPUESTA PARA REDUCIR ACCIDENTES DE TRANSITO DE VEHICULO DE MOTOR DIRIGIDA A TODO TIPO DE USUARIOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

Autores:
Roberto Omar Pérez Esquivel PSSLSP
Lya Zeltzin Medina Calzada PSSLSP
Noemí Hernández Delgado PSSLSP
María Isabel Aguayo Rodríguez PSSLSP

RESUMEN: se realizó un estudio situacional de salud por su planteamiento DESCRIPTIVO-TRANSVERSAL, para analizar la situación de los Accidentes de Tránsito de Vehículo de Motor con ocurrencia en el estado de Aguascalientes registrados en el periodo enero – abril del año 2013, el objetivo es conocer la magnitud y los factores de riesgo ambientales. Se Estandarizaron los registros de los accidentes de tránsito de vehículo de motor en el estado de Aguascalientes de primer semestre del años 2013 provenientes de instituciones específicas que se encargan de levantar características de los accidentes, en una base de datos que está construida por profesionales de la salud con variables de interés para la elaboración de un proyecto de auditoría de seguridad vial. Se encontró que en un 78% de los accidentes el lugar de la vía es de tipo intersección, el estado de la vía publica en el 80 % de los accidentes se encontraba en buen estado, el 60 % de los accidentes se registraron en el día , el 47% que tuvo que ver con el tipo semaforaso se encontraba en rojo lo que quiere decir que el conductor no respeto la señal de alto, el 82% de los accidentes fue de tipo colisión y un 18 % fue salida de camino, los que más se accidentan son los hombres con un 81%.

ABSTRACT: A situational health study was conducted by its cross-sectional descriptive approach to analyze the situation of Traffic Accidents Motor Vehicle with occurrence in the state of Aguascalientes recorded in the period January-April 2013; the goal is know the magnitude and environmental risk factors. Records of traffic accidents motor vehicle in the state of Aguascalientes in first half of year were standardized 2013 from specific institutions in charge of lifting accident characteristics in a database which is built by professionals' health variables of interest for the preparation of a draft road safety audit. We found that 78% of accidents on where track is type intersection, the state of public streets in 80% of accidents was in good condition, 60% of accidents were recorded on the day 47% had to do with the type semaforaso was red which means that the driver does not

respect the stop sign, 82% of accidents were collision type and 18% were out of the way, the more are injured are men 81%.

Introducción

Cada año fallecen más de 1,2 millones de personas en las vías de tránsito del mundo, y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales. En todo el mundo los accidentes de tránsito siguen aumentando.

Los países de ingresos bajos y medianos tienen tasas más altas de letalidad por accidentes de tránsito (21,5 y 19,5 por 100 000 habitantes, respectivamente) que los países de ingresos altos (10,3 por 100 000). Más del 90% de las víctimas mortales de los accidentes de tránsito que ocurren en el mundo corresponde a países de ingresos bajos y medianos, que tan sólo tienen el 48% de los vehículos del mundo. En muchos países de ingresos altos, las tasas de mortalidad han ido descendiendo en los últimos cuatro a cinco decenios; no obstante, en esos países los accidentes de tránsito continúan siendo una importante causa de muerte, traumatismo y discapacidad.

Cerca de la mitad de las personas que fallecen como consecuencia de accidentes de tránsito son peatones, ciclistas o «usuarios de vehículos de motor de dos ruedas, conocidos colectivamente como usuarios vulnerables de las vías de tránsito y esa proporción es mayor en las economías más pobres del mundo.[1]

Según el proyecto de la OMS Carga Mundial de Morbilidad, de 2004, los accidentes de tránsito causaron aquel año más de 1,27 millones de víctimas mortales, un número similar a las provocadas por muchas enfermedades transmisibles[2].

Los traumatismos que causan los accidentes de tránsito de vehículo de motor afectan a todos los grupos de edad, pero su efecto se ve más marcado entre los jóvenes.

Las tasas de accidentes de tránsito en los países de ingresos altos se han estabilizado o disminuido en las últimas décadas, a pesar de esto, los datos indican que los traumatismos por accidentes de tránsito de vehículo de motor siguen aumentando. Se estima que las víctimas mortales en las vías de circulación se incrementarán hasta convertirse en la quinta causa principal de mortalidad para 2030, lo que tendrá como resultado unos 2,4 millones estimados de víctimas mortales por año[3].

La epidemia de traumatismos por accidentes de tránsito repercute sobre la economía de muchos países, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Las pérdidas mundiales a causa de dichos traumatismos se estiman en US$ 518 000 millones y cuestan a los gobiernos entre el 1% y el 3% del producto nacional bruto[4].

Según la OMS los factores clave en la ocurrencia de accidentes de tránsito son: el exceso de velocidad, el conducir bajo la influencia del alcohol, la falta de uso de los cinturones de seguridad y las sillas de seguridad para los niños, la falta de uso de casco en vehículos de dos ruedas**, el diseño inadecuado de vialidades y su entorno, el diseño inseguro de automóviles**, la falta de implementación de estándares de seguridad vial, y la pobre aplicación de la normatividad de seguridad vial.

En México los accidentes de tránsito son la primera causa de muerte en la población de 5 a 34 años de edad y la segunda causa de orfandad. Resultan en más de 24,000 muertes al año, 750,000 heridos graves que requieren hospitalización y suman más de 39,000 discapacidades al año. Este conjunto de fatalidades obligan a tomar acciones que

modifiquen el panorama. Las lesiones, discapacidad y muerte por causa de tránsito cuestan más de 120 mil millones de pesos al año.
Justificación:

Factores Ambientales
El medio ambiente es el conjunto de circunstancias, físicas y culturales que rodean a una persona o cosa; así mismo sabemos que el medio ambiente es importante para la aparición de patologías. La salud ambiental se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud[6].
El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o se interrelaciona con el individuo, sobre el cual la persona tiene cierto grado de control. El ambiente puede ser de origen físico - ecológico, biológico y socio-cultural (Figura 2).
El ambiente físico-ecológico incluye las condiciones del tiempo, clima, suelo/tierra, iluminación, aire, automóviles, hospitales, zonas urbanas, escolares, entre otros.
Por otro lado, los factores biológicos representan todas aquellas cosas que poseen vida, tales como fauna, flora, etc.
Los factores sociales son aquellos creados únicamente por el ser humano, comprende las interacciones entre la gente, la seguridad física y social, comunicación, asistencia médica, legislación y trabajo.
El factor cultural representa el patrón de vida que sigue de generación en generación, los hábitos, modo de pensar, crear y sentir.
Un 21% de la capacidad del individuo para controlar la enfermedad resulta por su medio ambiente[7].

Factores ambientales de riesgo que ocasionan accidentes de tránsito de vehículo de motor:
Los accidentes de tránsito de vehículo de motor se han constituido como uno de los principales agentes agresores de la especie humana, y por consiguiente una de las principales causas de mortalidad mundial. La ocurrencia de éstos incidentes está relacionada con el factor vial, que incluye aspectos como la infraestructura que abarca la condición en la que se encuentra la vía (factores ambientales).
Además se toma en cuenta si la vía cuenta o no con la adecuada señalización (por ejemplo; si en los pasos peatonales están marcados los pasos de cebra correspondientes, si hay señalizaciones de control de velocidad, de cambio de vía, etc.). La adecuada condición de la vía es imprescindible para disminuir la incidencia de accidentes de tránsito.
Objetivo General:
Realizar un análisis de la situación de los Accidentes de Tránsito de Vehículo de Motor con ocurrencia en el estado de Aguascalientes registrados en el periodo enero – abril del año 2013, que son reportados por las diferentes instituciones que cuentan con datos sobre accidentes de tránsito, con el objetivo de conocer la magnitud y los factores de riesgo ambientales. Con éste trabajo se pretende contribuir a la toma de decisiones de todos los actores involucrados en esta problemática.
Objetivos Específicos:
Realizar una base de datos con los registros de los accidentes de tráfico de vehículo de motor que ocurrieron en el estado de Aguascalientes.
Identificar determinantes ambientales que provocan ATVM.
Geo-referenciar los Accidentes de Tránsito de vehículo de Motor en el primer cuatrimestre del año 2013 en el Estado de Aguascalientes
Realizar un boletín epidemiológico de los ATVM de enero – abril del 2013
Comparar los resultados obtenidos con estudios anteriores.

Procedimientos:
Base de datos
Estandarizar los registros de los accidentes de tránsito de vehículo de motor en el estado de Aguascalientes de primer semestre del años 2013 provenientes de instituciones específicas que se encargan de levantar características de los accidentes, en una base de datos que está construida por profesionales de la salud con variables de interés para la elaboración de un proyecto de auditoría de seguridad vial.
Análisis geo referencial
Analizar el comportamiento de los accidentes de tránsito de vehículo de motor en el estado de Aguascalientes del primer semestre del año 2013 capturados en la base de datos. Por medio de programas de computación (mapas digital, google Earth) diseñados para buscar e identificar puntos negros de ocurrencia de los ATVM registrados, con los cuales se analiza el comportamiento de los accidentes de tránsito de vehículo de motor en el estado de Aguascalientes del primer cuatrimestre del año 2013.
Boletín Epidemiológico
Con el producto de este estudio, se elabora un boletín epidemiológico donde se apoya la toma de decisiones de todos los actores involucrados en esta problemática para desarrollar estrategias que contribuyan a la disminución del índice de los accidentes de tránsito de vehículo de motor en el estado de Aguascalientes asociados con posibles factores ambientales.
Planteamiento metodológico:

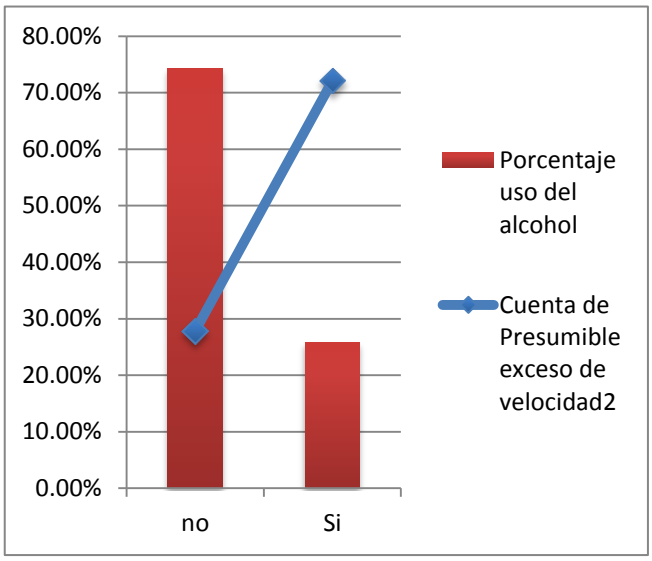
Tipo de estudio:
Por sus características el diagnostico situacional tiene un planteamiento DESCRIPTIVO-TRANSVERSAL.
Se realizara un análisis acerca de las características y variables que presenta y maneja el formato único del observatorio estatal de lesiones, así como sus fuentes de información primaria y secundaria y las dimensiones que este formato maneja.
Unidad de Análisis:
Población:

La población en la que será analizada la información sobre siniestralidad es la población de total de Aguascalientes (1, 184,996 personas) y usuarios de las vías terrestres del estado, independientemente de su residencia habitual.

Los registros de ATVM serán aquellos existentes en el periodo de tiempo seleccionado, que será el primer cuatrimestre de 2013
Fuentes de Información

Ya que el Observatorio es una instancia que opera en forma secundaria e integrada a diversos insumos informativos y procesos que ya existen o se realizan en el país (no registra ni produce información primaria).
Entre los elementos de base, destaca una serie de fuentes primarias de información ya existentes en el estado, entre las fuentes de información que se manejan actualmente están:
Tránsito municipal
Telecomunicaciones, Control, Comando y Cómputo municipal (C4)
Protección civil
Sistema estatal de emergencias médicas
Cruz roja
Sistema epidemiológico y estadístico de defunciones

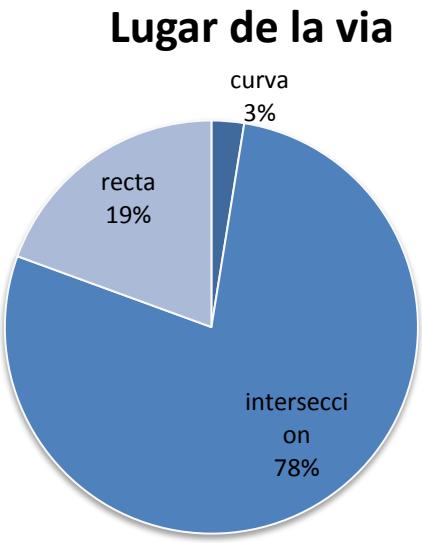
Prensa escrita local (Tribuna libre, Semanario policiaco, Aguas)



Quienes toman decisiones relacionadas con salud pública y sistemas de salud (o su grupo asesor) también forman parte empírica del observatorio, en la medida que tengan capacidad de analizar y aplicar la información en los procesos de toma de decisiones basadas en evidencia.

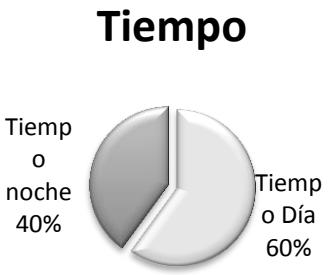
Resultados:

A través de un sistema de recolección y análisis de información se encontró con los siguientes resultados, que muestran los porcentajes de las diferentes variables que están relacionadas directamente con los Accidentes de tránsito de vehículo de motor.



Fuente: Observatorio Estatal de Lesiones, ISSEA, Enero-Abril, 2013

La gráfica anterior muestra el lugar de la vía pública donde se llevan a cabo los ATVM, donde podemos observar que en el apartado de intersección ocupa los 78% de todos los siniestros registrados en el primer cuatrimestre del año 2013 en el estado de Aguascalientes.



El gráfico anterior habla sobre la ocurrencia de los Accidentes de Tránsito de vehiculo de motor durante el ciclo del día, donde la mayoria de los incidentes (60%) se presentan en el transcurso del día, y un 40% de los eventos acontecidos en el estado se presento de noche.

Uso de alcohol vs exceso de velocidad

Como se muestra en la gráfica el uso del alcohol ocasiona el aumento de velocidad con un 20% de los casos en presumible consumo del alcohol provocando los ATVM en el estado de Aguascalientes.

Conclusión: la forma en que va creciendo nuestra ciudad es de manera impresionante por lo que cada vez existen vías más rápidas y seguras con una alta tecnología para trasladarse la única manera de reducir el índice de accidentes de vehículo de motor es respetarnos nosotros mismo respetando los señalamientos y a todo tipo de usuarios.
Bibliografía:

[1] Organización Mundial de la Salud, 2009 Ginebra, Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción. Consultado el 24 de septiembre 2013. (www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009).

[2] Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen/ editado por Margaret Peden [y otros]. 2004 Ginebra, (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/ road_traffic/world_report/en/index.html) Consultado el 24 de septiembre 2013

[3.] Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen / editado por Margaret Peden [y otros]. 2004 Ginebra, (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/ road_traffic/world_report/en/index.html) Consultado el 24 de septiembre 2013.

[4] Jacobs G, Thomas AA, Astrop A. Estimating global road fatalities. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000 (TRL Report 445) (http://www.transport-links.org/transport_links/ filearea/publications/1_329_TRL445.pdf) Consultado el 24 de septiembre 2013.

[5] CONAPRA Secretariado Técnico, Secretaria de Salud, Julio 2012 México, http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/seguridad_vial.html Consultado el 24 de septiembre 2013.

[6] Organización Mundial de la Salud. Octubre 2013 Ginebra, Salud ambiental. Temas de salud. (http://www.who.int/topics/environmental_health/es/) Consultado el 24 de septiembre 2013.

[7] Corsino E. Factores que afectan a la salud, Octubre 2001, (http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Factores.html) Consultado el 24 de septiembre 2013.

[8] Organización Mundial de la Salud. Octubre 2013 Ginebra, Salud ambiental. Temas de salud. (http://www.who.int/topics/environmental_health/es/) Consultado el 24 de septiembre 2013.

The Global Burden of Disease: 2004 update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_AnnexA.pdf, consultado el7 de abril de 2009).

INEGI (INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.) http://www.inegi.org.mx/default.aspx

[9]Online language dictionaries, Octubre, 2013

PROMOVIENDO MANIOBRAS QUE SALVAN VIDAS POR ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA DIVISIÓN ACADEMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

Triano-Ovando Gerardo
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA, Villahermosa, Tabasco, México.

Hernández- Hernández Karina
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Jiménez-De La Cruz Trinidad
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

García-García Marely Del Carmen
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Izquierdo- Alejandro Ilmar Guadalupe
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Meneses-Rivera Tania Itzel
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

De La Cruz- Cruz Ecmidio
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Córdova-Góngora Selene Del Carmen
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

PROMOVIENDO MANIOBRAS QUE SALVAN VIDAS POR ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA DIVISIÓN ACADEMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

RESUMEN
Considerada la población general como la primera “Unidad-móvil” de iniciación de la reanimación cardiopulmonar básica (RCP B) y la necesidad de adiestramiento de dicha población, nuestro equipo de estudiantes y profesores de Enfermería, se planteó el reto de impartir un curso-taller de RCP-B a un grupo de personas civiles que radican en las comunidades vecinas de la Universidad. Como OBJETIVO GENERAL se planteó: que debemos formar primeros respondedores como eslabón fundamental en la cadena de

sobrevivencia del paro cardio-respiratorio (PCR), en el medio universitario y sus alrededores para la atención eficaz de la víctima mientras se espera a la ambulancia, a través de situaciones simuladas de emergencias y el protocolo de la RCP-B. DISEÑO: se trata de un estudio descriptivo sobre una población de 50 personas. ÁMBITO DE ESTUDIO: Comunidad de Comalcalco Tabasco en fecha del 31 de agosto 2014. RESULTADOS: el aprendizaje tanto teórico como práctico en protocolos y habilidades en RCP-B aumenta considerablemente, produciendo todo ello una seguridad de actuar ante una situación de Paro Cardio Respiratorio (PCR).
PALABRAS CLAVES: Paro Cardio-Respiratorio (PCR), Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP B), estudiantes y profesores de la Licenciatura en Enfermería, personas civiles.

PROMOTING MANEUVERS THAT SAVE LIVES BY STUDENTS OF NURSING OF THE MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC DIVISION OF COMALCALCO.

ABSTRACT.

Considered the population as the first general "unit-mobile" initiation of cardiopulmonary basic resuscitation (RCP B) and the need for training of the population, our students and teachers team from nursing, raised the challenge of teaching a workshop on RCP-B to a group of civilians living in the neighbouring communities of the University. GENERAL OBJECTIVE was: we must form first responders as a vital link in the chain of survival of cardio-respiratory arrest (PCR), at the University environment and its surroundings for the effective care of the victim while waiting for the ambulance, through simulated in emergency situations and Protocol of the RCP-B. DESIGN: it is a descriptive study of a population of 50 people. FIELD OF STUDY: community of Comalcalco, Tabasco in date of 31 August 2014. RESULTS: theoretical and practical learning on protocols and skills in RCP-B increases considerably, producing all this security to react to a situation of Cardio-respiratory arrest (PCR).

KEY WORDS: Cardio-respiratory arrest (PCR), Basic cardiopulmonary resuscitation (RCP B), Students and teachers of the Bachelor of Nursing, civil persons.

INTRODUCCIÓN

Según la American Heart Association (AHA) 2010 se entiende por parada cardiorrespiratoria (PCR) toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatorias espontáneas.

Se define la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) como el conjunto de medidas a seguir de modo secuencial para inicialmente sustituir, y posteriormente restablecer, las funciones básicas respiratoria, circulatoria y de prevención del daño cerebral hipóxico. La (AHA) creó una serie de acciones que, en su conjunto, se denominan "*Cadena de Supervivencia*" y que han demostrado que, si se realizan correctamente, las posibilidades de supervivencia tras una PCR presenciada extrahospitalaria se aproximan al 50%.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte súbita tiene un origen cardíaco en el 90% de los casos y consiste en una muerte inesperada, que se produce en una persona con o sin enfermedad previa conocida, durante la primera hora desde el inicio de los síntomas.

El 60% de los paros cardíacos se producen en presencia de testigos. La gran mayoría se producen en el domicilio y en espacios públicos. Es por ello que es imprescindible iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar de forma precoz para la supervivencia de la víctima ya que por cada minuto de retraso disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia, y pasados 10 minutos, los intentos de reanimación no suelen tener éxito. La reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) precoz realizada por un testigo puede duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardiaca. Cuantas más personas estén entrenadas en las maniobras de RCP, será más probable que la víctima de parada cardiorrespiratoria (PCR) reciba una asistencia precoz en RCP-B, por lo que descenderá considerablemente tanto el porcentaje de fallecimientos por PCR, como las secuelas originadas tras el paro cardíaco. Ya en el 2011 se reconoció el valor de la enseñanza de RCP en personal no sanitario y con especial hincapié en las escuelas, empresas y comunidades. El objetivo del trabajo consiste en formar primeros respondedores como eslabón fundamental en la cadena de sobrevivencia del Paro Cardio-Respiratorio, en el medio universitario y sus alrededores para la atención eficaz de la víctima mientras se espera a la ambulancia, a través de situaciones simuladas de emergencias y el protocolo de la RCP BÁSICO según la (AHA).

MÉTODOS

Este estudio se realizó en una domicilio particular ubicado en Carretera vecinal Comalcalco-Tulipán s/n, R/a sur 5ta sección, 866650 Comalcalco, Tabasco.

Se trata de un estudio descriptivo sobre una población de 50 personas entre 15-50 años, cuya temática es la RCP-B. Se impartió un total de 1 curso, de 8 horas de duración, en los cuales se trataron los contenidos recomendados por La American Heart Association (AHA) en la cadena de supervivencia. Para la consecución del objetivo general, el estudio se ha fundamentado en la resolución de una evaluación teórica al inicio del curso y otra, de idénticas características, al finalizar el mismo. El instrumento utilizado "CONOCIMIENTOS DE RCP-BÁSICA "es una prueba teórica que consta de 10 preguntas tipo test, referidas a cuestiones de RCP-B, con 4 posibles respuestas de las cuales solo una es la correcta. Cada cuestión tiene el valor de 1 punto, obteniendo por tanto una puntuación total de entre 0 y 10, estableciendo que a la superación de la prueba se le asigna una calificación mínima de 8. Al final del cuestionario, se practican las maniobras con simuladores de PCR.

RESULTADOS

De las 50 personas que acudieron al curso-taller 17 eran masculinos entre 15-45 años y 33 femeninos entre 15-43 años. El 78% de la población desconocían los dos primeros eslabones de la cadena de sobrevivencia por la American Heart Association (AHA) 2010. Sin embargo, es especialmente significativo, el cambio que se produce en la prueba teórica tras la realización del curso, aumentando el porcentaje de aciertos y el 93 % de la población en general lograron vincular la teoría y la práctica de la Reanimación Cardiopulmonar Básica en Adultos. Por lo que deducimos que el aprendizaje tanto teórico como práctico en protocolos y habilidades en RCP-B aumentan considerablemente, produciendo todo ello una seguridad de actuar ante una situación de PCR.
Por tanto, ciñéndonos a los resultados obtenidos, aseguramos que una de las medidas básicas para la reducción de la principal causa de muerte en nuestro entorno, la PCR, es introducir a todo ciudadano en la Cadena de Supervivencia, formándolo en conocimientos y técnicas de Soporte Vital Básico. De este modo, se actúa de forma precoz,

reduciéndose de una manera considerable, tanto los porcentajes de muertes como las secuelas derivadas del paro cardíaco.
Es estimulante conocer que el 100% de la población considera útil el conocimiento sobre estos aspectos.

DISCUSIÓN

Para este equipo de profesionales y estudiantes de Enfermería de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, la posibilidad de impartir RCP-B en personal no sanitario ha sido una experiencia positiva, que nos impulsa a seguir trabajando en esta línea. Además de nuestras dudas iniciales sobre la aceptación y aplicabilidad de estos cursos, pudimos confirmar posteriormente el gran interés que desata el conocer materias de salud que les pueda ser cercanas y útiles en sus vidas diarias, pues estas personas sienten que desarrollan su autonomía personal y favorecen los procesos de relación social. Deberían fomentarse cada vez más este tipo de formación, puesto que de esta manera incluimos al ciudadano en la Cadena de Supervivencia, concientizándolos sobre la importancia de sus dos primeros eslabones: La llamada precoz al SEM y la RCP-B precoz. Consideramos que la salud es también una responsabilidad social y por lo tanto los profesionales sanitarios debemos implicarnos en su prevención y mantenimiento. Por consiguiente, a través de esta formación se están adquiriendo grandes avances en la Educación para la Salud. Tras esta experiencia y la comprobación del gran interés de los asistentes en temas emergentes que afectan a la salud (PCR), hacemos una llamada al personal de enfermería y de salud en general, a desarrollar iniciativas que nos acerquen a la población, pues en materia de educación sanitaria podemos y debemos desempeñar una importante labor. Bajo esta responsabilidad los alumnos de la Licenciatura de la UJAT-DAMC promoveremos este curso-taller en los alrededores del ámbito universitario, prueba de ello es que con la empresa “TOP MULTISERVICIOS PETROLEROS” hemos adquirido el compromiso de llevar a sus manos este programa para el mes de octubre de 2014.

REFERENCIAS

Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Associstion de 2010 para RCP y ACE.
http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317346.pdf.

Fraga-Sastrías JM, Veliz-Pintos R, Gelpi FC, Guillén CB, Fernández J y cols. Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association de 2010 para RCP y ACE. Highlights 2010: 1-32.

Field JM, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM et al. Executive summary. Part.1. Circulation 2010; Suppl 122.

Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122;S640-S656.

García Vega, F.J.; Montero Pérez, F.J.; Encinas Puente, R.M. “La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas”. Rev. Emergencias 2009.

Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre, MR et al. Ethics. Part 3. Circulation 2010; Supple 122: S665-S675.

Nolan JP, Ornato JP, Parr MJA, Perkins GD, Soar J. Resuscitation highlights 2012. Resuscitation 2013;84:129-36.

Organización Mundial de la salud. (2010). *Morbimortalidad de cardiopatías en México.*

Perales Rodríguez de Viguri, N.; López Messa, J. Ruano Marco, M. Manual de soporte vital avanzado". Ed. Elsevier. 4ª Edición.

PROPUESTA DE UN CONSULTORIO DE EDUCACIÓN Y PROMOCION EN SALUD

Roman –Santa María Patricia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Carmona-Díaz Elizabeth
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Naranjo Sánchez Juan Mario
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

PROPUESTA DE UN CONSULTORIO DE EDUCACIÓN Y PROMOCION EN SALUD

RESUMEN
La promoción de la salud (PS) y la educación en salud (ES) se consideran pilares fundamentales en la salud pública, de ello depende que su población genere prácticas de autocuidado positivas y que estas se vean reflejadas en la disminución de los índices de enfermedades, como el tabaquismo, el alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual y las crónicas degenerativas., se considera que es en la juventud en donde no se padecen enfermedades de ninguna índole., sin embargo, año con año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años, cada vez un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente ya que adoptan conductas de riesgos que ponen en peligro su salud presente y futura; por lo tanto, toca a las universidades ser espacios de formación personal no sólo de índole académico. Objetivo: Proporcionar un espacio de orientación y consejería que fomenten las prácticas de autocuidado en estudiantes universitarios. Material y Métodos: Elaborar un Diagnóstico de Salud de los estudiantes universitarios, formar a estudiantes promotores y educadores en salud, Identificar las necesidades de consultoría reales en los usuarios que acudan al servicio, así como Divulgar el impacto del consultorio, contar con 4 líneas de 4 acción como: Salud reproductiva, Prevención y educación de Enfermedades Crónicas, Prevención de Adicciones y Prevención de violencia.
PALABRAS CLAVES: promoción de la salud, educación en salud.

PROPOSAL OF A "DOCTOR OF EDUCATION AND HEALTH PROMOTION"

ABSTRACT

The health promotion (PS) and health education (ES) are considered pillars in public health, it depends on its population practices generate positive self-care and that these are reflected in the decline in disease rates such as smoking, alcoholism, sexually transmitted diseases and chronic degenerative., considering that it is in youth is where no disease of any kind will suffer., however, are recorded every year more than 2.6 million deaths in people aged 15 to 24 years, an increasing number of young people suffer long illnesses that reduce their ability to grow and develop fully as they adopt risk behaviors that endanger their present and future health; therefore turn to the universities being places personal training not only of academic nature. Objective: To provide a space for guidance and counseling to promote self-care practices in college students. Material and Methods: Develop a Diagnostic health of college students, students train advocates and health educators, identify consulting needs of real users who come to the service and disseminate the impact of office, have 4 lines of action 4 as: Reproductive Health, Disease Prevention and education Chronicles, Addiction Prevention and violence Prevention.

KEY WORDS: health promotion, health education.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud (PS) y la educación en salud (ES) se consideran pilares fundamentales en la salud pública, de ello depende que su población genere prácticas de autocuidado positivas y que estas se vean reflejadas en la disminución de los índices de enfermedades. La *promoción de la salud*, tal y como ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, se entiende como “el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de su propia salud y la mejoren”; esta definición plantea como viable el llevar a cabo una estrategia que armonice los intereses individuales de búsqueda de un futuro más saludable con los entornos en donde esto es posible(1).

Hablar del modelo PS Y ES, se considera fácil, pero llevarlo a la práctica enfrenta contradicciones entre intereses, poderes, puntos de vistas, políticas, grupos sociales y necesidades, sólo para mencionar algunos, por estas complejidades es necesaria la implementación de la educación y promoción para la salud en espacios universitarios., sustentado la definición de la OMS: “La *educación para la salud* es el “proceso que desarrolla en el individuo la capacidad de pensar, comparar, seleccionar y utilizar información y técnicas en salud adecuadas a sus particularidades bio-socioeconómicas, estructurando en los individuos máximos conceptos y actitudes, capaces de llevarlos a la autodeterminación eficaz de la salud” (2), en cuanto a *la promoción de la salud* la OMS la define como “el proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud.,”(3) así como de generar cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud.

La implementación de un consultorio de edición y promoción en salud, se sustenta en el mismo concepto, cuyo significado es mucho más que dirigir una educación para estudiantes y el equipo. Significa integrar la salud dentro del campo cultural, usos y costumbres, los procesos y políticas de la universidad., lo anterior se debe a la dinámica social, los individuos regularmente adolecen de múltiples problemas, por lo que en las universidades promotoras de la salud se abordan temas de buenas prácticas en la alimentación y nutrición; salud sexual y reproductiva; promoción de la salud mental, prevención de violencia; activación física, prevención de accidentes y la conservación del ambiente, eco eficiencia y salud (Lange & Vio, 2006; MINSA, 2010)., por otra parte, es de conocimiento personal que la vida universitaria con lleva consigo mismo estilos de vida con algunas prácticas de riesgo., como lo cita Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003; Salazar,

Varela, Lema, Tamayo & Duarte, 2010, que es importante trabajar con otras conductas relacionadas con la salud como los hábitos del sueño y el descanso, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, las conductas de auto cuidado y el manejo de la recreación y del tiempo libre.

La propuesta de Universidad Promotora de la salud tiene como base un concepto de salud integral, el cual es producto de la sinergias armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente (Machado, 2001). El fundamento para la implementación de una universidad saludable está incluido dentro de las políticas de salud pública de toda nación, bajo la denominación de promoción de la salud.

Según el concepto de El Ministerio de Salud (MINSA, 2010), la *promoción de la salud* es "un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarlo". En este sentido las universidades, son espacio de formación aún personal y no solo de índole académico, se debe entonces de aprovechar los espacios para la orientación y consejería que fomenten las prácticas de auto cuidado en los universitarios, "la salud se crea y se vive en el marco de lo cotidiano, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo", asumiendo que la salud es tanto el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, como el producto de lo que sucede en los ambientes en donde se desarrollan los individuos, caso particular, en el escenario universitario.,(4)

Objetivos

Creación de un Consultorio de Educación y Promoción en Salud para la comunidad Universitaria de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco Tabasco.

Ser Modelo institucional de prácticas efectivas de educación y promoción en salud para la comunidad universitaria.

Contar con 4 líneas de acción como: Salud reproductiva, Prevención y educación de Enfermedades Crónicas, Prevención de Adicciones y de violencia.

Formar a estudiantes promotores y educadores en salud.

REFERENCIAS

1.- Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Primera edición. Washington, D.C. OPS; 1996;25-36.

2. Facultad ciencias de la salud. Programa salud ocupacional. Educación en salud.

2.- organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud. http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=4%3awhatishealthpromotion&catid=8%3arecources&lang=es.

3. Granados, m. Alba, l. Y becerras a. (2009). La pontificia universidad javeriana como un escenario para la promoción de la salud. Colombia.

4. Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/. Riesgos para la salud de los jóvenes.Agosto de 2011. Visitado en octubre de 2013.

5.- Rodríguez, f. Lafita, j. Vilela, c. Y pérez, d. El consultorio médico escolar como centro de referencia en un proyecto integral en salud reproductiva de base comunitaria. (1999). Rev. Cub. V.15.n.4.

6. Glosario de promoción de la salud. (1998) Document Transcript, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

7. NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

8. NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

9. NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
10. NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

PROMOCIÓN E INFLUENCIA GLOBAL DE UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO «HUMANO»: TEORÍA UNIFICADORA

Autor:
Alfonso Martínez Mayorga
Universidad de Colima

RESUMEN

El desmedido, desarticulado y desprotegido conocimiento que emana del avance científico en campos que de alguna manera tienen que ver con la salud, la dignidad del hombre, su calidad de vida y los “derechos humanos” entre otros, es en parte responsable de la actual “crisis de conciencia” padecida en todo el mundo. La razón principal de ello es la falta de un acuerdo consensual sobre la definición y significado de algunos términos que la definen. Por ejemplo, para denotar algún aspecto del “Hombre” se usa indistintamente *individuo, conciencia, salud integral, persona, trascendencia, humano, animal racional, etcétera*. Términos que si bien siguen siendo utilizados coloquial y técnicamente en la mayoría de textos sobre humanismo, medicina y ética, promueven un obligado y correlativo uso inadecuado, tendencioso y en contra de los *Principios Humanitarios*, que al final de cuentas son usados para definir nuestra salud mental y física. Acordar que por evolución biológica no pertenecemos a la especie humana, ya que hemos sido clasificados como la especie “*homo sapiens*”; con posibilidades potenciales para evolucionar y trascender psicológicamente hacia cierto grado de conciencia, sería el primer paso para aclarar que es imposible que “un humano” pueda cometer un acto indigno en contra de la armonía y salud psicosocial. El objetivo es reflexionar sobre los aspectos pertinentes a una teoría unificadora para comprender al hombre universalmente, no circunstancial, espacial o temporalmente, como una vía promisoria para educarlo hacia una sociedad más sana y humanitaria.

Palabras claves: crisis de conciencia, salud psicosocial, teoría unificadora, humanismo, *homo sapiens*, racional, persona, humano, evolución biológica, evolución y trascendencia psicológicas.

SUMMARY

The excessive, unprotected disjointed knowledge emanating from scientific advances in fields that somehow relate to the health, dignity, quality of life and "human rights" among others, is partly responsible for the current "crisis of conscience" suffered worldwide. The main reason is the lack of a consensual agreement on the definition and meaning of some terms that define it. For example, to denote some aspect of the "Man" is used interchangeably individual consciousness, holistic health, person, transcendent, human, rational animal, and so on. Terms that although they are still used colloquially and technically in most texts on humanism, medicine and ethics, promote a forced and correlative inadequate, biased and against the Humanitarian Principles use, which in the

end are used to define our health mental and physical. Agree than by biological evolution we do not belong to the human species, but the species *homo sapiens*; with potential opportunities in order to evolve and transcend psychologically to some degree of consciousness, is the first step would be to clarify that it is impossible for a "human" can commit a heinous act against harmony and psychosocial health. The aim is to reflect on issues relevant to a unifying theory to understand man universally, not circumstantial, spatially or temporally, as a promising way to educate towards a healthier and more humane society.

Keywords: crisis of conscience, psychosocial health, unifying theory, humanism, *homo sapiens*, rational, person, human, biological evolution, evolution and psychological transcendence.

INTRODUCCIÓN:

En términos de salud ¿Qué efectos tendría sobre nuestros padecimientos físicos y mentales, un enfoque centrado no en el paciente ni en el tratamiento, sino más bien enfocado en la conciencia hacia la vida?

Pese al desarrollo del pensamiento formal progresivo de los últimos 2,000 años, el ***homo sapiens*** es aún víctima de sí mismo. Seguimos creyendo que ***la libertad*** es una cuestión social que depende del dominio sobre otros. Anhelamos una **igualdad** que sólo es promovida en el marco de la relativa diversidad biológica. Pretendemos una salud psicosocial sin entender la triple alianza en nuestra existencia *física, mental y psicológica*, considerando esta última como una trascendencia espiritual en el sentido de superación de nuestra condición biológica. Sin embargo, hemos aprendido que **la búsqueda de sentido**[5] es la respuesta más alentadora hacia la calidad de vida y **emancipación** del *homo sapiens*, más aún que el conocimiento de sí mismo.

A la par de algunos pensadores, filósofos, sociólogos y psicólogos trascendentales, la **Psicología Humanista** se suma a la posibilidad de una realidad que supera la parte biológica y determinista, considerando que la conducta por sí misma es sólo el reflejo de un mecanismo sustentado por el cerebro y sus múltiples conexiones nerviosas. Demostrando una y otra vez, que ***La Conciencia*** y la ***Voluntad de Sentido*** no forman parte de este mecanismo mental. Por lo que podemos afirmar que, en condiciones normales (sin daño cerebral), la salud mental depende del desarrollo de nuestra capacidad psíquica.

Dentro del contexto saludable*físico-mental-psicológico*, el **enfoque unitario** considera que se ha etiquetado a esta orientación psicológica como "**humanista**", sin tener un claro consenso de lo que significa el término "**humano**", considerando esta arbitrariedad como la parte fundamental de su propuesta, afirmando que:

> ***"El desarrollo de la Conciencia hacia la vida, de lo humano; no depende de ninguna etapa de madurez biológica"***

Para esclarecer este planteamiento, la psicología unitaria propone un reordenamiento de algunas ideas y conceptos, caminando hacia un nuevo paradigma: **la <u>evolución</u>**

[5] Para ampliar sobre el tema, se puede consultar la obra deViktor E.Frankl, (2012) *"El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano"*, Paidós, México DF.

biológica es incapaz de conducirnos hacia la trasformación "*humana*". ***Lo humano*** pertenece a otra dimensión cuya génesis se encuentra en **la evolución psicológica de la Conciencia hacia la vida**[6].

Actualmente, los avances en materia de salud, técnicamente podrían aportar gran parte de las soluciones para mantener a la población físicamente saludable, los descubrimientos de la medicina y más propiamente en genética (genoma) son los más significativos, hoy día se conocen los genes que "causan" al menos cinco mil padecimientos, con probabilidades muy altas de resolverlas antes de que se manifiesten. Lo que nos lleva a pensar, que los problemas implicados en mantener a un individuo sano pertenecen a una cuestión de políticas económicas, más que de falta de conocimiento, pero ¿Qué implica este sorprendente avance en el campo de la genética para la salud mental?

…Si bien, en teoría podemos mantener a un individuo físicamente sano "desde que nace", ¿cómo podríamos prevenir que mentalmente suceda lo mismo?

La respuesta se encuentra en **mantener su espíritu en armonía consigo mismo y en sus relaciones**, que no es otra cosa que desarrollar su conciencia hacia la vida, lo cual en teoría, erradicaría toda influencia nociva para su salud mental. Nuestra **HIPÓTESIS** se puede formular a manera de imperativo categórico; y Esla siguiente:

"Entre más humano eres, más calidad de vida tienes"

Como hemos mencionado, debemos primero reordenar algunas creencias y conceptos con el fin de mantener nuestra idea clara y bien delimitada. El enfoque unitario parte del siguiente paradigma: **biológicamente no somos la especie humana**. *Lo humano* pertenece a la evolución psicológica de la conciencia hacia la vida, del mismo modo que *lo físico* y *lo mental* pertenecen a la evolución biológica. En ese sentido, para la psicología unitaria lo único psicológico en la especie *homo sapiens* es su *Conciencia hacia la vida*, lo que nos lleva a tener una visión más elevada del sentido de nuestra existencia. Siguiendo este planteamiento, *lo humano* es la manifestación (a través de nuestro comportamiento) del nivel alcanzado de Conciencia hacia la vida (constructo teórico). La calidad de vida representa, en este mismo continuo de lo humano, **lo saludable** en la manera de vivir de cada individuo, siendo una variable que se mide de "dentro hacia fuera", y no como normalmente se acostumbra de "fuera hacia dentro"; lo que significa que no es el medio (el exterior) lo que determina la calidad de vida, sino que de acuerdo a tu grado de humanidad o trascendencia, te comportas de tal manera que tu conducta pudiera ser modelo para otros de respeto, humildad, responsabilidad y cualquier otro valor humano conocido; por consiguiente, se puede decir que la salud mental depende de la "percepción interior" que cada quien hace sobre tu manera de vivir; lo cual va acorde al imperativo

[6]El presente estudio está fundamentado en su mayor parte en el libro del autor: Martínez, M. Alfonso (2013). *"Psicología Unitaria y su Método: el legado de la psique en nuestros días y su única vía posible para educar al hombre hacia una sociedad humanitaria"*. Universidad de Colima. ISBN 978-607-9136-69-7

categórico propuesto por Kant en su "Fundamentación de la metafísica de las costumbres[7]".

METODOLOGÍA

(anteproyecto de investigación)

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo.

MÉTODO: Investigación Acción Participativa (IAP).

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cualitativa-cuantitativa.

POBLACIÓN: Personal de la Universidad de Colima.

MUESTRA: Docentes y Administrativos.

TIPO DE MUESTREO: Por conveniencia.

INSTRUMENTO: *Cuestionario denominado Escala Valorativa Humana (EVH).*

DESCRIPCIÓN DELINSTRUMENTO: La EVH es un instrumento diseñado para conocer el grado de humanidad en base a tres dimensiones comportamentales: "animal racional"; "persona" y "humano". **En su fase de piloteo(1)[8]**, fue elaborada considerando la dirección como sigue: a mayor puntaje, mayor grado de humanidad. Se consideró también que hubiera el mismo número de 48 reactivos para cada dimensión en cuestión ("animal racional" y "humano"), tanto en la subescala cognitiva como afectiva, lo que en total sumó 192 ítems tipo Likert. Se incluyeron otros 98 ítems para la subescala conductual (49 para la dimensión "animal racional" y 49 para "humano"), los cuales fueron elaborados de forma diferente, es decir, son dicotómicos con respuestas Si / No. Lo que proporcionó un total de 290 reactivos en la escala original. Los reactivos para la subescala conductual se elaboraron con la finalidad principal de detectar la posible disonancia entre lo que se piensa, se siente y lo que se hace, según el significado o intención de cada reactivo.

Se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis de los datos: Alpha de Cronbach, Análisis Factorial y la prueba de distribución continua Chi cuadrada para los ítems dicotómicos (el tratamiento se ha omitido en este ensayo por razones de espacio), lo que nos ha dejado (en fase de piloteo) un instrumento con 154 ítems en total: 75 reactivos tipo *Likert* y 79 ítems dicotómicos. La confiabilidad obtenida fue de 0.9587. Para la estandarización del instrumento, se pretende aplicar la prueba final de estandarización a una muestra de 3,000 sujetos, abarcando la mayor parte de los municipios del Estado de colima.

---

[7] El lector puede consultar la edición digital de la obra de Kant: *"Fundamentación de la metafísica de las costumbres"*, basada en la 6.ª ed., Madrid, Espasa-Calpe, 1980.

[8]En este estudio se muestra sólo la fase de piloteo(1), actualmente se está realizando una segunda fase de piloteo(2) con los 154 reactivos resultantes de la primera etapa de piloteo, en una muestra de 800 sujetos aproximadamente, para luego finalizar la estandarización del instrumento con una muestra de 3,000 sujetos.

Muestra y estratos para el piloteo del instrumento EVH: En su fase de piloteo(1), se aplicó la prueba a una muestra de **325** sujetos, los cuales fueron seleccionados en las siguientes poblaciones y para los siguientes estratos:

- En la Universidad de Colima: Docentes, Administrativos, Alumnos de Superior y Alumnos de Posgrado (Delegaciones 3, 4 y 5; Colima, Coquimatlán y Villa de Álvarez respectivamente).
- En la Secretaría de Educación Pública: Administrativos y Docentes en cada uno de los diez municipios de Colima.

Una característica de los sujetos se refiere a que pueden pertenecer a diferentes estratos socioeconómicos así como a diferente nivel educativo o sociocultural.

PROCEDIMIENTO: Los pasos a seguir se describen brevemente a continuación:

a) **Diagnóstico:** Obtendremos dos tipos de diagnóstico:
   - Una vez demostrado que existe un nivel de trascendencia psicológica en cada individuo, nuestro punto de partida consistirá en determinar primero el grado de humanidad de los sujetos en cuestión. Para tal fin utilizaremos la *EVH*, la cual nos permitirá conocer ese grado de humanidad un cada sujeto, con lo que obtendremos un primer indicio tendiente hacia la Calidad de Vida –salud psicosocial– de nuestra población objeto de estudio.
   - A través de la metodología de la IAP conoceremos y obtendremos un primer diagnóstico de las problemáticas que inciden en las diferencias significativas de género, así como otras situaciones derivadas de ello, discriminación, maltrato, acoso, etc., situaciones que aparentemente influyen en nuestra salud psicosocial.

b) **Intervención:** La intervención se hará a través del método Investigación Acción Participativa (el cuál se describe más adelante). En donde podremos conocer si las personas clave y la población objeto estarían dispuestas a hacer algo significativamente humanitario por su grupo, ya sea dentro de la institución donde laboran o en la colonia donde viven.

c) **Proponemos** como medida complementaria una técnica de intervención a través de actos humanitarios en grupos de trabajo, talleres, psicoterapia grupal, etc.; para sensibilizar y crear primeramente conciencia de sí en los participantes, mejorar su propia percepción y al mismo tiempo incidir en la percepción del entorno social próximo: familia, trabajo y comunidad. Lo segundo sería empezar a desarrollar la Conciencia hacia la vida en los participantes.

d) **Evaluación:** Para retroalimentar el proceso se requiere de una serie de evaluaciones implementadas al inicio, durante y al final de la intervención. Cada evaluación nos ayuda a monitorear el avance de nuestro programa objetivamente, de tal manera que podamos tomar la decisión correcta ya sea para reforzar una intervención desde el inicio, a la mitad o en la etapa final.

e) **Seguimiento:** Consistiría en hacer extensivo el programa a otras poblaciones: departamentos, instituciones, barrios, colonias, etc., con el fin de formar una red cada vez mayor de gente involucrada para vivir en una cultura con calidad de vida, más saludable y con relaciones más armoniosas.

El método **INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA**[9]**:** A grandes rasgos se representa por las siguientes características:

La meta última de la Investigación Acción Participativa (IAP) es conocer para transformar. Dentro de este proceso secuencial *conocer-actuar-transformar*, la investigación es tan sólo una parte de la *acción transformadora global,* pero hay que tener en cuenta que se trata ya de una forma de intervención, al sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación para organizar y movilizar a los participantes.

Desde la óptica de la IAP, la población es el agente principal de cualquier transformación social y de su activa colaboración dependerá el cambio efectivo de la situación que vive. Esta postura rechaza pues el asistencialismo que impera en la mayor parte de los programas gestionados "desde arriba" por una entidad de la cual se dependa, ya sea un Gobierno benefactor, una institución social o un equipo técnico de profesionales. Por tanto, el objeto de estudio o problema a investigar parte del interés de la propia población, colectivo o grupo de personas decididas a mejorar las relaciones en pro de la armonía y no del mero interés personal del investigador.

En consecuencia, se partirá de la propia experiencia de los participantes, de las necesidades o problemas reales o sentidos. Con esta metodología se trata de explicar, de entender más y mejor la realidad, de aplicar tanto el conocimiento científico como el empírico, es decir; de investigar para mejorar la acción y de implicar y utilizar la investigación como medio de movilización social.

Por último es conveniente señalar que la IAP no es una metodología de investigación exclusiva, ya que no es la única forma de propiciar la calidad de vida para alcanzar del desarrollo político, económico, social, cultural y saludable de una comunidad, ni excluyente, dado que no sustituye a otras técnicas de investigación y análisis de la realidad. Su aplicación dependerá de las posibilidades, necesidades y recursos con los que nos encontramos en cada situación concreta. No obstante, hay que recordar que la IAP sólo puede ser aplicada en ámbitos reducidos, tales como una colonia o barrio, un departamento, una institución u organización con máximo de mil miembros, un distrito, comunidad rural, etc., a fin de que la participación sea realmente efectiva y la población llegue a tomar las soluciones del proceso de transformación.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS:

La raíz de los padecimientos psicosociales (discriminación, inestabilidad emocional, estrés, neurosis, etc., es el ego y sus contenidos egotistas.

La especie *homo sapiens* y en específico el *género homo*, tiene la posibilidad de evolucionar psicológicamente y trascender el ego –lo biológico– transformándose en un ser existencial con más Conciencia hacia la vida, sobrepasando la línea de lo orgánico, de

[9]El lector puede consultar la edición de 1992, "La investigación acción y los problemas de las minorías", en AA.VV., La investigación acción participativa. Inicio y desarrollo, Biblioteca de Educación de Adultos, nº 6, Ed. Popular, Madrid, pp. 13-25, o el original LEWIN, K. (1946), "Actión research and minority problems", Journal of Social Issues, 2.

lo físico y lo mental. Podemos decir que esta lucha interior para encontrar un equilibrio saludable se debe a que confronta su *Ego*, debe vencer la fuerza ilusoria existencial que las formas egotistas mantienen en cada uno de nosotros a través de su estructura y sus contenidos, debe desapegarse de las cosas banales que el ego mantiene identificadas en el lugar que corresponde al *Ser*. Debe desligarse de lo que su mente egotista le dice que es, para encontrar su lugar y tener *presencia*[10], y como consecuencia: ser un individuo más consciente, libre y saludable.

No hay por qué buscar las causas del desequilibrio de la salud psicosocial en el sexo, en alguna disfunción, en el color de la piel, en la depresión, la homosexualidad o en infinitos contenidos, pues su origen es siempre: el ego y sus estructuras mentales para identificarnos con lo que no es esencial, con lo que no es equidad, no con la paz interior ni la felicidad, alejándonos siempre de nuestros valores humanos e impidiendo el despertar de nuestra *Conciencia hacia la vida misma*.

Para la psicología unitaria no existe diferencia psicológica entre el hombre y la mujer, la fuerza psicológica funciona de la misma manera en la conciencia de un hombre o de una mujer, es siempre una fuerza positiva que no puede dañarnos. De esta manera unitaria como se concibe a lo psicológico, se puede decir que tanto el hombre como la mujer tienen las mismas posibilidades para trascender y convertirse en seres humanos con *conciencia*, en donde cualquier otra variable estructural como lo social, lo económico o sus variables intermedias como la discriminación, la cuestión de género o la hambruna por ejemplo, son producto de las decisiones tomadas por uno mismo, ya que no existen en la naturaleza como entidades por sí mismas (una vez pensadas hemos decidido hacerlas realidad), de tal manera que en el enfoque unitario se estudia la psicología del comportamiento de “dentro” hacia “fuera”; es decir, de cuánto influye uno en el ambiente, y de ninguna manera de cuánto influye el medio sobre nosotros.

Las ciencias están cargadas del egoísmo primario.

“Pienso, luego existo” fue la respuesta que encontró Descartes a la eterna pregunta sobre si “hay algo que pueda saberse con absoluta certeza”, pregunta que no pudo contestar directamente argumentando que no había duda alguna acerca del hecho de estar pensando constantemente, en palabras de EckhartTolle “…concluyó que pensar era sinónimo de *Ser*, es decir, que la identidad –el yo soy– era sinónimo del pensamiento. En lugar de la verdad última, encontró la raíz del ego, aunque nunca lo supo”[3]. Casi 300 años después, Jean Paul Sartre reflexionó a fondo sobre esa máxima “pienso, luego existo” y súbitamente descubrió, según sus propias palabras, que “La conciencia [psicológica] que dice “existo”, no es la conciencia [mental] que piensa”. Tal es la postura de la psicología unitaria al aclarar que existen dos “conciencias” atribuibles al *homo*: la conciencia biológica –el cerebro y sus procesos de pensamiento–, y la conciencia psicológica –la Conciencia que nos hace tener un sentido más elevado de nuestra existencia[11]– que es

[10] El lector puede consultar el libro de EckhartTolle: *“Una Nueva Tierra”*, Editorial Grijalbo, ISBN: 978-607-311-148-5. México.

[11] Comúnmente llamada conciencia de sí, pero que para esta postura unitaria es sólo un momento de alumbramiento surgido como proceso mental y no tan trascendental como la Conciencia hacia la vida, la cual es por definición, producto de la evolución y trascendencia psicológicas.

característica en un humano en la clasificación unitaria de las dimensiones comportamentales: “animal racional”, “persona” y “humano”.

La unicidad *biológico* (físico-mental) - *psicológico* (la Conciencia).

La psicología unitaria ha propuesto un parámetro absoluto para explicar y hacernos comprender quienes somos y la manera en que pensamos y actuamos, es precisamente **lo humano** la respuesta y a la vez la síntesis de tantas teorías la autorrealización, motivación o trascendencia que se han planteado. No obstante, seguimos discurriendo que sin una mente saludable y estable no puede haber un comportamiento sano y constante, pero lo que no hemos sido capaces de diferenciar, es que la mente no determina la salud, tampoco el cerebro ni sus procesos, hay algo que influye sobre la mente y es en esencia cualitativo, va más allá de lo biológico, ese algo es nuestra Conciencia psicológica.

En el *homo sapiens* existen dos realidades, cada una conlleva un propósito a realizar, la parte biológica, la más animal racional y fisiológicamente intelectual nos lleva por el camino de la realización material: triunfar, hacer carrera, tener amigos o tener conocidos, un hogar, propiedades o cualquier otro bien material, como si ese propósito externo nos abasteciera de los medios para movernos satisfactoriamente en una sociedad tal, que camina hacia la diversidad. La parte humana o espiritual [lo psicológico] nos mueve por el camino de la unicidad, de la armonía con nosotros mismos y con toda forma de vida, nos motiva para obtener paz interior –y por *conjunción mutua*–, la salud psicosocial (paz social).

Primero tenemos que pensar en aquello que puede impedir la armonía entre ambas realidades –lo biológico y lo psicológico–. La estructura mental que interfiere en esa estabilidad se llama *Ego*, el *ego* nos incita a identificarnos con los objetos, los pensamientos y cualquier situación o suceso que favorezca la imagen que tenemos de nosotros mismos [del yo], o mejor dicho, de lo que pensamos o creemos que somos, mas no de lo que realmente somos, de nuestra verdadera esencia, la cual es precisamente: llegar al equilibrio entre lo físico, mental y psicológico. Por lo que vivir con calidad significa: *vivir en el balance de ambas realidades*, aquel que ha logrado este nivel de trascendencia puede atestiguarlo ampliamente y reconoce la gran verdad que implica “despertar en nosotros mismos”, disfrutar del aire cada mañana, recibir una sonrisa, dar un buen consejo, tratarnos con equidad y sin discriminarnos, obsequiar algo que otros necesiten más, equivocarse y volver a levantarse, resolver una situación, amar y perdonar aquellos que nos odian, tener un salario bajo y poderlo incrementar, recibir un duro golpe, una pérdida personal… Recibir lo que nos pasa sin conflicto nos invita a ser propositivos para seguir adelante con un aire cada vez más positivo y saludable.

En este nivel de trascendencia cada vez más humano, no se trata de no hacer nada y dejar que las cosas pasen por sí solas, al contrario, se trata de darle sentido a lo que pasa para disfrutar nuestra existencia en armonía con la vida misma. Se trata de hacer que las cosas sucedan en un universo compartido por todos, y no en un mundo dividido y parcial. De esta manera el sentido de vivir se modifica y apreciamos cada día de manera diferente, jamás será o volverá a ser un ir y venir sin sentido, con ese “estira y afloja” al que nos condicionamos por no haber despertado nuestra *Conciencia*, nuestra humanidad. Trascender, equivale a mejorar nuestra sociedad con la misma calidad de vida que observamos en alguna película o biografía de alguien especial, ya sea de algún iniciado

que ha sabido despertar en su propio sueño para percibir el mundo de otra manera más humana, ellos son los verdaderos humanos de los que hemos oído hablar: Krishnamurti, La madre Teresa de Calculta, Jesucristo o Hamilton Naki entre muchos otros (son demasiados los verdaderos humanos conocidos y muchos más los desconocidos como para pretender nombrarlos).

En este ensayo, insistimos en que las relaciones se armonizan si aceptamos el papel que juega cada una de las tres dimensiones comportamentales que resultan de unificar al *homo sapiens* a través de *lo humano*–"animal racional", "persona" y "humano"–. Si aceptamos que existe una proporción natural –relación simple– para coexistir en armonía sin necesidad de implicar nuestras emociones y condiciones externas (lo social, económico, cultural, educativo, político, tecnológico y demás), simplemente aceptando nuestra propia naturaleza humana y animal. Habría mayor armonía, y por tanto una mayor salud psicosocial en nuestras relaciones si aceptamos que en cada uno de nosotros existen dos propósitos que deberán estar en sintonía para darnos la paz que anhelamos para vivir sanamente y autorrealizados, pero no con nuestro propio éxito, sino con una autorrealización que por ende lleva implícita la armonía social y la victoria sobre nuestro ego.

> **Tal vez el resultado más importante de este ensayo sea:** la urgente necesidad de **validar formalmente la existencia de** *un humano***; de** *lo humano***, definido como** *un estado absoluto de conciencia* **(hacia la vida misma y por lo tanto, psicológica)**

Se puede decir, que en este estudio unitario sobre la salud psicosocial en general, surge una renovada metodología para abordar la conducta con sentido más humano, sin ser producto de las circunstancias, sino de la propia condición natural de *Ser* psicológico y universal. La importancia de este reconocimiento es crucial para el cambio individual (trascendencia), pero más aún para el cambio social (humanismo) ¿Cómo pretendemos vivir saludablemente, en equidad de género y mejorar nuestra calidad de vida si no aceptamos *lo humano* como parámetro para saber quiénes somos y cómo nos comportamos? ¿Cómo pretendemos vivir en paz si no reconocemos que hay gente que ya vive en esa paz espiritual? ¿Acaso los reconocemos a esos **humanos**, hombres y mujeres íntegros y los aceptamos como ejemplo de conducta en cualquier parte del mundo? ¿Cómo pretendemos un mundo más *humanizado* si no reconocemos y aceptamos formalmente lo que es auténticamente humano?

¡No! no es posible lograr una salud psicosocial, ni equidad de género o cualquier mejora que impacte nuestra salud si no nos decidimos a hacerlo, y en este punto se hace patente el **Principio de la Decisión Transpersonal**[12]… *depende de uno mismo*, y no debemos relegar la responsabilidad a ninguna institución educativa, religiosa o política, no depende directamente de ninguna Universidad, tampoco de ninguna instancia; de la CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos en México), de la ONU (Organización de Naciones Unidas en el mundo); ni depende de ser católico o musulmán, mexicano o neoyorquino, de tener la piel amarilla, blanca o negra…

[12] Para conocer la **ley y principios humanitarios** devengados de la propuesta unitaria psicológica, consultar el libro del autor "Psicología Unitaria y su Método…"; también puede consultar el Foro virtual: http://ceupromed.ucol.mx/foros/teoriaunificadora/

Como resultado de esta investigación, se ha creado el **1er Foro Internacional virtual**[13] sobre este paradigma de lo humano. Aprovechamos este espacio para invitar a todo aquel que desee participar con su voto a favor (o en contra) de esta iniciativa de redención hacia lo humano, con la finalidad de validar formalmente la existencia de lo humano con una más completa taxonomía de los seres vivos. La dirección del foro es la siguiente:

http://ceupromed.ucol.mx/foros/teoriaunificadora/

Por su parte, la *Escala Valorativa Humana* (*EVH*) es un instrumento que también surge de este estudio y que nos servirá de diagnóstico para reconocer el grado de humanidad, siendo el punto de partida para referenciar al sujeto hacia la intervención en salud psicológica, con fines comunitarios tendientes hacia una calidad de vida. Constituye un primer reconocimiento de la situación personal, aportando valiosa información objetiva sobre cómo ha trascendido cada individuo dentro de su entorno en el cual se relaciona con otros.

A través del método de Investigación Acción Participativa (IAP) obtendremos un segundo diagnóstico complementario de las necesidades de la población participante, además podremos conocer a grandes rasgos si la persona clave y la población objeto estarían dispuestos a hacer algo por su grupo o institución. Aunque hablar de metas resultaría un tanto aventurado, podemos afirmar que la mayoría de la gente está en condiciones y deseos de mejorar hacia una relación más sana, más saludable en términos mentales y sociales, más humana y de calidad, por lo que estamos seguros que un plan de intervención de esta naturaleza mejoraría hasta en un 50% la calidad de vida en los participantes.

DISCUSIÓN:

Poniendo como ejemplo los estudios de género recopilados en *Psicología y Género* por Barberá E. & Martínez B. I. (2004), los cuales abarcan desde la perspectiva evolutiva: identidades y desarrollos de comportamientos según el género, la identidad sexual y de género hasta la perspectiva cognitiva-social: estereotipos y esquemas de género, el contenido de masculinidad y feminidad y los modelos de representación de masculinidad y feminidad, la interiorización de la moral patriarcal y la violencia contra las mujeres, la segregación laboral de género, las responsabilidades familiares, las nuevas perspectivas, las demandas organizacionales y el papel de las mujeres, las diferencias de género en los estilos de dirección, el liderazgo transformacional y las diferencias entre hombres y mujeres, la construcción mental-social del cuerpo, las normas de género y control de la corporeidad, la estructura y componentes de la imagen corporal, incluyendo estudios de las mujeres como objeto de violencia misógina, las diversas formas de agresión sexista en el mundo, el impacto sobre la salud de las mujeres, las políticas de igualdad, el sexismo como actitud, el sexismo como ideología de género y por último, la investigación gerontológica feminista, desde el punto de vista de la psicología unitaria se han estudiado en el contexto de lo biológico, lo mismo puede decirse de los estudios de salud psicosocial, es decir; se orientación en **cómo influye el medio y las variables externas en el individuo reactivo y por tanto, susceptible de ser afectado**, en este tipo de estudios que se caracterizan por la influencia del medio, nos queda claro que pueden ser

[13] El tema de este 1er Foro virtual sobre el paradigma en la definición del término humano, se presentó por vez primera en el 54 Congreso Internacional de Americanistas, celebrado en Viena, Austria, en julio del año 2012.

válidos, pero no se puede obtener resultados confiables, ya que suponemos que cada medio sería diferente dependiendo de las pautas culturales o cualquier otra causa externa en cada sociedad.

En contraste, la importancia de obtener un parámetro unitario para definir y medir la conducta del *homo sapiens*, incluyendo el concepto de salud unitaria (físico-mental-psicológico), resulta por demás reveladora y práctica para establecer criterios universales de intervención, según sean las proporciones en que interactúan las tres dimensiones comportamentales que surgen de la clasificación psicológica del comportamiento, fundamentadas en el parámetro de *lo humano*. Tales criterios son independientes del exterior y por tanto, no dependen de ninguna variable estructural ni intermedia. En sentido estricto, la calidad de vida no depende de la sociedad, es la sociedad la que depende de la calidad de vida de sus individuos.

Así como no existen caminos para la paz, porque la paz es el camino para emancipar cualquier sociedad, la hipótesis de la teoría unitaria supone que si las proporciones unitarias de la sociedad son saludables en más del 50%, estaríamos observando una sociedad que vive en armonía natural (50% *humanos*, 30.9% *personas* y 19.1% *animales racionales*)[14]. Aclarando que el concepto de sociedad es ambiguo para la psicología unitaria ya que no puede definirse como una entidad psicológica con vida propia. Si hablamos comparativamente de una mayor calidad de vida en Canadá, debemos asumir que la conciencia individual de sus habitantes logró una estabilidad social a ese grado, y de ninguna manera puede generarse una estabilidad social por sí misma, pues según los principios humanitarios propuestos en la teoría unitaria, la calidad de vida de una sociedad existe por la suma de conciencias de sus individuos y por la proporción en que éstos se relacionan, procedimiento que nos llevaría a resolver no sólo el problema de la discriminación en el género, sino cualquier problema derivado de un ego primario y disfuncional.

En lo que se refiere al concepto de calidad de vida, es importante la discusión entre la postura unitaria y la tradicional (expuesta en el libro “Psicología Unitaria…” del autor). Es importante remarcar que los problemas de salud psicosocial, ya sea los problemas de género o cualquier tipo de discriminación, surgen de la misma manera que cualquier problema derivado de un **ego disfuncional**, por tanto se corrigen implementando una mayor conciencia hacia la vida y sus relaciones, lo cual inicia con un trabajo individualizado. Al proponer el desarrollo tanto de la *conciencia de sí*, como el despertar su *conciencia hacia la vida* (*sentido último*) en los participantes, estaremos partiendo de la raíz del problema, es decir; partimos de “dentro hacia fuera” y con ello, a través de la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP) empoderamos al individuo para que asuma su responsabilidad en el proceso y mejore a partir de sí mismo su calidad de vida y la de los demás.

PROMOCIÓN DE LA SALUD, CON UN MODELO EDUCATIVO CAPAZ DE CREAR ESPACIOS Y ALTERNATIVAS, QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE LA CIUDADANÍA

[14] La *relación simple* es la ecuación propuesta por la teoría unitaria que nos daría una armonía natural en cualquier sociedad u organización. Para referencia, consulte el libro del autor antes mencionado: “Psicología Unitaria y su Método…”.

Pasante de Licenciatura Rosa Berenice García Mendoza.
Profesora Investigadora. B. Patricia Arrollo Arista.
Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)
Plantel Centro Histórico
Fray Servando Teresa de Mier # 99
Col. Obrera, Del. Cuauhtémoc, México D.F., C.P. 06080

La Carrera de Promoción de la Salud tiene como encomienda formar profesionales de la Educación y Promoción de la salud con una perspectiva interdisciplinaria.
Que sean capaces de identificar, diseñar y desarrollar modelos acordes a nuestra actualidad, así como participar en las acciones del sector salud, social y educativo enfocados a mejorar la calidad de vida de la población en general.
Debido a ello se resalta el Modelo Educativo de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, “UACM”, ya que responde al compromiso de contribuir a la formación universitaria de los habitantes de esta gran urbe. El proyecto educativo es diferente al de otras instituciones y eso lo hace único, dentro de sus características esta la forma de ingreso, pues no se aplica examen de admisión a partir de la consideración de que los Derechos Humanos no pueden ser condicionados, no hay límite de edad, permite que los alumnos se adaptan al modelo de acuerdo a su condiciones de vida. Como promotores de salud debemos crear estrategias que vinculen a la gente con su entorno, con una visión más amplia capaz de crear un futuro más saludable combinando la elección personal con la responsabilidad social.
Palabras clave: Promoción de la salud, educación, accesibilidad, salud, responsabilidad; México
The Race of Health Promotion is to train professionals entrusted Education and Health Promotion with an interdisciplinary perspective.
To be able to identify, design and develop models according to our present as well as participate in the actions of the health, social and education focused on improving the quality of life of the general population.
As a result the educational model of the Autonomous University of Mexico City, "UACM" is highlighted, as it responds to the commitment to contribute to the college education of the citizens of this great city. The educational project is different from other institutions and that makes it unique in its features is the form of income, as no admission test is applied from the consideration that human rights can not be conditioned, there is no limit old, allows students to adapt the model according to their living conditions. As health promoters must create strategies that link people with their environment, with a broader view can create a healthier future combining personal choice with social responsibility.
Keywords: Health promotion, education, accessibility, health, responsibility; Mexico

La fundación de la UACM (abril de 2001), año clave y fecha de gran importancia para muchas personas que tenían la necesidad e ilusión de seguir estudiando, además de que respondió al compromiso social de nuestro gobierno con el pueblo, educación laica y gratuita para una gran ciudad.
Como ya sabemos el proyecto educativo de la UACM es diferente e innovador, ni de mayor calidad, ni de menor calidad, solamente diferente al de otras instituciones. No al examen de admisión, si educación para todos.

Importancia de la promoción de la salud:

Debido a que la Promoción de la Salud se ha vuelto prioritario para toda la sociedad, nos enfocamos en la problemática que vive el mundo, ya que día a día nos enfrenta a desafíos que deben responder a las necesidades de salud de nuestro entorno y además a

una atención eficaz, de acuerdo a su contexto, situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multicausalidad son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en la calidad de vida, sin importar edad o género, remarcado en los determinantes sociales.

Hipótesis:

La Promoción de la Salud es una disciplina que ha tenido un papel importante para contribuir a prevenir y disminuir los problemas de salud pública de las comunidades y mejorar las condiciones de vida de las personas, sin embargo, independientemente de la formación de los estudiantes de la Licenciatura Promoción de la Salud y el gran esfuerzo que se lleva a cabo, existe la gran dificultad para concientizar a las distintas instancias gubernamentales para aperturar plazas laborales y con ello contribuir en este valioso campo de prevención y atención a la salud pública. De esta forma seguir brindando la mayor atención a nuestra sociedad de manera colectiva e individual, en cualquier ámbito y en cualquier parte de nuestro país.

Objetivo:

-La UACM tiene como objetivo brindar el apoyo a quienes han sido excluidos hasta ahora de otros sistemas de educación superior, y que año con año se quedan sin un lugar para seguir estudiando.

-Integrar en su proyecto educativo a las personas que desean terminar una licenciatura y que están en rezago educativo, mediante un modelo diferente a las demás universidades, pues no promueve la competencia tradicional entre los jóvenes sino promueve su compromiso con las comunidades.

-Este modelo lo caracteriza por la igualdad de oportunidades y les brinda una nueva forma de reorientar sus proyectos educativos a partir de la formación de individuos con un perfil humanista, científico y crítico, interesados por su realidad social; objetivo y finalidad de nuestra universidad.

-Contribuir a su vez a mejorar y producir una alta calidad y rigor académico, se adapta a las condiciones de vida y disponibilidad de tiempo de los estudiantes (Ley de la UACM, 2004, p.8).
-Además el propósito de la Licenciatura de Promoción de la Salud es formar profesionales en Promoción y Educación para la salud con una perspectiva interdisciplinaria, que sean capaces de identificar, diseñar y desarrollar modelos que los hagan participar en las acciones del sector salud, social y educativo.

Antecedentes:

Como antecedentes en Promoción de la Salud tenemos las conferencias que se han llevado a cabo con un mismo objetivo:

Reuniones Internacionales en Promoción de la Salud 1978-2005.

1978	Alma Ata	Atención Primaria
1986	Ottawa, Canadá	Promoción de la Salud (conceptos)
1988	Adelaida, Australia	Políticas Públicas favorables a la PS
1991	Sundsvall, Suecia	Crear ambientes favorables para la PS
1992	Santa Fe, Bogotá Conferencia Internacional de Promoción de la Salud	Declaración de PS en América Latina
1994	Paris, Francia; Seminario Internacional sobre las Políticas, estrategias y estructuras Nacionales de Promoción de la salud	Incorporación de lo político-estructural en la PS
1997	Yakarta, República de Indonesia	"Nueva era, nuevos aires"; incorporar al sector privado a la PS
1998	LI Asamblea Mundial de la Salud, Revolución sobre la Promoción de la Salud	Hace un llamado a la comunidad internacional a implementación y apoyar las acciones en PS
2000	Santa Fe México	Se establecen Planes Nacionales de PS para los países de AL
2005	Bangkok, Tailandia.	Determinantes de la Salud en las alianzas para la acción sanitaria: disminución, desigualdad en el mundo.
2013	Helsinki, Finlandia	Cimentar los principios clave para las acciones de promoción de la salud[15].

*Datos tomados de la Secretaria de Salud PS.

Implicaciones:

[15] Estos principios fueron reforzados en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud del año 2011, la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles del año 2011, y el Documento final aprobado en Rio+20 (El futuro que queremos) del año 2012. También están reflejados en muchos otros marcos, estrategias y resoluciones de la OMS, y contribuyen a la formulación de los objetivos de desarrollo del post- 2015.

Nos hemos encontrado con una barrera de ignorancia y falta de conocimiento en esta área, sobre todo en la mega polis de la CIUDAD DE MEXICO, la sociedad no conoce acerca de este proyecto educativo, por lo cual, los alcances aún son prometedores y a largo plazo, sin menospreciar los que si se han alcanzado. Basta decir que en el interior de los estados es más conocido este término: Promoción de la salud, debido a que los gobiernos locales han trabajado de manera más ecuánime con la prevención, atención e información, llámese "promoción de la salud".
Si lo vemos como un interés educativo, de compromiso a la sociedad y desde una visión interdisciplinaria como lo hacemos en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (Ley de la UACM, 2004, p7.) desde la Licenciatura de Promoción de la Salud tiene un nuevo enfoque que se enfrenta al sistema educativo, sistema social, político, etc. En el cual se debe trabajar constantemente y en colectivo, esto para lograr la mejora de la salud desde el sujeto y sus necesidades buscando una mejor calidad de vida.

Metodología:

La UACM cuenta con 5 planteles, Casa Libertad, Centro Histórico, Cuautepec, Del Valle y San Lorenzo Tezonco. Además cuenta con 2 sedes Casa Talavera y Centro Vlady, y su sede Administrativa Dr. García Diego.

Académicamente la UACM se encuentra organizada en tres colegios: el Colegio de Ciencias y Humanidades, que imparte ocho diferentes carreras, el Colegio de Ciencia y Tecnología que imparte siete diferentes carreras, y el Colegio de Ciencias y Humanidades que imparte cuatro carreras, y es en este colegio en donde se ubica la Carrera de Promoción de la Salud.

Es así que la Licenciatura de Promoción de la Salud debe cubrir:
-39 Cursos (materias)
-378 créditos que suman todos los cursos
Contar con el 100% de créditos, además se debe cubrí con lo necesario para titulación
Los requisitos son los siguientes:
1. Cumplir con los lineamientos que la Universidad establece para la Titulación

2. Haber obtenido los créditos especificados
3. Haber realizado servicio social de acuerdo con los lineamientos establecidos por la UACM.

El plan de estudios está dividido en tres etapas:

1. Ciclo de integración
2. Ciclo Básico
3. Ciclo Superior

Cada uno de los alumnos cuenta con un tutor asignado para apoyar y dar seguimiento en el transcurso de la carrera de cada estudiante, para apoyarlo y orientarlo en alguna necesidad.
Además de contar con un horario de asesorías para aclarar dudas y reformar conocimientos, ya sea grupal o individualmente. Eso es una de las prioridades con las que cuentan los estudiantes en la UACM, por otro lado en algunas asignaturas se llevan a cabo prácticas de campo y trabajo comunitario.

Curricular

Programas de estudio de la Licenciatura en Promoción de la Salud

CICLO BÁSICO

Sem	Cursos o unidades de aprendizaje	Clave	Seriación	Horas		Créditos	Instalaciones
				Con docente	Independiente		
1º	Álgebra y geometría analítica	1-CH-MT-01		60	68	8	A
1º	Química de la célula	1-CH -CL-01		60	132	12	A/L
1º	Introducción a la Física	1-CH -CL-02		60	132	12	A/L
1º	Lengua extranjera I	1-CH-LE-01		60	68	8	A
1º	Optativa 1						
				240	**400**	**40**	
2º	Célula I	1-CH -CL-03		60	132	12	A/L
2º	Cuerpo humano I	1-CH-CH 01		60	132	12	A/L
2º	Introducción a la promoción de la salud	1-CH-PS- 01		60	68	8	A
2º	Lengua extranjera II	1-CH-LE-02		60	68	8	A
2º	Optativa 2						
				240	**400**	**40**	
3º	Célula II	1-CH-CL-04		60	132	12	A/L
3º	Cuerpo humano II	1-CH-CH-02		60	132	12	A/L
3º	Crecimiento y desarrollo I	1-CH-CD-01		60	68	8	A
3º	Introducción a la metodología de la investigación	1-CH-MI-01		60	68	8	A
3º	Bioestadística	1-CH-MT-02		60	68	8	A
				300	**468**	**48**	
			Total Ciclo Básico:	**780**	**1268**	**128**	

Programas de estudios de la Licenciatura en Promoción e la Salud

CICLO SUPERIOR

Sem	Cursos o unidades de aprendizaje	Clave	Seriación	Horas		Créditos	Instalaciones
				Con docente	Independientes		
4º	Patología I	1-CH-PT-01		60	68	8	A
4º	Crecimiento y Desarrollo II	1-CH-CD-02		96	64	10	A/O
4º	Salud Pública I	1-CH-SP-01		96	64	10	A/O
4º	Medio ambiente y salud	1-CH-MA-01		96	64	10	A/O
4º	Epidemiología I	1-CH-EP-01		96	64	10	A/O
				444	**324**	**48**	
5º	Patología II	1-CH-PT-O2		60	68	8	A
5º	Epidemiología II	1-CH-EP-02		96	64	10	A/O
5º	Salud pública II	1-CH-SP-02		96	64	10	A/O
5º	Saneamiento ambiental	1-CH-MA-02		96	64	10	A/O
5º	Nutrición	1-CH-NT-01		60	132	12	A/L
				408	**392**	**50**	
6º	Farmacología	1-CH-FC-01		60	132	12	A/L
6º	Salud pública III	1-CH-SP-03		96	64	10	A/O
6º	Salud comunitaria I	1-CH-SC-01		96	64	10	A/O
6º	Psicología social I	1-CH-PSI-01		60	68	8	A
				312	**328**	**40**	

Programas de estudio de la Licenciatura en Promoción de la Salud

7º	Salud comunitaria II	1-CH-SC-02		96	64	10	A/O
7º	Políticas y planes de salud	1-CH-PPS-01		96	64	10	A/O
7º	Promoción de la salud I	1-CH-PS-02		96	64	10	A/O
7º	Sistemas de protección, asistencia y rehabilitación de la salud	1-CH-PR-01		96	64	10	A/O
7º	Psicología social II	1-CH-PSI-02		60	68	8	A
				444	**324**	**48**	
8º	Legislación sanitaria	1-CH-LS-03		96	64	10	A/O
8º	Salud comunitaria III	1-CH-SC-03		96	64	10	A/O
8º	Promoción de la salud II	1-CH-PS-03		96	64	10	A/O
8º	Bioética y valores	1-CH-BV-01		96	64	10	A
8º	Administración para la salud	1-CH-AD-01		60	68	8	A
				444	**324**	**48**	
			Total Ciclo Superior:	**2052**	**1692**	**234**	

Dentro de la metodología que han implementado los alumnos de Promoción de la Salud y de otras carreras son llevadas a cabo mediante las diversas oportunidades de participar en acciones sociales, trabajo comunitario, la creación e implementación de talleres, diagnósticos, etc., dentro y fuera de los planteles en algunos estados de la república, incluso en el extranjero, con exposiciones de carteles, exposición oral, reuniones, talleres y cursos.

En prácticas de campo de algunas asignaturas como:

-Promoción de la Salud y Salud Comunitaria: al *"Tribunal permanente de los pueblos". Hidalgo, Puebla- Veracruz.*

-Medio ambiente y Saneamiento Ambiental, (bordo de Xochiaca, a la comunidad de Cuetzalan (cooperativa de mujeres), visitas al Sistema Meteorológico, Monitoreo atmosférico de la Ciudad de México, etc.

-Epidemiologia, a la comunidad del Pueblo de Santa María Aztahuacan (otros lugares de Iztapalapa).

-Legislación Sanitaria en museos, conferencias, talleres de habilidades para la vida, impartir talleres, etc.

Crecimiento y desarrollo: Facilitando talleres para adultos mayores.

Piscología: Prácticas de talleres y socialización entre jóvenes del Consejo Tutelar para menores.

Participación en eventos nacionales e Internacionales como:

-5ª Conferencia latinoamericana y 4ª Conferencia Interamericana de Promoción de La salud y Educación para la Salud, Ciudad de México, Abril de 2012.

-IV Curso Internacional de Promoción de la Salud, Brasil, 2012.

-II Congreso Internacional de Promoción de la Salud en Sonora, Sonora, 2013.

- Congreso Internacional de Promoción de Salud. 1er Congreso Regional de Promoción de Salud Escolar; IX Taller Regional de Promoción y Educación para la Salud en el ámbito

Escolar y Universitario, V Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud, La Habana, Cuba, 2014.
Una participación heterogénea de eventos entre los distintos planteles de la institución educativa, en esa búsqueda de conocimiento, intercambiando información y experiencias, así también formando redes sociales, para fortalecer y hacer una gran comunidad de profesionales de la salud.

Resultados:

A 13 años de inaugurada la Universidad Autónoma de la Ciudad de México se han matriculado cientos de estudiantes en Promoción de la Salud, entre ellos algunos ya cuentan con el 100% de créditos cubierto, algunos en proceso de titulación y otros tantos son ya egresados.

En la medida que las personas ingresan a la UACM, construyen conocimientos, se realizan como personas y como agentes sociales por lo que afirmamos que se construye salud propia, colectiva, en el presente y para el futuro.
Mediante participación comunitaria los estudiantes van adquiriendo experiencia, y a su vez hacen un gran aporte al medio donde se desarrollan, poniendo en práctica conocimientos, herramientas y experiencias adquiridas durante la carrera, la cual permite estar inmersos en las vivencias de la comunidad; además para fungir como intermediarios, gestores y dando oportunidad a que la misma comunidad se impulse para resolver conflictos, crear estrategias accesibles y contribuir a mejorar su entorno y calidad de vida.
Los grandes avances como Promotores de Salud, es el poder elaborar, crear y ser parte de los talleres, ser facilitadores, gestores, entre otras actividades, incluso el asistir y participar exponiendo en Congresos Nacionales e Internacionales, hacer del conocimiento y la práctica del Promotor de Salud un escalafón para seguir en la lucha de un mejor ser humano, critico, respetuoso y colaborador.
El Promotor de la Salud seguirá trabajando a diario para dar a conocer su labor y entrega dentro del ámbito de la salud, ya que existe un gran desconocimiento por parte de instituciones y de la misma sociedad.

Referencias

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Consultada el 8 de septiembre de 2014. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf

Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Obtenida el 8 de septiembre de 2014. http://transparencia.uacm.edu.mx/oip/Portals/0/articulos/14/Frac-I/NormatividadActualizada/3.pdf

Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (con exposición de motivos). Obtenida el 8 de septiembre de 2014. http://transparencia.uacm.edu.mx/oip/Portals/0/articulos/14/Frac-I/leyes/ley_uacm_exp_motivos.pdf

Marco Normativo de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Obtenida el 8 de septiembre de 2014. http://www.uacm.edu.mx/uacm/es-es/uacm/marconormativo.aspx
Universidad Autónoma de la Ciudad de México (P.O). Licenciatura de Promoción de la Salud. Obtenida el 4 de septiembre de 2014. http://www.uacm.edu.mx/uacm/es-es/colegios/colegiodecienciasyhumanidades/licenciaturasccyh/promoci%C3%B3ndelasalud.aspx

Videos que pueden consultar para conocer más sobre la UACM y su programa de estudio, (proyecto educativo gratuito, único e innovador).

- Video UACM, La UACM video de inducción a la universidad. 2010. Se encuentra disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=JqqQZznpjSE
- Video UACM, Licenciatura en Promoción de la Salud, UACM. 2010. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=bWO1MMkJZTo
- Programa RompevientoTV. "Licenciatura en Promoción de la Salud", UACM: "La mirada y la palabra". 2013. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=NlnajIaKjDg
- El modelo educativo de la UACM, en UACM: La mirada y la palabra. 2013. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=pVS_N-LgUfQ

PROMOCIÓN A LA SALUD EN LA ASIGNATURA DE INGLÉS BÁSICO DE LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

Rosaldo-Rocha Alejandra
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Carmona-Díaz Elizabeth
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

González-Gutiérrez Krystell Paola
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Pedrero-Martínez Delfina
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN

La promoción a la salud es de gran importancia ya que, hoy en día que se ha deteriorado tanto el ambiente y las personas hemos contribuido en gran medida en ello, por tal motivo en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, específicamente la asignatura de Inglés Básico incluida en el plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano se exhorta al alumno a promover la salud usando el idioma inglés. El objetivo es promover el cuidado de la salud en el medio universitario así como también en alumnos de escuelas cercanas a la división por medio de puestas en escena desarrolladas en idioma inglés. Se elaboró e implementó una obra teatral en la que los actores fueron alumnos de la División

Académica Multidisciplinaria de Comalcalco de un grupo de Médico cirujano, los cuales presentaron la obra titulada **Chopped tooth** en donde se promueve el cuidado y salud bucal. Se dio un panorama general del cuidado de los dientes, los alimentos que dañan o producen caries y los que no, por medio de la obra teatral se explicó cómo se deben lavar los dientes y los alumnos tuvieron un momento de diversión y al mismo tiempo también conocieron un poco más sobre cómo cuidar su dentadura. El guion se realizó incluyendo vocabulario relacionado al tema el cual fue visto en clase, conectores y algunos cognados, lo que les permitirá a los espectadores, aun sin saber mucho del idioma inglés, tener noción del tema, todo ello con el fin de llevar el mensaje deseado.

HEALTH PROMOTION IN BASIC ENGLISH SUBJECT AT UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

ABSTRACT

The health promotion is important because nowadays, the environment has been being deteriorated and people have contributed on it, that is way, the División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, especifically the Basic English subject included in the Medical degree program, persuade to the students to promote the health using the English language. The purpose is to promote the health care among college students, and also, working with schools nearby the University using role plays using English as the main language. A role play was done and developed where the actors and actresses were students from División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco from a medical group who performed the play named Chopped tooth where the oral health and care is promoted. A general view was showed, related to the dental care, meal that can or cannot damage the teeth and which caused tooth decay, by the role play, students explained how children must wash their teeth, and also, they spent a funny time and were taught a little bit more about how to care their teeth. The script was done including the vocabulary related to the topic, which was seen at the classroom, as cognates and linkers, which let the receptors, although they do not anything about English language, understand and catch up on the message.

INTRODUCCIÓN

Intersectorialidad se refiere al trabajo coordinado y complementario de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población (Parra, 2012). En este sentido y contribuyendo a la necesidad imperante del cuidado de la salud, las diferentes instancias enfocadas en este plano así como los establecimientos educativos, juegan un papel importante en la prevención y cuidado de la misma, realizando campañas o aplicando diversas estrategias en favor de la promoción de la misma. En virtud de lo anterior, la promoción de la salud se define como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida. Por lo anterior, es bien sabido que esta prevención no puede llevarse a cabo sin el apoyo de la comunidad en general, por lo que, las entidades educativas también tienen un rol primordial en esta labor puesto que es en ellas en donde se concentra gran cantidad de individuos.
La salud es definida como el completo estado de bien estar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad o invalidez. Hoy en día, ese bienestar que se menciona en el enunciado anterior es algo difícil de alcanzar ya que, con los cambios que se presentan en el mundo, la tecnología, la globalización, el ritmo agitado de la vida que se lleva

actualmente y de más aspectos que influyen en el ser humano, contribuyen a que se descuide la salud, llevando esto al desequilibrio que se manifiesta en la mayoría de los individuos. Por tal motivo, la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, en la asignatura de Inglés Básico de la Licenciatura en Médico Cirujano, favoreciendo a la temática de cuidado y prevención de la salud y aunado a la incorporación de las bellas artes en el currículo como estrategia de enseñanza utilizada en las instituciones educativas, realizó una puesta en escena titulada **Chopped tooth** en una escuela primaria cercana a la universidad, en donde se plantea una situación en la que se promueve el cuidado y la higiene bucal en las personas pero primordialmente en los niños, de manera que se concientice a los alumnos de dicha institución por medio de la actuación de los universitarios en el uso correcto del cepillo dental, los hábitos de higiene bucal y los problemas que desencadena la ingesta de ciertos alimentos como lo son las golosinas lo que produce un deterioro en las piezas dentales de quien los consume.

MÉTODOS

La salud se ha ido minimizando en importancia alrededor del mundo ya que se le presta poca atención por priorizar en lo laboral y/o educativo. En cuanto a la salud en el menor, el uso y abuso de golosinas y alimentos dotados de colorantes y substancias por parte de los infantes se ha tornado parte de un problema social ya que la ingesta de este tipo de alimentos se ha vuelto incontrolable perjudicando en gran medida la salud del menor. Los medios de comunicación contribuyen al consumo de dichos productos ya que la mercadotecnia se las arregla para hacerlos más vendibles y mantenerlos dentro del gusto de los individuos.

Tomando en cuenta lo anterior, y de acuerdo a lo establecido en la declaración de Costa Rica de 2011 en donde se plantea que las instituciones pertenecientes a la RIUPS (Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud) proponen como estrategia promover en los diversos entornos universitarios prácticas culturales en la promoción a la salud con lo que se estimulen los principios, valores y actitudes en favor de la misma, la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, como miembro de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS) y más específicamente, la licenciatura en Médico Cirujano en la asignatura de Inglés Básico, realizaron una puesta en escena con lo que se buscaba la promoción y el autocuidado de la salud bucal en niños de tercer grado de educación primaria. Los universitarios se caracterizaron de tal forma que la representación teatral lograra llamar la atención de los pequeños para que así estos últimos pudieran captar el mensaje que se les pretendía transmitir.

RESULTADOS

Retomando lo que el rector de nuestra máxima casa de estudios, el Doctor José Manuel Piña Gutiérrez ha sugerido en repetidas ocasiones en sus informes, el uso de un segundo idioma, en este caso el inglés, es importante para la internacionalización de las universidades y en particular de la nuestra, la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, y que mejor que la implementación del mismo en las actividades académicas que se realizan en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco dentro del programa de la asignatura de Inglés Básico en la Licenciatura en Médico Cirujano.

Como muestra de ello, se realizó la presentación de la obra teatral Chopped Tooth en una escuela primaria, para promover el cuidado bucal en los alumnos del tercer grado en donde se obtuvieron resultados favorables y quizá hasta inesperados por parte de los menores.

Al momento de iniciar la representación, los universitarios estaban algo inseguros de la aceptación que pudiera tener la obra por parte del alumnado de la escuela a la que acudieron, sin embargo, conforme fue avanzando la puesta en escena, los alumnos de la escuela primaria se empezaron a interesar en lo que veían, aunque no entendieran del todo lo que decían puesto que hablaban en inglés, y comenzaron a participar y eso también sirvió de motivación a los alumnos de la universidad quienes pusieron todo de su parte para la realización de esta actividad.
El resultado que se obtuvo de la realización de este evento fue excelente, los pequeños estuvieron muy participativos a sabiendas que, de entrada no entendían lo que los universitarios decían, pero la expresión corporal ayudaba mucho en este sentido, por otro lado, los estudiantes de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco quedaron muy satisfechos con su desempeño ya que lograron tener la atención de los niños y además de ello, consiguieron que el objetivo de la puesta en escena, el cual era, concientizar en el cuidado y prevención de la salud bucal, fuera alcanzado.

DISCUSIÓN

La educación en México ha venido acarreando diversos conflictos políticos, sociales y económicos dependiendo de la situación por la que atraviese el país. La instrucción básica, hablando particularmente de la impartida en las instituciones de gobierno, carece de cierto apoyo tanto económico como humano para lograr un avance completo en la educación. Esto es, la implementación del idioma inglés en la formación básica en escuelas de gobierno. Es preciso homogeneizar los programas de las escuelas primarias tanto públicas como privadas para que en ambos lados de la sociedad, por así decirlo, para poder lograr con ello una educación integral desde los primeros años de estudios de los individuos y con ello, empezar a formar personas competentes para el mundo globalizado al que nos enfrentamos hoy en día. Si esto fuera así, en la educación superior no se encontrara con tanta deficiencia en el área de los idiomas, en este caso el inglés y fuera más fácil tanto para el alumno como para el docente la adquisición e impartición del conocimiento respectivamente además de que ambos resultarían beneficiados por el gran puerto que se abriría por el solo hecho de tener conocimiento del idioma inglés.

REFERENCIAS

Arroyo, H.V. (Ed.). (2013). *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica*. San Juan: La Editorial Universidad de Puerto Rico.

María T. Borges Cancel, Carla Sánchez, Beatriz Quiñones, Aurinés Torres. *La intersectorialidad en la práctica de la educación para la salud y promoción de la salud en Puerto Rico.* VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. San Juan Puerto Rico

Ivelisse M. García Meléndez, Zulma Peña Carrión, Phaedra Gelpi Rodríguez. *La promoción de la salud en la sociedad del conocimiento. .* VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. San Juan Puerto Rico

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (2012). *Plan de Desarrollo Institucional 2012 – 2016*. México

PROGRAMA SALUD INTEGRAL DES-SALUD-UAGro: AUTOCUIDADO, AUTOAPRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN SALUD

Armenta-Solís Adakatia
UA de Medicina-UAGro
Sierra-López Laura
UA de Medicina-UAGro
Valdez-Bencomo María Atocha
UA de Medicina-UAGro
Peralta-Elizondo Beatriz
UA de Medicina-UAGro
Chávez-García Antonina
UA de Medicina-UAGro.
Contreras-Palma Guillermo Miguel
UA de Odontología-UAGro
Cobos-Cruz Xenia Teresa
UA de Odontología-UAGro
Romero-Castro Samanta
UA de Odontología-UAGro
De la Torre-Gil Luis Alfredo
UA de Odontología-UAGro
Ávila-Arizmendi David
UA de Odontología-UAGro

PROGRAMA SALUD INTEGRAL DES-SALUD-UAGro: Espacio para el Autocuidado, el Autoaprendizaje y la Educación en Salud

RESUMEN:

Con el propósito de mejorar el rendimiento académico, eficiencia terminal y abatir la deserción de los estudiantes de la DES Salud, programas de Médico Cirujano y Cirujano Dentista, se creó el *Programa de Salud Integral: espacio para el Autocuidado, el Autoprendizaje y la Educación en Salud,* por el cual se obtiene un perfil epidemiológico de la cohorte generacional.

Durante los primeros días del ciclo escolar, se lleva a cabo la bienvenida e introducción al programa de las nuevas cohortes, durante la cual se presentan temas sobre problemas de salud y psicosociales frecuentes en la adolescencia que orientan en la prevención y predicción de enfermedades y sus complicaciones.

A partir de aquí, se entregan citatorios para integrar un expediente clínico electrónico, iniciando con las mediciones de signos vitales y somatometría, la obtención de muestras de sangre y orina para evaluación metabólica, hematológica y de función renal; la evaluación ortopédica, la revisión dental para detección de periodontitis, mal oclusiones y caries; capacidad física y evaluación de la salud emocional. Además de aplicación de encuestas sobre hábitos de estudios y factores socio-culturales, relacionados con el rendimiento académico.

La evaluación e interpretación colectiva de cada uno de los expedientes, nos permite identificar antecedentes heredo familiares como indicadores predictivos de enfermedad, antecedentes personales patológicos y no patológicos, e incorporar programas de atención, encaminados a la preservación de la salud y prevención de enfermedades o sus complicaciones. Una segunda etapa, considera la incorporación de actividades sistematizadas de autoaprendizaje y educación en salud mediante la divulgación de la ciencia.

PALABRAS CLAVE: Salud Integral, autocuidado, autoaprendizaje, educación en salud.

HEALTH INTEGRAL PROGRAM. DESSalud-UAGro: Space for Self-Care, Self-Learning and the Health Education.

SUMMARY:

In order to improve academic performance, terminal efficiency and abate dropout students DES Surgeon and Dentist Health programs, Comprehensive Health Program was created: space for self-care, the self learning and health, with an epidemiological approach of generational cohort is obtained.

During the first school year days, a conducted welcome and introduction to the program of the new cohorts is made, during which issues of health and psychosocial problems frequently occur in adolescence that guide prevention and prediction of diseases and their complications.

From here, citations are provided to integrate an electronic medical record, starting with vital signs and anthropometric measurements, blood and urine samples for metabolic evaluation, hematologic and renal function; orthopedic assessment, dental screening for detection of periodontitis, tooth decay and malocclusions conditions; physical fitness and emotional health assessment. In addition, to conducting surveys on study habits and socio-cultural, academic performance related factors.

The evaluation and collective interpretation of each of the files, allows us to identify background inherit family factors as predictive disease indicators, medical history and not pathological, and incorporate care programs, aimed at the preservation of health and prevention of disease or complications. A second tape considered the incorporation of systematic self-learning activities and health education through the science communication.

KEY WORDS: Integral Health, self-care, self-learning, health education.

Introducción: El Programa de Salud Integral de la DES de la Salud (PSI-DESSalud), surge por la necesidad de revisar los factores evitables que interfieren con el rendimiento académico, la eficiencia terminal y para abatir la deserción en programas educativos de licenciatura (PEL) de la DES de la Salud, basados en el

fomento del *autocuidado* como proceso voluntario de responsabilizarse del propio bienestar (Uribe, 1999), a la vez que generando espacios de *autoaprendizaje,* según el nuevo modelo educativo por competencias de la UAGro (UAGro ME, 2014); y en la conservación de la salud, con enfoque en la *prevención y predicción* de enfermedades y la *atención personalizada* de los pacientes, innovando la atención en la era de la biología molecular y alta tecnología (EPMA, 2012). Adicionalmente, en el tenor de formar redes de colaboración entre cuerpos académicos afines de la UA de Medicina, Enfermedades Crónicas y de Odontología, Biología Oral e Investigación Clínica e Innovación Educativa, de la DES de la Salud, como modelo de trabajo multidisciplinario, interinstitucional para la mejor formación de recursos humanos promotores de salud.

Los objetivos del programa por área disciplinar comprenden el objetivo general de determinar el *perfil epidemiológico de la cohorte de estudiantes de nuevo ingreso a los programas de la DES de la Salud* y siete objetivos específicos, a saber:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Detectar mediante el análisis de antecedentes heredofamiliares (AHF) de enfermedades crónico degenerativas, obesidad, hipertensión, diabetes, autoinmunes, cáncer de mamá, de ovario, páncreas y pulmón.
2. Identificar los principales factores de riesgo psicosociales que derivando en condiciones psicopatológicas interfieren con el rendimiento escolar y la eficiencia terminal.
3. Detectar mediante exámenes de sangre y orina alteraciones metabólicas, hematológicas y marcadores biológicos particulares con fines de predicción, en salud y enfermedad.
4. Conocer el estado de salud oral de la población estudiantil de nuevo ingreso.
5. Conocer el estado de salud emocional de la población estudiantil de nuevo ingreso.
6. Atender las principales conductas en la población estudiantil, provocadas por los factores de riesgo psicosocial.
7. Conocer la capacidad física de los estudiantes para la recomendación de actividades que destierren hábitos sedentarios.

En 2012, este programa partió de la premisa que debe propiciarse en los jóvenes de nuevo ingreso a licenciaturas del área de la Salud, por la edad, condiciones de salud favorables y gozar de buena salud. No obstante, son muchos los factores que intervienen para propiciar enfermedades. En primer lugar, la exposición a situaciones de estrés desde los primeros días de ingreso al programa, falta de autoestima y seguridad en sí mismos, miedos dado el clima de inseguridad; la ausencia de una definición clara del proyecto de vida, el cambio en el estilo de vida, con el cambio de residencia y la lejanía del ambiente familiar (48% no son de Acapulco); y en los hábitos higiénicos como la alimentación, cuidado dental y el descanso; así como la integración social, las relaciones interpersonales y el inicio

de la vida sexual, con la consecuente necesidad de estar informados sobre aspectos de planeación de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Para el estudiante universitario, el proceso de formación y permanencia se convierte en todo un reto, son muchos los factores psicosociales que intervienen en este ciclo vital de formación para concluir de manera satisfactoria la carrera y así alcanzar la conclusión de ésta, convirtiéndose en la meta.

En este año, a través de sinergias con organismos y planes gubernamentales nacionales, estamos llevando a cabo la medición de la capacidad física, con el propósito de favorecer el acceso a una serie de actividades deportivas que permitan mejorar su condición en este rubro.

Método:

La estrategia utilizada comprende un primer momento de *introducción y bienvenida al programa*, en la que mediante conferencias y aplicación de algunas pruebas de evaluación psicológica se recaba información para valorar su salud emocional, y a la vez se informa a los estudiantes sobre los factores de riesgo y medidas de prevención de trastornos biopsicosociales más comunes en este grupo de edad; en un segundo momento, se obtiene el *consentimiento informado*, se cita para la integración de la *historia clínica completa*, el *examen físico,* y la obtención de muestras para *exámenes de laboratorio* como biometría hemática, química sanguínea (glucosa, creatinina, ácido úrico, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL), examen general de orina, grupo sanguíneo y Rh; y aplicación de test prospectivos para evaluar condiciones psicosociales, garantizando la confidencialidad y el manejo ético de la información, en publicaciones científicas y de divulgación con fines académicos. Así mismo, como mencionado arriba, de manera piloto se incorporaron también las actividades del Programa Ponte al 100 de la UAGro, con mediciones de la capacidad física y la incorporación de programas deportivos, con los cuales se podrán no solo detectar, sino atenderse las situaciones de sedentarismo y malnutrición, así como situaciones de estrés y adicciones.

Para la medición de la *capacidad física* y *el análisis dental* se citan *ex profeso* en días adicionales. En el expediente clínico electrónico, se registran los datos más relevantes que conducen a determinar los elementos que contribuyen a la alteración de su estado de salud y la exposición a factores de riesgo, además se aplican encuestas, para detección de hábitos de estudios, condiciones de estrés, depresión, ansiedad y autoestima, conocimiento sobre exposición a factores de riesgo y uso de protección infecciones de transmisión sexual.

Este programa considera la detección, el diagnóstico, seguimiento y control de los padecimientos y vigilancia epidemiológica de los casos que lo ameriten, estableciendo su pronóstico y prevención. Así como también, desde el punto de vista académico, se da seguimiento al rendimiento escolar y la eficiencia terminal de la cohorte generacional.

Resultados:

Se incluyeron 254 alumnos: 60.62% (n=154) mujeres y 39.37% (n=100) hombres, el rango de edad fue de 17 a 37 años y una mediana de 18 años. El 6.7% (n=17) trabajan para sostener sus estudios y de estos el 9% son varones. El 48.4% son estudiantes foráneos que viven con familiares o renta en grupos o solos. Respecto a los antecedentes hereditarios, se encontraron 23 casos de cardiopatía en AHF maternos en ambos sexos que corresponde a un 9.1%, seguido de DM y obesidad en 7.5% (n=19) cada uno, cáncer 1.2% (n=3) y tuberculosis 0.4% (n=1). Entre los estudiantes, se encontraron que la enfermedad de mayor prevalencia fueron alergias con un 18.5% (n=47), seguido de traumatismos con 10.2% (n=26), quirúrgicos 9.4% (n=24), asma 7.5% (n=19), otitis 3.9% (n=10) y parasitosis 0.4% (n=1). En cuanto al género, los antecedentes quirúrgicos fueron los más frecuentes en hombres: 24% (n=24) y en las mujeres predominaron alergias 17.5% (n=27). El 74.8% (n=190) de los estudiantes estaban sanos al momento de integrar la historia clínica y el 25.2% (n=64) padecieron alguna patología. En ambos sexos la más frecuente fue la infección de vías respiratorias altas.

Cuatro de cada diez alumnos tienen sobrepeso u obesidad, siendo más frecuente en el género femenino; es importante también, la prevalencia de bajo peso en mujeres (14 %), lo cual es ligeramente mayor a lo referido a nivel nacional por la ENSANUT 2012.

En la química sanguínea, encontramos el 2.5% de los casos con hiperglicemia; la hipertrigliceridemia en 12.7% y niveles de HDL bajos (12.65%) , fueron las alteraciones más frecuentes.

A pesar de la incidencia baja de Síndrome Metabólico, la alta prevalencia de antecedentes de diabetes en la familia, y el sobrepeso y obesidad encontradas, nos obliga a ampliar la detección y aplicar medidas preventivas.

El 44.9% de los jóvenes estudiantes consumen alcohol, el 14.6% consume tabaco, siendo los varones los principales consumidores en ambos casos.

La prevalencia de anemia fue de 8.9%, con predominio en mujeres, tal como señala la literatura, en varones fue de 2.2%.

La actividad física es aceptable, ya que 8 de cada 10 alumnos realizan algún tipo de actividad física. Entre las actividades más frecuentes encontramos deportes (como futbol, basquetbol, voleibol), correr, caminar y asistir al gimnasio, son las practicadas con mayor frecuencia.

El inicio de vida sexual (IVS) fue más alta en los hombres a una edad promedio de 16 años y en mujeres de 17.5 años, estos hallazgos son acordes a los indicadores nacionales.

El número de parejas sexuales varía de acuerdo al género, las mujeres tienes un promedio de 1.6, mientras que los hombres es de 3 parejas sexuales. Se encontró una incidencia baja de embarazos previos, (2.6%).

Al examen general de orina, la leucocituria, en 20.48% y el pH alcalino, en 22.9%, fueron los hallazgos más notables, sobre todo en mujeres, en quienes puede relacionarse con infección de vías urinarias asintomáticas o preclínica.

Así también, el 78.2% estudiantes presentan grupo sanguíneo “O”, algo más frecuente que lo reportado a nivel nacional; de éstos, el 2.94% fueron Rh negativos. El 12.64% son del grupo sanguíneo “A” (Rh+). El 6.9% corresponden al grupo sanguíneo “B” (Rh+). Y el 2.29% (n=2) son “AB” (Rh+).

En el estudio odontológico se encontró que el 77% de los estudiantes tuvieron gingivitis, con la siguiente distribución de diagnósticos: el 59% gingivitis leve, 12% gingivitis moderada, 6% gingivitis severa. Se encontraron lesiones de la mucosa bucal y variantes anatómicas en el 9% de los estudiantes, algunas de estas fueron: frenillos mal insertados, melanosis fisiológica, torus, mucoceles y aftas.[3] Respecto a las adicciones, el 9% refiere consumir alcohol, el 19% consumir tabaco, mismos que representan el doble de riesgo de rezago o deserción académica (IC al 95% 1.172-4.092, p=0.0431) entre los estudiantes de medicina. Los aspectos que evaluamos son aquellos a los que los adolescentes de 10-19 años son más vulnerables, según la ENSANUT 2012, porque precisamente la edad de ingreso a nivel superior fluctúa de 17 a 18 años.

En los aspectos psicosociales, se encontró que la crisis de ansiedad generalizada fue la alteración más frecuente (46%): hombres (18%) y mujeres (27%) le sigue el estrés (27%): hombres (9%), mujeres (18%), la fobia social (22%): hombres (8%) y mujeres (14%) y pánico (14%): hombres (4%) y mujeres (9%), Ansiedad (5%): hombres (2%) y mujeres (3%). El 85% presentó una o más alteraciones.

Discusión:

El perfil epidemiológico que describimos en este estudio, se basó en los hallazgos de una población en etapa tardía de la adolescencia aparentemente sana, es decir no hubo motivo de consulta médica. Dada las características y propósitos del mismo, no nos ha permitido comparar integralmente los resultados con otros estudios, pues hemos encontrado de manera aislada, reportes de parámetros aislados, como la ENSANUT 2012 y por el IMSS, que dado el carácter de referentes nacionales nos limita el rango de edad que comprende todo el periodo de la adolescencia, de 12 a 19 años, respecto a la edad de ingreso a nivel superior de 17 y más años. Así mismo, en relación a las variables estudiadas: ENSANUT 2012, considera en adolescentes, obesidad, anemias, trastornos nutricionales y actividad física/sedentarismo. El IMSS, dentro de la casuística de derechohabientes, describe como cinco primeras causas de enfermedad en adolescentes a las infecciones respiratorias agudas, otras infecciones intestinales mal definidas, la amibiasis y otras helmintiasis, y la otitis media. Esta institución asegura solamente el 28.4% de los adolescentes, entre los 15 y 24 años de edad.[8]

Los datos epidemiológicos del IMSS coinciden con el SUIVE quien reporta que en el grupo de edad entre 15 y 19 años en el periodo 2000-2009, las diez enfermedades más comunes fueron: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, úlceras, gastritis y duodenitis, otitis media aguda, intoxicación por picadura de alacrán y amibiasis intestinal.[9] Los hallazgos de esta investigación son semejantes a lo reportado ya que al momento de la historia clínica las enfermedades que detectamos, en orden de frecuencia fueron: infección de vías respiratorias altas, colitis, gastritis, infección vaginal e infecciones de vías urinarias.

En el proyecto de Salud Estudiantil, antecedente de este programa, permitió observar enfermedades que podrían influir en la calidad de vida y rendimiento académico (N=198, 64% mujeres); que los problemas odontológicos afectan a más de la mitad de los estudiantes; que el sobrepeso y obesidad (16%), junto con dislipidemia (7%), más un alto sedentarismo (63%) confiere riesgo de diabetes a estudiantes. (4% síndrome metabólico, 1 caso DM); y una morbilidad general, en orden de frecuencia, gingivitis leve, sobrepeso, enfermedades gastrointestinales, alteraciones visuales, enfermedades respiratorias y dislipidemias.

La detección de anemia en 8.9% entre las jóvenes, supera la media nacional de 5.6% de ENSANUT 2012, con los considerandos ya mencionados respecto al rango de edad de ambos estudios. Superior a lo reportado por Chávez de la cohorte 2005.[4]

La presencia de sobrepeso y obesidad es ligeramente mayor (40%) con respecto a los hallazgos de ENSANUT 2012[7] (35%), aunque como es señalado por esta última, se observe una disminución entre los adolescentes varones mayores de 17 años, muy probablemente por el proceso de desarrollo de la estatura que se presenta tardíamente con respecto a las mujeres, además de que en el joven, en la actualidad hay mayor tendencia a recurrir al desarrollo muscular acudiendo al gimnasio, aun cuando en las carreras del área de la salud, dada las características demandantes, no se disponga de mucho tiempo para ello.

Los tres casos detectados de síndrome metabólico en varones, cumplieron con tres criterios cada uno, estos fueron: alteraciones en perímetro de cintura, niveles bajos de HDL, alteraciones en el colesterol total y TA elevada, lo que nos señala la relevancia que tiene el poder detectar a tiempo estos padecimientos que definitivamente alteran de manera importante la calidad de vida de las personas, y con certeza el rendimiento académico.

Adicionalmente, entre los estudiantes se observó que el IMC, la circunferencia de cintura, la presión sistólica y diastólica, los triglicéridos y la cuenta de leucocitos son más altos en los alumnos con obesidad y que tanto en hombres como mujeres con obesidad, presentas dos de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria, establecidas por la ATP III; la obesidad abdominal y la tensión arterial elevada.[8]

Respecto a salud reproductiva, al igual que en ENSANUT 2012, se observa que el

inicio de vida sexual en varones ocurre antes que en mujeres, y que quienes inician temprano en la vida, llegan a tener mayor número de parejas sexuales al llegar a la universidad. De una encuesta sobre conocimiento de riesgos y medidas de protección de infecciones de transmisión sexual (ITS), el 66 %, refirió protegerse con preservativo durante la relación sexual; haberse protegido durante la primera relación sexual el 53.1% de las mujeres y 78.8% de hombres.

Por otro lado encontramos que las alteraciones psicosociales son frecuentes en los estudiantes de nuevo ingreso, predominando en mujeres tanto en porcentaje como en número de crisis, la ansiedad generalizada fue notoriamente alta, al detectar estos problemas desde el momento de su ingreso permite la atención y tratamiento oportuno de estos factores que influyen de manera directa e indirecta en el proceso de aprendizaje y la permanencia en la carrera.

Los productos generados con este programa, además de la atención integral al estudiante, han sido la formación de recursos humanos durante el servicio social universitario, la interacción de estudiantes de octavo semestre con los de nuevo ingreso, con fines docentes, el desarrollo de tesis como opción de titulación, publicaciones científicas y de divulgación, actividades de educación para la salud, y vinculación con las instituciones del Sector Salud. En este rubro, ya se firmó con el IMSS la carta de intención para detallar el convenio específico que permita facilitar el acceso al servicio de atención institucional para el manejo clínico y terapéutico o de pruebas de diagnóstico más especializadas, en quienes así lo requieran, en base al derecho de todo universitario al seguro médico.

Aun cuando, la descripción y planeación teórica del programa de salud integral tiene todo para funcionar, existen todavía retos que superar, para empezar, la motivación de los estudiantes de incorporarse y asumir su responsabilidad de vivir con mejores condiciones de bienestar, aprendiendo a detectar oportunamente alguna alteración como a evitar los factores de riesgo, de nuevas enfermedades o el desarrollo de sus complicaciones.

El trabajo académico colectivo también tiene sus retos, pero es bastante edificante, satisfactorio y permite el intercambio de ideas, el aprendizaje de nuevos conceptos ante la multidisciplinariedad del equipo, y sobre todo permitirá ir adquiriendo un ¿cómo hacer? (*know how*) de la atención médica óptima, orientada a la prevención y predicción de enfermedades, mediante herramientas de la conservación de la vida y bienestar del propio personal de salud.

Al respecto, el reto será que el estudiante logre incorporar durante su formación los conocimientos necesarios para trascender el enfoque de una medicina curativa a una medicina preventiva y predictiva, y su transferencia a la comunidad.[5] De esta manera se estará considerando la integración no solo de universidades saludables sino su trascendencia a comunidades saludables, en su carácter de profesional de la salud.

Adicionalmente, hemos observado que el gran reto a vencer es la disciplina de perseverar, el autocontrol, el desarrollo de habilidades para resolver problemas, de

hacerse responsable de su propio bienestar, de prestar atención a las propias emociones. El adulto joven en la actualidad tiene una gran necesidad de aprobación, baja tolerancia a la frustración y dificultad para seguir instrucciones, por falta de motivación o respeto a la autoridad; es frecuente la ausencia de un proyecto de vida con objetivos y metas, en el corto, mediano y largo plazo, son factores que deberán atenderse en breve.

En este sentido, estamos abiertos e incluso necesitados de incorporar nuevas disciplinas al equipo, desde las ciencias de la comunicación, la incorporación práctica de nuevos idiomas, hasta disciplinas que promuevan el desarrollo humano, etc.

La consolidación, expansión y mejora del programa requiere sumar esfuerzos, mejorar y diversificar la infraestructura física como el acondicionamiento de espacios para actividades físicas y recreativas, actividades académicas y para la atención médica, particularmente necesario en la actual transición al modelo educativo por competencias.

REFERENCIAS CITADAS

1. Uribe, TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Invest y Educ en Enfermería. 1999; 17(2):109-118.
2. UAGro. Modelo Educativo: Hacia una educación de calidad con inclusión social. Ene 2014.
3. Romero-Castro NS, Cobos-Cruz X, Espinosa-Iturriaga MG, Reyes-Fernández S. Detección de gingivitis y lesiones de la mucosa oral en alumnos de odontología y medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero. Odontología Actual 2008; 6 (67):16-20)
4. Chávez GA, Francisco NJ, Astudillo JC, Sierra LL, Contreras PGM, Peralta EB, Armenta SA. Anemia en estudiantes de primer ingreso a Unidades Académicas: Medicina y Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Revista de Hematología. 2009; 10(2):36. ISSN-0001-2001
5. Armenta-Solís Adakatia, Sierra-López Laura, Peralta-Elizondo Beatriz, Chávez-García Antonina. Memorias III Congreso Internacional de Educación Médica. Vallarta 2012. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina. AC.
6. European Association for Preventive, Predictive and Personalized Medicine. EPMA Misión 2012. http://www.epmanet.eu/index.php/about-epma/mission
7. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. INSP-SSA.
8. J Cruz-Mora, II. Gómez-Castro, L.Sierra-López, E.Molina-Aranda B.Peralta-Elizondo, GM. Contrera-Palma, A. Armenta-Solís. Riesgo cardiovascular por obesidad en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica de Medicina. X Encuentro Participación de Mujeres en la Ciencia. León, Gto. 2013.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 4 A 8 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS.

C.D. Castro Díaz Alfredo
C.D. Méndez Hernández Roberto Rodrigo
C.D. Cal y Mayor Marcos Enrique

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Publica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Libramiento Norte Poniente 1150, Colonia Lajas Maciel, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México;

RESUMEN:
OBJETIVO: Entregar un instrumento para las acciones de capacitación para los niños que acuden a la clínica de odontopediatria de la facultad de odontología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, diseñando un Programa Educativo, que reúne la información actualizada sobre los distintos temas relacionados con la salud bucal de los menores. METODOLOGIA: Se realizó un estudio descriptivo y correlacional, con una población de 250 niños que acudieron a la clínica de odontopediatria de la facultad de odontología, realizando una historia clínica detalla y una exploración bucal. RESULTADOS: el 80% de la población disminuyo la presencia de la placa dentobacteriana y se pudo observar un control del proceso cariogénico, el 15% corrigió los malos hábitos bucales. CONCLUSIONES: se puede visualizar que la Prevención de estos problemas de salud bucal se puede realizar mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela.

Palabras claves: placa dentobacteriana, proceso criogénico, caries dental.

ABSTRAC:

OBJETIVE: Deliver an instrument for training actions for the children who come to the clinic of Pediatric Dentistry of the Faculty of Dentistry, University of Sciences and Arts of Chiapas, designing an educational program that brings together the latest information on various topics related to the oral health of children information. METHODOLOGY: A descriptive, correlational study was conducted, with a population of 250 children who attended the clinic of pediatric dentistry dental school, performing a detailed medical history and oral examination. RESULTS: 80% of the population decreased the presence of plaque and observed a cariogenic process control, 15% corrected bad oral habits. CONCLUSIONS: you can see that the prevention of these oral health problems can be performed using simple measurements taken at home, kindergarten and school.

Keywords: dental plaque, cryogenic process, dental caries.

INTRODUCCIÓN

La Salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, entre otros aspectos, con un estado bucal favorable.

Es necesario que las personas tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como también, prevenir las enfermedades bucales más frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares. La Prevención de estos problemas de salud es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela.

En el marco del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas de 4 a 8 años de edad, tiene el propósito de entregar un instrumento para las acciones de capacitación para los niños que acuden a la clínica de odontopediatria de la facultad de odontología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. El objetivo planificado se consigue mediante la implementación de estrategias:

- Promover hábitos saludables de alimentación e higiene bucal.
- Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación en el diseño del programa a nivel local.
- Integrar a los padres y apoderados de los niños y niñas en el cuidado de sus dientes.

La boca es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida: respiración, masticación, deglución, fonación y estética.
Entre las funciones sociales y de interacción del individuo, la boca y las estructuras que la conforman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa, y, además, complementa la estética facial de las personas.

La prevención en Estomatología General pediátrica también debe ser integral, es una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos. En este trabajo nos proponemos actualizar y profundizar en los factores de riesgo de caries dental y en las actividades a desarrollar para prevenir la aparición y desarrollo de las mismas en edades tempranas, por constituir en esta etapa la enfermedad dental de mayor importancia y prevalencia.

METODO:
Estudio descriptivo y correlacional, que se realizó durante el semestre Agosto-Diciembre del 2013, a 250 niños que acudieron a la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Publica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Mediante consentimiento informado diseñado conforme a los lineamientos establecidos por la Ley General de Salud los padres de los pacientes firmaron aceptación a participar en este estudio. El siguiente estudio se divido en una fase clínica y una fase didáctica:
FASE CLINICA:
Material:

- Estuche de exploración
- Historia clínica detallada

Se realizó un diagnostico presuntivo a los niños que llegaron a la clínica de admisión de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Publica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, y quienes cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados en la clínica de Odontopediatria de la misma facultad, realizando una exploración buco-dental, intra oral y extra oral apoyados de una historia clínica detallada.
FASE DIDACTICA
Material

- Estuche de salud bucodental: cepillo, pasta de dientes, hilo dental, enjuague bucal.

- Posters y folleto
- Pláticas y proyecciones sobre la prevención bucodental dirigido a niños de 4 a 8 años.

Mediante el apoyo de posters, folletos y proyecciones, se otorgaron platicas y talleres a los niños, sobre la prevención y buena higiene bucal, en el cual se explicó que es el proceso criogénico y la importancia de una buena técnica de cepillado utilizando los aditamentos necesarios para tener una mejor higiene. Se les comento a los padres y profesores en las entidades educativas sobre los malos hábitos y las consecuencias que representan cada uno de ellos con la finalidad de contribuir a una mejoría en los niños.

Resultados:

Con respecto a un estudio descriptivo realizado en niños de 4 a 8 años que acuden a la clínica de odontopediatria de la facultad de odontología de la universidad de ciencias y artes de Chiapas, el 100% de la población estudiada el 95% presento un alto índice de proceso criogénico, aunado a una mala higiene y malos hábitos.

Obteniendo un resultado favorable después de llevar a cabo programa de promoción y prevención en salud bucal para niños el en relación con la estabilidad de los problemas de caries que presentaba la muestra estudiada, 80% de la población disminuyo la presencia de la placa dentobacteriana y se pudo observar un control del proceso cariogénico, el 15% corrigió los malos hábitos bucales.

DISCUSION:

Mediante la implementación del programa para la promoción y prevención en la salud bucal para niños y niñas de 4 a 8 años, se puede visualizar que los problemas de salud bucal se pueden realizar mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela.

Por lo que se sugiere que esta actividad tenga una continuidad en el hogar, ya que es necesario la entrega de conocimientos a las familias, a fin de reforzar en el hogar los aprendizajes obtenidos por los niños y niñas. De igual modo, es importante invitarles a conocer y participar en las actividades educativas con los profesores, especialmente en los momentos que se requiera de utilizar una buena técnica de higiene bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Masso: el manual de odontología. Barcelona. reimpresión, 2002.

2. Evaluación y control de malos hábitos bucales. enfoque multidisciplinario. Hassi,J. revista sociedad chilena de odontopediatría. 2001

3. Ministerio de salud. glosario de términos de promoción en salud. gobierno de chile. ministerio de salud departamento de promoción y participación ciudadana.

4. Manual de odontología pediátrica. Cameron, Angus c. ; Widmer, Richard p, 2010

5. Odontología pediátrica. el niño y el adolescente en la sociedad actual. Noemí Bordoni, Alfonso Escobar, Ramón Castillo Mercado. 2010

PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD (PROPAS): UNA ESTRATÉGIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

Autores:
Coordinación de Salud Integral, Unidad de Desarrollo Estudiantil, Universidad de Guanajuato
Ponente: Lic. Erika Hernández Castro

Resumen
El Programa de Promoción y Autocuidado de la Salud (PROPAS) es la estrategia que la Universidad de Guanajuato ha adoptado como la forma más adecuada y efectiva de promover la responsabilidad individual en el cuidado de la salud. Ello ha implicado una evolución que ha pasado del mero otorgamiento de servicios en áreas como enfermería y psicología al enfoque de educación para la salud y el trabajo interdisciplinario, tomando el concepto de salud como integral y el desarrollo educativo como eje transversal. El PROPAS es un programa pensado en el estudiante, el cual pretende contribuir a su formación integral buscando que elija, practique y promueva estilos de vida saludables y se convierta en un promotor de la salud en cualquier ámbito. La principal estrategia del Programa es su ejecución a través de equipos multidisciplinarios que planean e implementan proyectos interdisciplinarios que apuntan al desarrollo de habilidades personales tras un proceso participativo, activo y reflexivo.
Palabras clave: PROPAS, educación para la salud, salud integral, equipo multidisciplinario.
Abstract
The health promotion and self care program (PROPAS) is a strategy that University of Guanajuato has adopted as the most appropriate and effective way to promote individual and social responsibility in health care. The program has been transformed from just giving individual nursing and psychological attention focusing in sickness to provide a full model of interdisciplinary work to educate at healthy life styles. The main strategy of the program is the execution through multidisciplinary teams that plans, implement and assessment interdisciplinary projects focused in development of life-skills through a participatory, active and reflective process . PROPAS is a program designed for students and operate for youths, which look for educate, practice and promote healthy lifestyles at the same time that contribute to university students become health promoters.

Key words: PROPAS, Health education, integral health, multidisciplinary team

Introducción

A nivel mundial, los gobiernos y organizaciones internacionales ocupadas del desarrollo social y el bienestar de los pueblos, han determinado y compartido a través de distintas asambleas y declaraciones que la mejor estrategia para lograr la “salud universal” son las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Respondiendo a este compromiso, la Universidad de Guanajuato presenta el Programa institucional que ha implementado como estrategia efectiva para garantizar en sus estudiantes una formación integral que incluya la competencia del autocuidado de la salud.

A través de estas páginas, la Universidad de Guanajuato comparte el Programa de Promoción y Autocuidado de la Salud (PROPAS) como una experiencia exitosa pero

siempre abierta a la mejora continua, encaminada a la construcción de una cultura del autocuidado, el fomento de un entorno saludable y el favorecimiento de la elección de estilos de vida saludables sustentado en la responsabilidad personal y la participación activa de la comunidad universitaria.

Antecedentes

Desde sus inicios como Institución de Educación Superior, la Universidad de Guanajuato se ha interesado profundamente por el aspecto de la integridad humana en la educación y ha implementado acciones a favor de la atención a la salud, es así como desde 1969 creó un área de servicios médicos. La estructura de esta área de atención a la salud de la comunidad universitaria fue modificándose y reestructurándose según los cambios institucionales hasta convertirse en 1997 en Programa de Servicios de Salud de la Universidad de Guanajuato (PROSSUG). Este Programa brindaba servicios de consulta de enfermería en primer nivel, orientación psicológica, atención psiquiátrica y orientación educativa. El Programa cubrió estos beneficios a través de prestadores de servicio social profesional de las áreas de enfermería, psicología clínica y psicología educativa o educación; a través de un modelo de acciones preventivas a diferentes niveles según el alcance de las acciones: universal, selectivo e indicado.

El Plan de Desarrollo Institucional 2010-2020 de la Universidad de Guanajuato establece la implementación de un Modelo Educativo centrado en el estudiante, que incluya en su formación el desarrollo de competencias genéricas y específicas traducidas en el desarrollo de habilidades, destrezas, actitudes y valores como la responsabilidad y el compromiso social, y la adquisición de sólidos y amplios conocimientos del estudiante en su área de estudio (Modelo Educativo, p.24). Este escenario obliga a hacer ajustes y reestructuras a los programas de las distintas instancias de la Universidad a fin de implementar las estrategias necesarias para cumplir lo señalado en ambos documentos rectores.

La Coordinación de Salud Integral de la Unidad de Desarrollo Estudiantil se dio a la tarea de evaluar la efectividad y pertinencia del PROSSUG en el marco de la formación integral, concluyendo que era necesario una reorientación de los servicios de salud que se ofertaban, en tanto su alcance era relativamente de bajo alcance toda vez que no se buscaba la educación en salud sino la atención a la salud en tanto se operaba bajo el modelo clínico y la atención a la enfermedad.

Es así como el PROSSUG que ofrecía a la comunidad estudiantil principalmente servicios en el primer nivel de atención, dio paso en el año 2013 al Programa de Promoción y Autocuidado de la Salud (PROPAS) acorde al nuevo enfoque institucional centrado en el desarrollo integral del estudiante que exige que además del otorgamiento de servicios, se fomente la responsabilidad personal y social, la actitud autocrítica y crítica del entorno. En aras de cumplir dicho objetivo, el PROPAS se centra en la promoción a la salud y el fomento del autocuidado de la misma para que el estudiante se apropie de los medios para ejercer mayor control de su salud.

Marco teórico

El Programa de Promoción y Autocuidado de la Salud (PROPAS) fue construido en conformidad con las bases y lineamientos internacionales en materia de Promoción de la Salud, así mismo, está en consonancia con los Programas nacionales de atención a la salud y atiende, especialmente, aquellos dirigidos específicamente al sector educativo como es el Programa Escuela y Salud.

La Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud (México, 2000) fue el marco para que se firmara la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud en que todos los países participantes se comprometen, entre otras cosas, a situar justamente la promoción de la salud como una prioridad fundamental en las políticas y programas de

salud en todos los niveles, promoviendo la participación activa de todos los sectores, incluyendo el educativo y de la sociedad civil. En este sentido, como institución educativa de amplio impacto social, la Universidad de Guanajuato está implicada en estos compromisos y obligada a implementar acciones bajo estos compromisos toda vez que dentro de sus planes y políticas observa la formación integral de los estudiantes.

El Desarrollo de aptitudes para la salud y el Viraje y reorientación en los servicios de salud, fueron los principales ejes rectores que promovieron la restructuración del Programa, que contempla en su estructura las acciones, medidas, compromisos y responsabilidades para realizar un trabajo adecuado en cuanto a la Promoción de la salud. Particularmente el desarrollo de aptitudes, se aboca completamente a la función educativa en cuanto a procurar el desarrollo de habilidades personales que permitan ejercer un mayor control de la salud personal privilegiando en todo momento el compromiso social como ciudadano, y de esta manera la participación activa. De manera particular, el PROPAS hace suyo el supuesto de que "*el entorno escolar es un espacio en el que es posible aumentar, practicar y fortalecer el conocimiento sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ayudando a que los escolares tomen una adecuada decisión en torno a la salud*" que constituye un eje rector del Programa Escuela y Salud (p.11) y que justifica la pertinencia de Programas como este en las instituciones educativas.

Basados en los principales determinantes de la salud en niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolares que establece el Programa Escuela y Salud, se constituyeron las seis líneas de formación o grandes temáticas en salud a abordar por el PROPAS: 1) Salud alimentaria; 2) Cultura física y deporte; 3) Prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas; 4) Sexualidad; 5) Cultura de la paz; 6) Habilidades para la vida y 7) Integración y permanencia escolar.

Se incluyen además los Principios para su implementación, específicamente el de "Búsqueda del bienestar individual y colectivo", bajo el cual se mantienen el modelo preventivo de tres niveles, fortaleciendo las acciones de prevención universal y selectiva; y mejorando los servicios de prevención indicada; el principio de "Interdisciplinariedad" que dio la pauta para un trabajo conjunto multidisciplinario e interdisciplinario entre las disciplinas de enfermería, psicología clínica, el área educativa y nutrición; y la "Participación involucrando a la comunidad educativa", de modo que prestadores de servicio social profesional, estudiantes, coordinadores de carrera y profesores abonan ideas, diagnósticos y sus habilidades profesionales en la construcción de proyectos de salud interdisciplinarios.

Desarrollo

1. **El abordaje de atención a la salud prevalente en la UG**

Cambiar el enfoque y la manera de trabajo que se venía efectuando en la Universidad de Guanajuato respecto de las acciones para el cuidado de la salud de la comunidad universitaria, no ha sido sencillo. Desde su creación como Programa dedicado a la atención a la salud en 1997, el PROSSUG estableció que el parámetro de intervención era el enfoque clínico, donde la comunidad estudiantil acudía por su propia voluntad o bien era canalizado a la "unidad de salud de enfermería", a atención psicológica o a apoyo en relación a necesidades educativas. Solía ser para la Universidad una obligación atender la demanda estudiantil en el rubro de la salud y de servicios de apoyo quedando un poco de lado o relegada a la función pedagógica formal, la formación de los individuos.

Observar elevados números en cuanto a estudiantes atendidos con valoraciones individuales del estado de salud, en orientación psicológica o en orientación educativa era sinónimo de alta productividad del PROSSUG y de una atención adecuada por parte de la institución a su alumnado. Era complicado y aún lo es, observar que estos números reflejaba una comunidad estudiantil "enferma" y que el Programa y toda la institución

estaban enfocados en el riesgo y la enfermedad, aun a manera de prevención. Son las instituciones y el sistema de salud los encargados de este tipo de atención y no los recintos educativos cuya función más noble se resume en la formación de las personas y su actuar como ciudadanos y profesionistas responsables.

Al Programa de atención a la salud de la Universidad de Guanajuato debe competerle ofrecer acciones que permitan a los y las estudiantes participar de un proceso de conocimiento de información, reflexión y decisión para ejercer un mayor control de su salud. Corresponde ofrecer espacios de participación activa donde se propicie el conocimiento sobre los factores psicosociales de riesgo y el desarrollo de habilidades personales para hacerles frente. Debe realizar detecciones tempranas y canalizaciones oportunas al sector salud para su adecuada atención. Al contrario de ello, centrarse en el riesgo y el tratamiento solía ser el enfoque preponderante en la Universidad de Guanajuato.

2. **La problemática surgida a raíz del enfoque centrado en la enfermedad**

A fin de detectar a aquellos estudiantes que presentaban algún indicador que comprometía su salud física o mental; o bien que repercutía de manera negativa en su desarrollo educativo, se aplicaba un cuestionario llamado “Diagnóstico biopsicosocial”. Como su nombre lo indica, se obtenía un diagnóstico general del alumno(a) y si presentaba problemáticas se canalizaba directamente al área competente. Aunado a ello, se realizaba una valoración de salud física con funciones similares para efectuar la canalización a la institución de salud correspondiente.

Esta práctica ocasionó que existiera una elevada demanda de los servicios ofrecidos por el Programa, mismo que estaban concentrados únicamente en la ciudad de Guanajuato, dejando desprotegida a la comunidad estudiantil ubicada en el resto de los municipios del Estado. Como medida, se aumentó el número de prestadores de servicio social que participaban en el Programa con el fin de atender la alta demanda y de tener presencia en todas las Sedes de la Universidad. Aunado a ello, se generó gran expectación y preocupación de los Directores de los Programas Educativos con respecto a los padecimientos, sobre todo de salud mental que sus estudiantes estaban presentando, esperando recibir resultados sobre cuántos padecían un trastorno, de qué tipo y cómo se les atendería.

En resumen, la Universidad se estaba responsabilizando por la salud de sus estudiantes, lejos de que fuera la propia persona la responsable del cuidado de sí mismo.

3. **El cambio de enfoque, la promoción de la salud. Cambio de PROSSU a PROPAS**

Tras analizar la problemática presentada y en el marco de las exigencias que ahora se hacían presentes con la implementación de un Modelo educativo centrado en la formación integral y el estudiante como figura de derecho y responsable de sí mismo y de su compromiso social, y con los resultados de la aplicación del cuestionario “Necesidades y perfil del estudiante UG”, se realiza un cambio de enfoque que va del mero otorgamiento de servicios en primer nivel al de la promoción de la salud en el marco de la Educación para la salud.

El Modelo Educativo de la Universidad de Guanajuato exige una formación en la que el estudiantado adquiera no solo sólidos y amplios conocimientos en relación al Programa académico elegido sino que además, la institución debe proveer una estrategia en que le sea posible el desarrollo de habilidades, destrezas, actitudes y valores que le permitan el desarrollo de sus propias capacidades practicando la responsabilidad y el compromiso social.

El Programa de Desarrollo Estudiantil identifica que para lograr ese desarrollo integral de la comunidad estudiantil se deben incluir actividades que ayuden a la formación personal, social, deportiva y de salud; sin olvidar que el eje rector es la autoresponsabilidad frente a

las propias acciones y actitudes y el desarrollo de habilidades que les permitan proceder adecuadamente en distintas circunstancias.

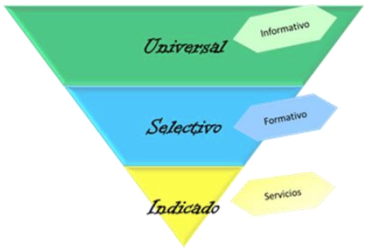
El Cuestionario de Necesidades y perfil del estudiante UG mostró que pese a los esfuerzos por ofrecer servicios de psicología, enfermería y orientación educativa, en promedio la mitad de la población estudiantil desconocía que existían estos servicios; de la otra mitad que sí sabía de ellos, alrededor de un 25% nunca los había utilizado. En el área de salud, se encontró la presencia de múltiples factores de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco, relaciones sexuales sin protección, condiciones de violencia que no son identificadas como tales y conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios. Se con concluyó que los servicios individuales en las distintas áreas de salud no eran suficientes, resultaba necesario crear una estrategia en donde las acciones de prevención llegaran a una mayor cantidad de estudiantes y a través de la cual se potenciarán los aspectos positivos de la personalidad y se fomentara el desarrollo de habilidades para la vida como factores protectores ante los riesgos psicosociales.

Con toda esta información recabada, el cambio de enfoque del PROSSUG era inminente y urgente, por lo que en agosto de 2013 se lanza el ahora Programa de Promoción y Autocuidado de la Salud, como la estrategia que cubriría todas las necesidades identificadas.

4. Metodología del PROPAS

El PROPAS es un programa pensado en el estudiante el cual pretende contribuir a su formación integral buscando que elija, practique y promueva estilos de vida saludables y se convierta en un promotor de la salud en cualquier ámbito. El programa se constituye de dos facetas: a) Programa para realizar el Servicio Social Profesional y b) Programa de atención a la salud estudiantil.

El objetivo general del Programa es implementar estrategias y acciones que favorezcan el desarrollo de una cultura del autocuidado de la salud y la adquisición de estilos de vida saludables. Para lograrlo, cuenta con un Modelo de atención basado en tres niveles de prevención con diferentes alcances a saber:



Modelo de atención PROPAS

Prevención Universal.- Implica actividades dirigidas a la comunidad estudiantil en general, con el objetivo de dar a conocer y advertir sobre riesgos biopsicosociales. Es de carácter Informativo.

Prevención Selectiva.- La intervención que se realiza está dirigida a un sector de la comunidad estudiantil que ha sido identificado con un riesgo significativamente más alto que el resto, ya sea por sus características y/o situación individual así como por el ambiente social en que se desenvuelve. Su objetivo es desarrollar intervenciones encaminadas a disminuir las condiciones de riesgo, favoreciendo la reflexión, discusión e identificación de factores protectores pata poder identificar opciones que favorezcan la elección de hábitos saludables. Estas actividades son de carácter formativo.

Prevención Selectiva**.-** Consiste en la gama de servicios de primer nivel de atención a la salud dirigidos a aquellos estudiantes identificados en alto riesgo y que presentan signos o síntomas de una problemática o marcadores que indiquen cierta predisposición a desarrollarlo. Tiene como objetivo que la persona identifique y opere alternativas de solución ante la problemática o situación vulnerable que presenta, de tal manera que pueda volver a un estado funcional igual o similar al que tenía antes de que la problemática se presentara. Incluye además la canalización oportuna a servicios internos o externos a la Universidad cuando sea necesario. Se incluyen los servicios de consultas en enfermería, orientación psicológica, orientación educativa y orientación en nutrición. :

Para cumplir cabalmente con lo contemplado en el PROPAS se establecieron tres Estrategias:

i. Trabajo interdisciplinario y vinculación con el entorno

El PROPAS es efectuado por equipos de trabajo llamados Células PROPAS que están formados por prestadores de servicio social profesional de las áreas de Enfermería, Psicología, Nutrición y Educación, quienes integran la figura de Promotores. Como equipo multidisciplinario, los Promotores están insertos dentro de las Divisiones en los Campi y las Escuelas de Nivel Medio Superior con la finalidad de que, tras un acercamiento con la población estudiantil de cada sector, diseñen e implementen proyectos de promoción de la salud y prevención de riesgos psicosociales, de manera tal que atiendan a las necesidades particulares de cada población en relación a una temática de salud o apoyo al desarrollo académico.

Los proyectos elaborados por las Células PROPAS, se ven enriquecidos con la vinculación con distintos departamentos y direcciones de la propia Universidad, así como profesores que apoyan el desarrollo de los proyectos. Asímismo, se gestiona la participación de instituciones gubernamentales y asociaciones civiles. En PROPAS, siendo alumno o alumna de la Universidad, también se puede participar de manera activa en la planificación o ejecución de los Proyectos de las Células, aportando las habilidades y conocimientos del área específica de estudio aplicado a la promoción de salud. De esta manera surge una figura de nombre Impulsor estudiantil.

ii. Fortalecimiento de la Prevención universal y selectiva atendiendo a temas prioritarios en salud

PROPAS indica 7 Líneas de formación o temáticas prioritarias en salud que deberán ser abordadas con los Proyectos interdisciplinarios así como con todas las actividades de promoción de salud que en general realizan los y las promotores durante su pasantía se servicio social profesional. Las Líneas de formación son las siguientes:

- Salud alimentaria
- Cultura física y deporte
- Prevención del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas
- Sexualidad
- Cultura de la paz
- Habilidades para la vida
- Integración y permanencia escolar

Además de ser pertinentes en cuanto al abordaje de un tema prioritario en salud y las necesidades detectadas en la comunidad estudiantil, los Proyectos deben estar diseñados a partir de un conjunto de actividades que, por su alcance y objetivo abarquen los niveles de prevención universal y selectiva, siendo entonces tanto informativos como formativos.

Con los niveles de prevención universal y selectiva, los proyectos PROPAS coadyuvan al desarrollo de competencias genéricas enfocadas al autocuidado de la salud. Las actividades que en razón de ello se desarrollan en cada División y Escuela de Nivel Medio Superior tienen la posibilidad de convertirse en créditos.

iii. Mejora continua y fortalecimiento de los servicios de prevención indicada

Los servicios de orientación psicológica, consulta de enfermería, orientación educativa y orientación en nutrición se ejecutan respaldados por procedimientos que dictan la manera en que este tipo de atención debe realizarse, ello permite no sólo garantizar que el servicio ofertado sea de calidad sino además da posibilidad de evaluarlo y mejorar. Cada División o Escuenla de Nivel Medio Superior ofrece un espacio físico adecuado para que ofertar este tipo de atención.

Para fortalecer este nivel de prevención (indicada), se cuenta con un directorio de canalización a instituciones y asociaciones que permitan garantizar que las y los estudiantes que lo necesiten, tengan la oportunidad de recibir atención oportuna previa orientación del equipo PROPAS. Además, la prevención indicada también permite detectar necesidades e inquietudes en la comunidad estudiantil usuaria de este servicio para canalizarla a otras áreas de la Universidad que ateindan sus necesidades e inquietudes y/o asesoren sus proyectos.

Conclusiones. Experiencias exitosas

La implementación del programa lleva hasta el momento realizadas dos etapas:

1ra etapa. Capacitación y liderazgo en promoción de salud y trabajo por proyectos.

En esta primera etapa que se realizó de Agosto a Diciembre del 2014 se llevaron a cabo 3 acciones principales:

1. Socialización del programa con Directores y Coordinadores
2. Sensibilización y educación en promoción de la salud
3. Formación para el trabajo por proyectos.

Socialización del programa

Se convocó a una gira de reuniones con todos los directores de divisiones, de carrera y de escuelas de nivel medio superior. Las reuniones consistieron en una exposición de la reorientación del programa, sus necesidades, beneficios y alcances así como la transversalización de la promoción de la salud, posteriormente los directores exponían sus inquietudes y necesidades.

De estas reuniones se obtuvieron acuerdos de colaboración y se establecieron los alcances del programa. La importancia de estas reuniones radica en que los administrativos y docentes pueden ser también promotores de la salud, lo cual se observó en la segunda etapa.

Sensibilización y educación en promoción de la salud

En un segundo momento se realizaron una serie de capacitaciones y reuniones de trabajo dirigidas a los operadores del programa: coordinadores y prestadores de servicio social profesional.

El objetivo de estas acciones de capacitación fue favorecer el cambio de una visión asistencial hacia la visión de promoción de la salud. Para esto se realizaron capacitaciones de temas prioritarios de salud, impartidas por especialistas y los asistentes fueron coordinadores y prestadores de servicio social profesiona de todas las áreas incluidas en el Programa.

Los temas abordados fueron Prevención del VIH/SIDA, Habilidades para la Vida, Violencia de Género, Salud Alimentaria, Cultura de Paz, Métodos de estudio de casos, Características de los jóvenes actuales, entre otros.

Formación para el trabajo por proyectos

Simultáneamente se llevaron a cabo capacitaciones sobre metodología de proyectos, sus beneficios así como su administración, que culminaban con reuniones de trabajo para organizar la distribución de las Células, su supervisión y funcionamiento.

2da etapa. Realizada desde enero del presente año consiste en la aplicación operativa del programa. Como se mencionó en la metodología se constituyeron Células con integrantes de las diferentes disciplinas, cada Célula realiza proyectos por cada División (área de estudio) logrando una mayor cobertura así como un ambiente donde continuamente los estudiantes reciben mensajes del autocuidado de su salud.

Hasta este momento, las Células PROPAS planearon y ejecutaron un total de 10 proyectos con la Línea de formación de Habilidades para la vida como eje transversal a todas las temáticas abordadas, tales como Salud sexual, Cultura de la paz, Prevención

del uso y abuso de alcohol tabaco y otras drogas y Cultura física y deporte. Con estos proyectos se atendió a un total de 1460 estudiantes.
Entre los proyectos se encuentran:

PROYECTO	LÍNEA DE FORMACIÓN	DIVISIÓN	ESTRUDIANTES PARTICIPANTES
"***¡Por el "Placer"... de una Vida Saludable!"***	Sexualidad	**División de Ciencias Sociales y Humanidades**	535 estudiantes atendidos
Escuela sin estrés, escuela con solución	Habilidades para la Vida	**División de Ciencias Naturales y Exactas**	147 estudiantes
Jornada de *Habilidades para la vida*	Habilidades para la Vida	**División de Derecho, Política y Gobierno**	86 estudiantes
Semana de sexualidad y adicciones	Habilidades para la vida, sexualidad y prevención del uso y abuso del tabaco, alcohol y otras drogas	**División de Ciencias Económicas y Administrativas**	362estudiantes
"Bosques de paz"	Cultura de la Paz	**División de Ciencias de la Vida**	50 estudiantes
"Feria de la Salud"	Habilidades para la Vida, Autocuidado de la salud	Centro Interdisciplinario del Noreste del Estado	83 estudiantes
"Cuídate: habilidades para la Vida"	Cultura de la Paz, Habilidades para la Vida	División de Ciencias de la Salud e Ingenierías	247 participantes

Estos son algunos ejemplos de proyectos que se han implementado. De igual forma se ha continuado con la mejor de los servicios de prevención indicada, se han fortalecido el área de nutrición y se han implementado campañas de difusión de la salud y días mundiales aunado a los proyectos de Células.
El impacto logrado se puede observar en tres ámbitos:

1. Formación de los prestadores de servicio: los estudiantes se han beneficiado con el desarrollo de habilidades administrativas, de gestión y liderazgo de proyectos, con la actualización en promoción de la salud así como la construcción de una visión integral al trabajar con otras disciplinas.
2. Los estudiantes se han beneficiado con proyectos innovadores de alto impacto, planeados e impartidos por jóvenes que han desarrollado actividades atrayentes y creativas. Además los estudiantes reciben constantes mensajes de promoción de

la salud en su entorno escolar además de que se convierten en promotores de las mismas actividades.

3. En el personal administrativo y docente, se ha logrado en algunas áreas un mayor interés y apertura para colaborar con los proyectos, lo cual se ha visto reflejado en el uso de los espacios y recursos para los proyectos.

La bondad de esta metodología que propone PROPAS es que responde a problemáticas complejas con acciones dinámicas e innovadores. Las necesidades surgen de los estudiantes y son abordadas por estudiantes que comprenden de fondo las mismas, por tanto sus acciones son certeras e impactantes.

Además es un modelo que desde sus bases propone al joven como principal líder y promotor de la salud, lo empodera y le permite participar en la transformación de su entorno.

Referencias

Carta de Otawa (1986). Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Otawa, Canadá.

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Promoción de la Salud: Una nueva cultura.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de acción específico 2007-2012: escuela y salud. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/programa_escuela_salud.pdf

Universidad de Guanajuato. Modelo Educativo de la Universidad de Guanajuato.

Universidad de Guanajuato. Plan de Desarrollo Institucional 2010-2020.

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Disponible en http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN "ABC POR TU SALUD" EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA

*Dr. Jorge Manuel Sánchez.; *Dr. Antonio Rivera;*Lic. Juan Carlos Leaño. *Dra. Analí Castellanos.;*Ln. Jocelyn Macías.;* *Ln. Ana Laura Rojas.

* Universidad Autónoma De Guadalajara.

[16] PROGRAMA DE INTERVENCIÓN "ABC POR TU SALUD" EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA

RESUMEN

A partir de 1980, la prevalencia de sobrepeso u obesidad se ha triplicado en la población adulta. Cerca del 90% de los casos de diabetes son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. México ocupa el segundo lugar mundial en prevalencia de obesidad y sobrepeso. Las instituciones educativas significan una oportunidad natural para vincular el

cuidado de la salud con el proceso formativo integral de los alumnos. En la Universidad Autónoma de Guadalajara se está implementando el programa "ABC para tu Salud" que abordará esta área de oportunidad de una manera integral, vinculando educación y salud como una estrategia sólida. Dentro del programa de intervención se incluyen distintos protocolos de investigación para poder evaluar el estado de salud de la comunidad y así poder adecuar las intervenciones a las necesidades de cada grupo de población. En un estudio realizado en Agosto de 2014 en estudiantes de medicina se encontró una prevalencia de sobrepeso de 19.31% en mujeres y 42.85% en hombres. La prevalencia de obesidad de 15.38% en mujeres y 9.52% en hombres. El objetivo de este esfuerzo es inspirar, involucrar y promover estilos de vida saludables en la comunidad UAG, desde el fomento de las buenas prácticas tanto físicas, como higiénicas, nutricionales, emocionales, sociales y recreativas, con el objetivo de ayudar a las personas a mejorar su toma de decisiones que contribuya a prevenir enfermedades, mejorar la salud y calidad de vida.
Palabras clave: sobrepeso, obesidad, estilo de vida, salud, nutrición

ABSTRACT

Since 1980, the prevalence of overweight and obesity has seen a threefold increase in the adult population. Close to 90% of the cases of diabetes are consequences of these problems. Mexico is second place in prevalence of obesity and overweight worldwide. Educational institutes are a natural opportunity to join healthcare with the formative process in students. "Universidad Autónoma de Guadalajara" is implementing a program called "ABC por tu salud (for your health)" with the objective to vinculate education and health as a solid strategy. This program includes investigation protocols to evaluate the health of the comunity to adecuate the interventions to the specific needs of the population. In a study done in August 2014 in medical students found a prevalence of overweight up to 19.31% in women and 42.85% en men. The prevalence of obesity is 15.38% in women and 9.52% in men. The objective of this program is to inspire, involve and promote healthy lifestyles in the UAG community, promoting good physical, hygienic, nutritional, emotional, social and recreational practices with the purpose of helping people take better decisions to prevent disease, improve health and life quality.
Keywords: overweight, obesity, lifestyle, health, nutrition

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN "ABC POR TU SALUD" EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA

"En políticas de salud no se puede mejorar lo que no se mide".

I. MARCO TEÓRICO / ANTECEDENTES

El cuidado de la salud es un aspecto de importancia fundamental para todo ser humano. La presencia de enfermedad tiene un impacto negativo en la calidad de vida, no solamente de quien la padece, sino también de quienes conforman su entorno cercano, que incluye primariamente al núcleo familiar pero que trasciende al escolar / laboral y al de la comunidad a la que se pertenece. Sin duda el efecto primario y de mayor relevancia es la carga de disconfort o sufrimiento, pero a esta se suman los costos de la atención y la disminución de la capacidad productiva, aspectos que contribuyen a deteriorar aún más la calidad de vida del enfermo, de su familia y de la comunidad. Esto es particularmente cierto y relevante en el caso de las enfermedades crónicas.

El proceso de enfermedad es inherente a la vida misma. Todos los seres vivos padecen episodios a lo largo de su existencia. En el devenir de la humanidad se ha aprendido a prevenir, identificar y tratar de manera cada vez más eficaz muchos procesos morbosos, de tal manera que se ha logrado disminuir notablemente la morbilidad y

mortalidad relacionada a distintos padecimientos, sobre todo los infecto-contagiosos; sin embargo, la modernidad, estilos de vida, prácticas de riesgo y el aumento progresivo en la esperanza de vida se han asociado con el incremento significativo en la incidencia y prevalencia de varios otros padecimientos, en especial las enfermedades crónico degenerativas.

En este contexto, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) han significado una estrategia integral de medición diferentes aspectos fundamentales relacionados con el estado de salud, condiciones nutricionales y prácticas de riesgo de la población en México. Estas han permitido identificar y medir; pero además son una valiosa herramienta para dar seguimiento, identificar tendencias y evaluar el impacto de las políticas y acciones de salud en país.

Es de gran relevancia lograr una cada vez mayor y mejor participación de la población. Las instituciones educativas significan una oportunidad natural para vincular el cuidado de la salud con el proceso formativo integral de los alumnos. Existe poca información en el sentido de la medición específica de las condiciones de salud de la población estudiantil y docente al interior de las propias instituciones educativas. El conocimiento que se puede obtener es no solamente valioso, sino indispensable, para definir las propias estrategias y programas y estar en condiciones de medir su impacto en el marco de los procesos permanentes de mejora continua.

Las ENSANUT han identificado y medido diversos aspectos relacionados con la salud, nutrición y factores de riesgo. Destaca lo relacionado con obesidad y sobrepeso. México ocupa el segundo lugar mundial entre los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta condición o enfermedad nutricional significa un potente factor de riesgo para la presentación de diversos padecimientos como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, algunos tipos de cáncer, hipercolesterolemia, enfermedad vascular cerebral, hipertensión arterial entre algunos más. La incidencia y prevalencia de obesidad y sobrepeso han mostrado una tendencia creciente a lo largo de las últimas décadas en el país. En los últimos 12 años se ha observado un incremento promedio anualizado de 1.3%. Este incremento fue mayor en el período 2000 – 2006 (con un crecimiento de 2.1% anual promedio) en comparación con el período 2006 – 2012 (en donde el incremento anual promedio se redujo a 0.3%). Si bien esto evidencía que se logró una de las metas definidas para el año 2012, no significa que se haya logrado detener el incremento en obesidad y sobrepeso y menos aún revertirlo. De hecho, la prevalencia identificada por la ENSANUT 2012 para sobrepeso fue de 38.8% y para obesidad de 32.4%. En suma la prevalencia de obesidad más sobrepeso alcanzó el 71.3%. Esto significa que solamente tres de cada 10 mexicanos tienen un índice de masa corporal (IMC) igual o menor a 25. De aquí se desprende que se requiere de intensificar y mejorar las estrategias y acciones para lograr disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

A partir de 1980, la prevalencia de sobrepeso u obesidad se ha triplicado en la población adulta. Cerca del 90% de los casos de diabetes son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. El gasto del tratamiento de enfermedades crónicas relacionadas representa el 0.3% del PIB nacional y el 13% del Gasto total en Salud. En la población promedio de los países miembros de la OCDE 15 de cada 100 adultos padece obesidad. México duplica esta proporción (32 de cada 100). Si bien en los primeros 6 años de este siglo observamos un aumento del 2% anual en la prevalencia de obesidad en México y se ha logrado disminuir su ritmo de crecimiento de la obesidad, esta continúa en aumento (tenemos 2% más obesos que en el 2006). En consecuencia continuamos observando también un aumento significativo en todas aquellas enfermedades crónicas relacionadas. Esto significa que se debe lograr una mayor participación de los diferentes actores sociales en donde las instituciones educativas deben tomar un papel de mayor relevancia.

MÉTODO

En la Universidad Autónoma de Guadalajara se está implementando el programa "ABC para tu Salud" que abordará esta área de oportunidad de una manera integral, vinculando educación y salud como una estrategia sólida.

En este contexto se hace indispensable elaborar un diagnóstico situacional de las condiciones de salud de la comunidad Universitaria, por lo que dentro del programa de intervención se incluyen distintos protocolos de investigación para poder evaluar su estado de salud y así poder adecuar las intervenciones a las necesidades de cada grupo de población.

Dentro de las investigaciones que se han realizado como parte del programa destacan las siguientes:

"Detección de Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en Estudiantes de la Universidad Autónoma de Guadalajara" realizada en Agosto de 2014 con una muestra de 46 estudiantes de tercer semestre de la carrera de medicina (25 mujeres y 21 hombres) quienes aceptaron colaborar previo a una carta de consentimiento informado con un estudio aprobado por el comité de investigación de la Universidad. Se midió el peso (kg) en una báscula Omron doble medidor de masa corporal Hbf-516b con una precisión de 0,1kg , la talla (m.) se determinó con el participante descalzo, empleando un estadímetro con una precisión de 2mm. siguiendo los lineamientos que indica ISAK, estos resultados fueron tomados para calcular el Índice de masa corporal (IMC= peso/talla2, kg/m2). Las mediciones fueron realizadas por un único observador atendiendo a protocolos estandarizados. Se tomó además la glucosa capilar en de los participantes con un ayuno con glucómetro de marca One Touch, select simple. Se empleó para este estudio un cuestionario que incluía datos personales en donde se consideró nombre, no. de registro, sexo, edad, carrera, semestre, antecedentes heredo familiares de línea directa, en cuanto estilo de vida se consideró la frecuencia del consumo de alcohol así como la cantidad de bebidas que ingería, si es fumador o no y el promedio de cigarros al día. Para actividad física se aplicó el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) en su versión validada al español. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS vs 19.0. Los resultados se presentan en forma de medidas, desviación estándar y frecuencias.

Se encuentra en curso un protocolo de investigación con el objetivo de conocer la frecuencia y distribución de las condiciones de salud y principales factores de riesgo en la comunidad de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Se llevó a cabo una encuesta en las diversas escuelas y facultades de la UAG incluyendo profesores y alumnos con muestreo de tipo no probabilístico a una muestra de 393 alumnos, personal docente y administrativo. La información se recabó en un formato pre-diseñado. Se seleccionaron encuestadores dentro del mismo alumnado de la Universidad. Se capacitaron en forma teórica y práctica tanto para la entrevista como para la somatometría. Además se les entregó un instructivo de llenado. Se realizó de manera inicial trabajo de campo con 5 a 10 entrevistas por cada uno de los encuestadores como piloto. En cada encuesta se recabó la siguiente información siguiendo los criterios definidos para la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: género, edad en años, estado civil, facultad o escuela a la que pertenece, cargo, antecedentes familiares patológicos (sólo familiares directos) de: obesidad o sobrepeso, diabetes Mellitus, hipertensión Arterial Sistémica, depresión, Infarto Agudo del Miocardio, cáncer o tumores malignos, antecedentes personales patológicos, autopercepción en relación con su peso actual, intentos previos para bajar de peso y en qué han consistido, consumo de alcohol, tabaquismo, actividad física / sedentarismo, antropometría, acceso a servicios de salud. Los resultados obtenidos se analizarán tanto en forma general mediante estadística descriptiva como estratificados por género y grupos de edad.

RESULTADOS

Se observaron los siguientes resultados en el estudio para identificar factores de riesgo para DM2 en estudiantes de medicina: el IMC promedio en hombres fue de 24.89 kg/m^2 y en mujeres de 25.31 kg/m^2. Se encontró una prevalencia de sobrepeso de 19.31% en mujeres y 42.85% en hombres. En cuanto a obesidad existe una prevalencia de 15.38% en mujeres y 9.52% en hombres. El nivel de glucosa capilar promedio de la muestra fue de 87.14±9.73 mg/dl en donde el 12% de los estudiantes mostró alteración en los niveles de glucosa, considerando como alteración >100 mg/dl, de los cuales el 83% eran mujeres y el 16.6% hombres. En cuanto a actividad física el 91.7% de los estudiantes estaba de acuerdo que hacer ejercicio aportaba beneficios en la salud, pero solo el 76.6% realizaban ejercicio y el otro 23.3% no realizaban ninguna actividad física. De quienes realizan ejercicio, únicamente el 4.3% refirieron realizar actividad física todos los días.

DISCUSIÓN

Algunos de los mayores predictores de la diabetes mellitus tipo 2 son la obesidad y antecedentes familiares de diabetes. Sin embargo, factores de estilos de vida también son importantes en la etiología de la enfermedad y muchos estudios han mostrado que la DM2 puede ser prevenida mediante modificaciones de estilos de vida, como la modificación de la dieta o incrementar la actividad física.

Por estas razones se han realizado distintas intervenciones dentro de la Universidad, las cuales se han adecuado y modificado de acuerdo a los resultados obtenidos en las distintas investigaciones para así poder cumplir con las necesidades de cada grupo de población. El objetivo de este esfuerzo es inspirar, involucrar y promover estilos de vida saludables en la comunidad UAG, desde el fomento de las buenas prácticas tanto físicas, como higiénicas, nutricionales, emocionales, sociales y recreativas, con el objetivo de ayudar a las personas a mejorar su toma de decisiones que contribuya a prevenir enfermedades, mejorar la salud y calidad de vida.

Bibliografía

1. Organisation for Economic Co-operation and Development, Obesity Update, 2012
2. Organisation for Economic Co-operation and Development, Health at a Glance , 2013
3. Obesidad y Sobrepeso, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012
4. Organisation for Economic Co-operation and Development, Health policies and data, Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, Mexico Key Facts, 2012
5. Otaviana Cardoso Chaves, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Sônia Machado Rocha Ribeiro Anthropometric and biochemical parameters in adolescents and their relationship with eating habits and household food availability, Nutr Hosp. 2013;28(4):1352-1356

6. Ana María Contardo Ayala, Giel Nijpels, Jeroen Lakerveld, Validity of self-measured waist circumference in adults at risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease, BMC Medicine 2014, 12:170

7. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud: Artículos de Salud: “La Epidemia Global de Diabetes”, 2012

8. Organización Mundial de la Salud, Temas de Salud, 2012
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Diabetes”, México, Noviembre 2013

PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ERA DE MARGINACIÓN SOCIAL

¿Qué profesionales para la salud necesitamos en esta era de Marginación Social?

Autores: Donovan Casas Patiño[1], Georgina Contreras Landgrave[2], Alejandra Rodríguez Torres[3].

[1] Universidad Autónoma del Estado de México- CU Amecameca

[2] Universidad Autónoma del Estado de México- UAP Nezahualcóyotl

[3] Instituto Mexicano del Seguro Social- Estado de México Oriente UMF 195 Chalco

Resumen:

México al igual que el resto del mundo, se encuentra inmerso dentro de políticas neoliberales, lo que ha conllevado a un escenario excluyente, globalizado, acumulador de bienes e individualista, despertando en la colectividad necesidades mercantilizadas e imaginarios de pertenencia social en base a consumos con el fin de calmar las emociones provocadas por el vaivén de la vida. La salud no es la excepción, por contrario, es un bien que no tiene precio, mejor dicho, sí lo tiene y puede ser tan mínimo bajo la mirada preventivista pero es de largo plazo; o tan alto bajo la mirada biomédica, hegemónica curativa aparentemente “resolutiva” a corto plazo.

Son precisamente éstas, la inmediatez, la tecnología y tecno-burocracia, lo que nos aleja más y más del otro, creando una brecha más grande entre el que padece y el que tiene el conocimiento, haciendo su interrelación impersonal y operativa.

Los profesionales para la salud amén de abordar los diferentes puntos referentes a su área, requieren una mirada transdisciplinaria que les permita reflexionar, criticar y proponer sobre una problemática dentro de un contexto determinado, hacia los tres niveles: micro, meso y macro, a partir del sentido común, pues es bajo ***una mirada real, filosófica, incluyente, propositiva, y responsable del entorno social,*** donde se pretende ejercer o practicar, sin controles de estructura económica o política que manchen la organización de estos recursos humanos para la salud. Todo esto con el afán de encaminar hacia el crecimiento humanístico y social, de coparticipación comunitaria, donde el profesionista no siga estándares de oro dogmáticos de la profesión; es necesario y prudente iniciar con la incorporación de currículos hacia la humanización, el trabajo colectivo, la participación social, la inclusión, la sustentabilidad y la planeación desde un enfoque transdisciplinario.

Palabras Clave: Profesionales de la Salud, Marginación Social y Educación.

Summary:

Mexico, like the rest of the world is immersed within neoliberal policies, which has led to an exclusive, global, storage of goods and individualistic stage, awakening in the community commodified and imagined social needs of belonging based on consumption with in order to calm the emotions caused by the movement of life. Health is no exception, by contrast, is a commodity that is priceless, rather, it does, and can be as minimal under the preventive look but is long term; or as high in the biomedical gaze, healing hegemonic apparently "solving" the short term.

It is precisely these, immediacy, technology and techno-bureaucracy, what separates us from the other more and more, creating a bigger gap between suffering and who has the knowledge, making its impersonal and operational relationship.

Health professionals in addition to addressing the various points regarding your area, require a transdisciplinary view that allows them to reflect, criticize and make suggestions on a problem within a particular context, to the three levels: micro, meso and macro, from common sense, as it is under a real, philosophical, inclusive, proactive, and responsible social environment, where it intends to exercise or practice, unchecked economic or political structure to stain the organization of these human resources for health look. All this in an effort to steer towards the humanities and social growth, community partnership, where the practitioner does not follow dogmatic gold standards of the profession; necessary and prudent to start with the introduction of curricula toward humanization, collective work, social participation, inclusion, sustainability and planning from a transdisciplinary approach.

Keywords: Health Professionals, Social Marginalization and Education.

Introducción

Actualmente en México, existe una gran incoherencia entre las metas propuestas para la formación de recursos humanos para la salud y la realidad en la que se debate la población mexicana, nos referimos a la gran masa de mexicanos que vive una situación de marginación, inaccesibilidad a servicios básicos y además, de estigmatización social. Esta población contiene una dinámica social de reproducción de inequidades universales básicas, y la respuesta desde la academia e institutos en salud, es fomentar la creación y domesticación de recursos humanos para la salud completamente curativos, biomédicos con formación hospitalaria-mercantil en uso de medicamentos y tecnologías nuevas, así la enfermedad con sus estadios subclínicos se convierte en enseñanza y es transformada en el enemigo número uno de los cientistas en salud, se desconoce y se hace a un lado los elementos del sentido común de las colectividades, su cultura, su usos, sus valores, tareas cotidianas, sus traslados, etc.; así los profesionales de la salud en esta época de inmediatez y tecnología borran olvidando al individuo en su colectividad, así el combate a la enfermedad se convierte en una actitud impersonal con arrogancia y prontitud, es así como cada vez más se va delimitando y deformando la función primordial de los recursos humanos para la salud que es la creación de comunidades con colectividades saludables y amigables, desde un enfoque incluyente y participativo.

Las políticas neoliberales han favorecido un mundo excluyente, globalizado, hipermoderno, estigmático y dominador, que conduce a la colectividad a la irremediable conducta del individualismo a través de la acumulación de bienes materiales, y de consumo televisivo no necesarios para la vida pero dictados en derroche de pertenencia social y estratificación, donde la jaula de hierro es el único lugar seguro para calmar las emociones provocadas por el vaivén de la vida. Esto extrapolado a los profesionales de la salud se observa una práctica acartonada, impersonal, fugaz, sin retroalimentación, sin dudas en diagnósticos-prescripciones-indicaciones y pronósticos, el profesional en salud ya sea médico, odontólogo, trabajador social, educador para la salud, etc., está inmerso dentro de una vorágine de autodestrucción donde el individuo se le ha borrado e ignorado al igual que su comunidad y el entorno donde pretendía estar al espera del equipo multidisciplinario en salud, ahora los diagnósticos en salud son creados a partir del caminar de aplicaciones tecnológicas satelitales (GPS), cabe mencionar que ***El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*** es galardonado por el Premio a la Innovación

"Red Hat 2014", en la ***categoría Desarrollo de Aplicaciones***, esta categoría reconoce el aprovechamiento más sobresaliente de metodologías ágiles, el rendimiento global y la instrumentación tecnológica (SEDESOL, 2014), un ejemplo de esta tecnología es: la implementación de dispositivos móviles para llevar a cabo las encuestas, que anteriormente se hacían en papel, redujo el tiempo de respuesta -de 120 minutos a 50- y, al día de hoy, un ahorro de mil 200 toneladas de papel. Este reconocimiento lejos de premiar la acción e implementación de un programa social está premiando la incorporación de tecnología para abatir tiempos de captura en datos, en ese sentido la percepción del pueblo mexicano respecto al impacto de este programa a nivel nacional no existe ya que no se ve reflejado en su realidad.

Las ***escuelas formadoras de recursos humanos para la salud***, deben conciliar un acercamiento a la otredad del pueblo mexicano, ***no quedarse a la espera de lo que dicte la ciencia y las academias como una moda en formación de nuevos profesionales***, debemos ir hacia el entendimiento de la necesidad básicas del colectivo, y en ese sentido se puede explicar y resolver muchos de los problemas que azotan a cada uno de los mexicanos, además se debe fincar un entendimiento transdisciplinario en la formación de nuevos recursos humanos para la salud, puesto que de nada servirá continuar con el perfil epidemiológico biomédico curativo institucionalizado sino recurrimos a la prevención, promoción y educación en salud, puesto que esto será el parteaguas de un empoderamiento y practica comunitaria de estilos saludables, esto en aras de la búsqueda de comunidades saludables y amigables, donde el colectivo y el individuo tengan cubiertas sus necesidades básicas.

¿Por qué mirar el sentido común en la formación de recursos humanos para la salud?

Épocas y décadas de marginación son las que han azotado a México, ahora más que nunca se necesita saber de las necesidades de nuestro pueblo, no las que marcan los indicadores y censos manipulados por el orden hegemónico de las instituciones estatales, la academia debe caminar, recorrer y observar con sentido común a nuestro país no desde una mirada positivista hegemónica controladora, el mirar con sentido común es observar a un fondo de evidencias que comparten las personas que garantiza dentro de su universo social el diálogo, el conflicto, la competencia y los comportamientos cotidianos, los cuales manifiestan oposiciones como malo/bueno, válido/inválido, correcto/incorrecto, entre otros. Con esto se garantiza un cierto ordenamiento de la organización de la sociedad, y al mismo tiempo que da un orden social (Bourdieu, 1988).

El sentido común actúa como una estructura-estructurante, donde observar lo cotidiano es ver el Mundo Operandi, de ahí que desde las academias, colegios e universidades se debe transitar desde las colonias del centro de las ciudades hacia las periferias y viceversa. No debemos olvidar que todos estamos dentro un espacio en común, que nos une como país, como sociedad y como individuos planetarios, no estamos solos en este vaivén de traición, pobreza y marginación nacional, se debe mirar con sentido común las estructuras ***Macro*** donde las gestiones políticas, educativas, económicas y sociales determinan una dinámica social donde su intervención decae sobre los aspectos ***Meso*** de nuestras instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, donde a partir de arbitrajes educativos se toman decisiones en la formación de los nuevos recursos humanos para la salud, que terminaran en el aspecto ***Micro*** donde nuestro pueblo pobre, marginado y atado de manos está en espera de una salida a esta desesperanza social, y nuevamente es sometido a las indicaciones, gestiones y políticas que el Estado ha

determinado para este. Bajo este tenor la colectividad es borrada en este sentido común de práctica social de beneficio común y derecho universal, no hay voz, no hay un sentido común que mire, sienta y observe las necesidades reales de la colectividad y el individuo. Acto seguido la academia e universidades bajo órdenes, metas, objetivos y compromisos, obtenidos por el Estado y pragmatizados por la academia y los institutos en salud; la colectividad continua en un México de amor y olvido, en ese sentido ***la propuesta para la formación de recursos humanos para la salud debe ser a partir de las necesidades colectivas de nuestro pueblo y no de las decisiones tomadas a partir de los indicadores hegemónicos en salud del país, esto es caminar entre el pueblo y mirar la realidad social innegable de nuestra situación, y así poder tomar el camino correcto y formar recursos humanos para la salud con un enfoque real, correctivo, crítico, sustentable, practico y transdisciplinario***.

La percepción del sentido común con que se vive en México, es una hoja calca-simétrica entre lo individual y lo colectivo donde la complejidad del momento hace que se manifiestan factores que cada día fragmentan y despersonalizan a los individuos del colectivo, la comunidad donde se fundaban identidades, cultura, valores, apropiaciones, trabajo, cogidos y significados, se ha transformado a comunidades impersonales llenas de angustia, ansiedad (Cruz, 2014), depresión (trastornos emocionales de un pueblo con anomia social), marginación, ignorancia, sometimiento y olvido. Ahora el individuo se encuentra solo en su comunidad, se le ha fragmentado y sometido, en su comunidad no pude crear o ser participe porque sus elementos de participación comunitaria han sido arrebatados por el Estado y las Academias, donde en foros nacionales y con opiniones internacionales se deciden las políticas de los individuos y la colectividad sin poder estos ser participe socialmente, al parecer desde la Academia se le han arrebatado sus derechos a las comunidades por no poder participar como entes de un lugar y paseantes del mundo, en las necesidades reales que viven a diario, que respiran, lloran y sienten, emociones de la marginación social que los convierte en fantasmas del olvido.

Desde las academias y universidades se debe resolver, formar y mostrar a los nuevos recursos humanos para la salud la realidad reciente del México actual, desde una mirada compleja que refleje la complejidad de nuestro pueblo, en un mirar que sea individual, colectivo y cambiante, actualmente ***los nuevos recursos humanos para la salud han quedado a merced de necesidades de sectores económicos, a merced de una educación biologicista, reductible y especializada, privada de toda crítica a esta cosmovisión de sociedad medicalizada,*** a parecer las grandes estrategias para un desarrollo nacional, han quedado irremediablemente a gestión educativa de matrículas nuevas y tradicionales del bloque capitalista de los servicios en salud, donde lo patológico y la enfermedad es el desafío a vencer desde la medicalización, hospitalización y curación, desprestigiando así a todas aquellas licenciaturas con enfoque socio-medico, se quedan a un lado los currículos de prevención, promoción y educación para la salud, ***donde el enfoque es el crear una sociedad de conocimiento donde el empoderamiento colectivo e individual se convierta en la herramienta vital que mueva al mundo***. Ha quedado en el olvido lo más vital del desarrollo social de la humanidad la necesidad básica, aquella que ha movido, motivado e impulsado al ser humano a vivir en él y del planeta.

El desafió es echar un vistazo a los ejes hegemónicos que construyen y salvaguardan la educación superior, ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior), esta institución lleva más de 65 años al servicio de la educación superior en México, esta analiza, certifica, recomienda y construye recomendaciones

educativas para el México del futuro desde grandes ejes estratégicos: ***cobertura*** (acceso a estudiantes a una carrera universitaria), ***apoyo a estudiantes*** (becas de permanencia escolar), ***carrera académica*** (profesionalización y reconocimiento económico a la planta docente), ***evaluación de la calidad educativa*** (evaluación de impactos educativos –matricula-infraestructura-profesorado con niveles académicos-), ***vinculación*** (con empresas tecnológicas, con instituciones educativas nacionales como internacionales, en la búsqueda de vincular el entorno para responder a lo que la sociedad espera de ellas), ***financiamiento*** (presupuestación plurianual tomando en cuenta las particularidades de cada institución educativa), ***transparencia*** (fiscalización de recursos con uso eficaz) (Fernández, 2014); cabe mencionar que en ningún eje estratégico importa la necesidad primordial de la colectividad mexicana, todo es movido a través y entre necesidades económicas globales e urgencias de competitividad internacional, se debe examinar y no perder de vista las grandes necesidades de nuestro pueblo Mexicano (Narro, 2014), desde una mirada transdisciplinaria de la problemática actual y futura, debe darse respuesta mediata e inmediata a la consolidación de un proyecto nacional, que incluya la participación social de la colectividad en todas las esferas, puesto que es una irresponsabilidad continuar creando nuevas matrículas y nuevos centros universitarios, sin una mirada de participación social incluyente, y plural, donde la necesidad este expuesta en lo colectivo e individual de nuestro querido pueblo.

Profesionales Para la Salud en un país con pobreza extrema.

México alcanzo en 30 años de políticas de corte neoliberal, un 78.1% (93 millones) de pobres en todo el territorio mexicano (Ángeles, 2014; Boltvinik, 2004), ahora medida de manera multidimensional –alimentaria, capacidades, patrimonio- y al final pobreza con marginación es lo que azota el territorio nacional; la respuesta por parte del Estado, ha sido, es y será fragmentada, paliativa y sin sustentabilidad, así podemos mencionar en ese tenor, la campaña de ***Cruzada Contra el Hambre*** (Peña, 2012), delimitada a otorgar alimentos en 500 comedores a nivel nacional, esta campaña dio su banderazo de salida en el 2013 ***con esto se pretende abatir la pobreza alimentaria de 11 millones de mexicanos*** (La Jornada, 2014) para el 2015, como compromiso del Milenio, aunado a lo anterior la falta de transparencia con la que en ocasiones se han operado los programas conlleva a fraudes cuantiosos en esta ***Cruzada Contra el Hambre*** (Román, 2014) donde la marginación y la pobreza sigue en aumento, como se pretende continuar con programas sin sentido sustentable y participativo, el reconocimiento de la marginación en México no es suficiente, en realidad se debe ir más allá: si no se eliminan las causas de la pobreza, marginación, penurias, miseria social, y el hambre difícilmente se podrán resolver los enormes desafíos que persiguen y azotan a la gran mayoría de los mexicanos.

En esa misma línea, respecto a salud encontramos que cada año en México 931 mujeres dieron a luz fuera de un hospital o nosocomio sin atención medica básica (Cruz, 2014), se mencionan algunos factores como: falta de personal médico, espacio asistencial, accesibilidad al servicio o negligencia médica (Pacheco, 2013), pero en conclusión basta observar afuera de un hospital materno infantil en México, las largas filas de espera de mujeres parturientas en las inclemencias del sol, lluvia, smog, sin alguien quien les pueda orientar en ese espacio respecto a su necesidad básica de ese momento que es la incertidumbre de una atención medica de calidad y mediata, donde además se agregan por parte del personal médico y no médico, una atención medica con maltrato y vejación durante, trans y pos del parto (Olivares, 2014), no basta tener más recursos humanos para la atención medica curativa y hegemónica, ni tampoco basta con tener procuradores

o comisiones del servicio médico de parto seguro (Leal, 2014), falta dar respuesta desde la prevención, promoción y educación en salud a esta problemática del siglo XXI en el México de los lamentos y culpables, porque es así en este tenor que el país se mira catastrófico desde el principio de sus orígenes, e imaginar cómo se está llegando a este país con dificultades, deflagraciones, colisiones y terror, así la mujer y su descendencia con el embarazo, parto y nacimiento, vive entre inauditas dilapidaciones de un final implacable y en un desorden con vacío inconmensurable.

Cabe comentar, que las ***políticas en salud*** que están en la misma dirección de las academias e universidades respecto a la ***formación de recursos humanos para la salud***, guardan una orientación completamente biologicista que descansa sobre los datos e indicadores de la epidemiologia nacional como internacional, en México la tendencia de la morbilidad esta entre infecciones respiratorias, urinarias y gastrointestinales, así la mortalidad entre infartos, complicaciones de diabetes mellitus y tumores malignos (SSA, 2014), esta identificación de enfermedades y muerte hace que se planifique y estructure todo aquello que gira alrededor de las políticas en salud desde una mirada acotada reduccionista curativa y hegemónica, este perfil epidemiológico del México actual solo se puede interpretar a través de la ***epidemiología de la pobreza*** la cual es consecuencia de una exposición constante y repetida de marginación, miseria, olvido y pobreza (Evanz, 1996; Dieterlen, 2003), en este México el padecer con el sufrimiento se canaliza de manera biomédica hegemónica curativa a los hospitales públicos y privados, generándose a través de esta epidemiología una estructura económica de activos constante lucrativa y de inversión segura, toda esta complejidad tiene un origen que despierta intereses pero no genera eco en el Legislativo, los ***Determinantes Sociales que son responsables directos e indirectos de esta epidemiología de la pobreza,*** son vistos como elementos unicausales que son fragmentados para su estudio y resolución, México predispone para su combate y lucha de un aparto económico lucrativo transnacional de interés particular en salud, no se buscan alternativas en la ***prevención, promoción y educación en salud del pueblo mexicano***, puesto que estas alternativas probablemente romperían con todo un esquema económico en salud.

Es por esto que se debe incorporar a la visión de conformación y formación de recursos humanos para la salud por un lado, la ***cuestión cultural y su contexto*** de las comunidades, se debe estudiar, respetar, reproducir, analizar sus problemáticas locales y aquellas de ámbito regional, se debe proteger los saberes, signos significados, prácticas y valores de la colectividad desde un enfoque transdisciplinario, puesto que si se continua con el enfoque tradicionalista epidemiológico en salud hegemónico curativo no se podrá resolver toda la gran problemática que azota al pueblo mexicano, por otro lado, ***una mirada real, filosófica, incluyente, propositiva, y responsable del entorno social*** donde se pretende ejercer o practicar, sin controles de estructura económica o política que manchen la organización de estos recursos humanos para la salud, en ese tenor, ***la construcción del imaginario profesional***, debe ser hacia el crecimiento humanístico y social, de coparticipación comunitario, donde el profesionista no siga estándares de oro dogmáticos de la profesión, no construir profesionistas preocupados por obtener ingresos económicos y un buen trabajo con excelente oficina, debemos fomentar profesionistas que resuelvan la problemática de la colectividad desde una manera popular, humanística y de prevención en salud; ***aunque cumplamos con el indicador internacional en salud de la Organización Mundial de la Salud*** (OMS***) en el ámbito de recursos humanos para la salud*** de 4 médicos por 1000 o 23 por 100,000 (OMS, 2011; Diario Medico, 2009), no podremos combatir y abatir toda la epidemiología en pobreza desde una mirada hegemónica biomédica curativa, puesto que esto que azota a un pueblo va más allá de

diagnósticos, pronósticos, prescripciones o recomendaciones; sino se combaten de fondo los orígenes sociales de esta inequidad colectiva continuaremos con individuos altamente vulnerables y comunidades complementarte violentas, marginadas y olvidadas; las alternativas están alrededor de nosotros es necesario y prudente iniciar con la incorporación de currículos hacia la humanización, el trabajo colectivo, la participación social, la inclusión, la sustentabilidad y la planeación desde un enfoque transdisciplinario.

Conclusión

No existe una receta mágica ni una planeación estratégica perfecta, para la formación de recursos humanos para la salud, solo se tiene que trabajar sobre la decisión más apropiada para el contexto social donde existe una colectividad que tiene ciertas características que las hace únicas, no se debe depender de la disponibilidad de datos exclusivamente epidemiológicos dogmáticos, sin que estos tengan inmersos una mirada desde los determinantes sociales, es por esto que la comunidad requiere de profesionales con mirada popular, humanística, de organización comunitaria, de participación social, con enfoque preventivitas, de promoción y educación para la salud, filosófica, cultural, que además se apoyen de otras disciplinas para la resolución de problemas colectivos (Casas, 2014), todo esto en la ***búsqueda de colectividades en ciudades y comunidades amigables y saludables***.

PREVENIMSS EN ESCUELAS Y UNIVERSIDADES, 10 AÑOS DE DESARROLLO EN MÉXICO

Aguirre Mendoza Beatriz Nohemi[1]; Rodríguez García Julia del Carmen[1]; Silva Batalla Anabel[1]; Morales Humberto Hernandez[1].

1. Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN
En 1995 la Organización Panamericana de la Salud establece la “Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud”, que procura el fortalecimiento de los sectores de salud y de educación para promover la salud, el bienestar y la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, padres, profesores y otros miembros de la comunidad. En México, en el marco de esta iniciativa con la publicación del Decreto presidencial de 1998, se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, los estudiantes de nivel medio superior y superior de escuelas públicas. En el año 2004 se implementa la estrategia PREVENIMSS en Escuelas y Universidades, con el objetivo de acercar a los alumnos las acciones de salud preventivas establecidas en la Cartilla Nacional de Salud otorgándolas en el escenario de los planteles escolares. Las actividades iniciaron con la Universidad Nacional Autónoma de México, en 2008 se incorporó el Instituto Politécnico Nacional y paulatinamente otras Universidades. Debido al éxito, desde el año 2010 las 35 delegaciones del IMSS desarrollan la estrategia.
Para establecer los acuerdos con las escuelas y universidades públicas, el IMSS promueve la suscripción de Convenios de Colaboración, lo que ha permitido una adecuada coordinación con las Instituciones Académicas.
2, 891, 499 alumnos recibieron acciones preventivas en 35 delegaciones IMSS, en el período de 2004 al primer semestre del 2014, en los últimos tres años se realizaron en promedio 1, 000 visitas anuales a diferentes planteles en el país.

In 1995, the Pan American Health Organization established the "Initiative for Health Promoting Schools", which seeks to strengthen the areas of health and education to promote health, well-being and quality of life of children, adolescents parents, teachers and other community members. In Mexico, as part of this initiative with the publication of Presidential Decree 1998, are incorporated into the Social Security regimen obligatory, students in higher secondary and higher public school. In 2004 the strategy PREVENIMSS in Schools and Universities is implemented, with the aim to bring students of preventive health actions set out in the National Health Card at the scene of the schools. The activities began with the National Autonomous University of Mexico, in 2008 the National Polytechnic Institute and gradually joined other universities. Due to the success, since 2010 the 35 delegations IMSS develop the strategy.
To set the agreements with the public schools and universities, the IMSS promotes subscription of Collaboration Agreements, allowing proper coordination with academic institutions.
2 891, 499 students received 35 delegations preventive actions IMSS, in the period of 2004 to the first half of 2014, in the last three years 1 000 annual visits to different schools in the country were performed on average.
Palabras claves: Acciones preventivas, estudiantes, México

INTRODUCCIÓN

En 1995 la Organización Panamericana de la Salud establece la “Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud**”**, que procura el fortalecimiento de los sectores de salud y de educación para promover la salud, el bienestar y la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, padres, profesores y otros miembros de la comunidad.

En México, acorde con esta iniciativa, se publica en 1998 en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial mediante el cual se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social a los estudiantes de nivel medio superior y superior de escuelas públicas, a través del proceso de afiliación al seguro del estudiante que debe realizar este sector educativo para garantizar el derecho a las prestaciones médicas y preventivas de sus alumnos.

Con esta base legal, en el año 2004 se implementa la estrategia PREVENIMSS en Escuelas y Universidades, con el objetivo de acercar a los alumnos las acciones preventivas de salud establecidas en la Cartilla Nacional de Salud en el escenario de sus propios planteles escolares.

La estrategia inició con la Universidad Nacional Autónoma de México, en el año 2005, en virtud de la aceptación y beneficios obtenidos, se propuso desarrollarse en todo el país, en 2008 se incorporó el Instituto Politécnico Nacional, actualmente las 35 Delegaciones del IMSS trabajan con escuelas públicas de nivel medio superior y superior. Entre las modalidades de atención que se llevan a cabo están la denominada fase intensiva (en la etapa de inscripción o cercana a esta), la instalación de un módulo PREVENIMSS en planteles y la atención programada de los alumnos en Unidades de Medicina Familiar cercanas.

Con la participación conjunta de personal IMSS y de las instituciones educativas, las acciones que se otorgan son: entrega de Cartilla Nacional de Salud, promoción a la salud, medición de peso y talla con evaluación del estado nutricio, detección de defectos visuales, dotación de condón con la explicación del uso correcto, enseñanza de técnica de cepillado dental con dotación de cepillo dental y pastilla reveladora de placa dentobacteriana y vacunación de acuerdo al esquema vigente.

PREVENIMSS promueve la celebración de Convenios de Colaboración con las Escuelas, circunstancia que da respuesta al derecho señalado en el artículo 4° del Decreto

Presidencial mencionado, con el propósito de favorecer una adecuada coordinación y corresponsabilidad con las instituciones Académicas.

MÉTODO

Estudio descriptivo que presenta los fundamentos legales y la información del año 2004 al primer semestre del 2014, del número de estudiantes de primer ingreso atendidos y beneficiados, acciones preventivas otorgadas y los planteles visitados en las 35 Delegaciones del IMSS.

RESULTADOS

2, 891, 499 alumnos recibieron acciones preventivas en 35 delegaciones IMSS, en el período de 2004 al primer semestre del 2014. A partir del 2011 se identifican por subgrupos de edad, el 81.96 % de 14 a 19 y el 19.04%, de 20 y más años.

La estrategia ha sentado un precedente en el país, la participación de las instituciones educativas ha aumentado gradualmente, en los últimos tres años se realizaron en promedio 1, 000 visitas anuales a diferentes planteles en el país.

En el año 2013 se trabajó en 750 escuelas de nivel medio superior y en 177 del nivel superior. Más de 50 Universidades Autónomas e Institutos Tecnológicos del país se han incorporado a PREVENIMSS como las Universidades de Aguascalientes, Colima, Durango, Cd. Juárez, Hidalgo, Guadalajara, entre otras.

Acorde con los lineamientos del Consejo Nacional de Vacunación del Sistema Nacional de Salud, en estos diez años se aplicaron diferentes biológicos, la vacuna contra sarampión y rubéola hasta el año 2010, hepatitis B hasta el año 2013 y toxoide tetánico diftérico que continua vigente. En esta década se actualizó el esquema vacunal con la aplicación de uno o más de estos biológicos hasta en un 60 % de la población estudiantil aproximadamente.

Se estima que al menos el 95 % de los estudiantes recibió dotación acompañada de la información del uso correcto de condones, de cepillos dentales y de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.

Un aspecto a descartar es la vinculación a partir del año 2011 con la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (REMUPS), que impulsa el desarrollo de PREVENIMSS en el ámbito escolar.

DISCUSIÓN

“PREVENIMSS en Escuelas y Universidades”, representa una estrategia eficaz para acercar los servicios preventivos a la población adolescente que no acude a las unidades médicas. Desde su implementación en el año 2004 ha tenido gran aceptación y presenta resultados positivos.

La estrategia ha sentado un precedente en el país que contribuye al objetivo planteado por la Organización Panamericana de la Salud para la región de las Américas, a través de su iniciativa “Escuelas Promotoras de la Salud”.

A largo de una década los esfuerzos dirigidos a ampliar la atención preventiva para adolescentes en instituciones educativas, han redituado en un incremento gradual del número de alumnos que reciben este beneficio, se favorece un primer contacto de los estudiantes con el IMSS que reciben información esencial para tomar decisiones acerca de su salud. El acercamiento a la seguridad social de una población que en un futuro se incorporará a la clase trabajadora, añade un elemento extra en la prevención de enfermedades crónicas degenerativas y de incapacidades derivadas de éstas, lo que significa una inversión en salud, representando un beneficio adicional.

El reto actual es tener mayor cobertura de estudiantes afiliados al IMSS, fortalecer el componente educativo en salud, principalmente orientado a la disminución y control del sobrepeso y la obesidad, mediante la promoción de la alimentación correcta, la práctica

cotidiana de actividad física y consumo de agua simple potable, es necesario fortalecer la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual y la prevención de las adicciones, como temas relevantes que afectan la salud de los adolescentes.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Acosta Gutiérrez María Nayeli[1], Rodríguez García Julia del Carmen[1], Lara Flores Norma[2], Sánchez Rodríguez María Cristina[1], Aguirre Mendoza Beatriz Nohemi[1], Guevara Mejía Gerardo[1]

[1]Instituto Mexicano del Seguro Social
[2] Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

RESUMEN: Los alumnos de escuelas públicas de nivel medio superior y superior por decreto presidencial tienen derecho al régimen ordinario del Seguro Social, PREVENIMSS en Escuelas y Universidades, estrategia de cobertura y corresponsabilidad con instituciones educativas otorga acciones preventivas a los estudiantes en los planteles educativos, de estas la evaluación nutricional es fundamental. OBJETIVO: Identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de nuevo ingreso de nivel superior de la UAM Xochimilco 2014. MÉTODOS: Estudio descriptivo de prevalencia de sobrepeso y obesidad, mediante la medición de peso y estatura se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) con los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud de 1997 para 20 y más años de edad y 2007 para 10 a 19 años de edad. El análisis estadístico con el paquete SPSS 17.0. RESULTADOS: Total de alumnos 1,261, 44% hombres (556) y 56% mujeres (705). Rango de edad, 17 a 51 años, media de 20.5 años. Prevalencia de sobrepeso: 24.33%; obesidad 11.67%. Según género, los hombres, presentan mayor prevalencia de sobrepeso (25.54% vs 23.12%) y de obesidad (13.13 vs 10.21%). DISCUSIÓN: La prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada es de 36%, similar a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (35%) y al informe de prevalencia en el IMSS 2013 (37.6%) en adolescentes. Se recomienda seguimiento para el control de los alumnos con sobrepeso y obesidad y fortalecer la promoción de la alimentación correcta, práctica diaria de actividad física y consumo de agua simple potable.

ABSTRACT: Students in public schools and higher average level by presidential decree entitled the regular Social Security system, PREVENIMSS in Schools and Universities, hedging strategy and responsibility with educational institutions preventive action grants to students in the college, nutritional assessment of these is essential. OBJECTIVE: To identify the prevalence of overweight and obesity in freshmen higher level of UAM Xochimilco 2014. METHODS: Descriptive study of prevalence of overweight and obesity by measuring weight and height Body Mass Index (BMI) was calculated using the cutoffs of the World Health Organization 1997 for 20 and older and 2007 to 10 to 19 years old. Statistical analysis using the SPSS 17.0 package. RESULTS: A total of 1,261 students, 44% male (556) and 56% female (705). Age range 17-51 years, mean 20.5 years. Prevalence of overweight: 24.33%; 11.67% obesity. By gender, men have a higher prevalence of overweight (25.54% vs 23.12%) and obesity (13.13 vs 10.21%). DISCUSSION: The prevalence of overweight and obesity is found in 36%, similar to that

reported in the National Health and Nutrition Survey 2012 (35%) and to report on the prevalence IMSS 2013 (37.6%) in adolescents. Monitoring for the control of overweight and obese students are recommended and strengthen the promotion of proper nutrition, daily physical activity and consumption of plain water.

Introducción

Los alumnos de escuelas públicas de nivel medio superior y superior por decreto presidencial tienen derecho al régimen obligatorio del seguro social, PREVENIMSS en Escuelas y Universidades es una estrategia de ampliación de cobertura y corresponsabilidad con las instituciones educativas para otorgar a los estudiantes acciones preventivas, incluidas en la Cartilla Nacional de Salud en los planteles educativos, la evaluación nutricional es una de las acciones fundamentales, en congruencia con la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial que ha mostrado un incremento importante durante los últimos años, por lo que es considerado actualmente un problema de salud pública por sus implicaciones en la salud. Es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, entre otras. En los adolescentes además tiene efectos psicológicos como baja autoestima y sociales como maltrato escolar (conocido como bullying), entre otros

Las principales causas asociadas al incremento de la obesidad son una alimentación caracterizada por exceso consumo de alimentos con alta densidad energética, principalmente a expensas de grasas y azúcares simples, así como poca o nula actividad física.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, refiere una prevalencia de 35 % de sobrepeso y obesidad en adolescentes, y en año 2013 en el IMSS es de 37.6% según el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS).

Los estudiantes universitarios, son jóvenes en un periodo de crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social, susceptibles a la información y a la influencia del ambiente en él se exponen al consumo del alimentos con alta densidad energética y a la baja actividad física. Mediante una valoración y una intervención educativa nutricional se puede favorecer a la adopción de hábitos saludables en este grupo.

El objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de nuevo ingreso de nivel superior de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco del 2014.

Método

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia de sobrepeso y obesidad de estudiantes de primer ingreso a nivel superior en la UAM, en mayo del 2014, personal de la licenciatura de Nutrición de la UAM realizó medición de peso en Kg y estatura en metros. Se validó y depuró la base de datos. Se calculó el índice de masa corporal (IMC), previa estratificación según grupo de edad para la aplicación de los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud de 1997 en 20 y más años de edad y de 2007 en 10 a 19 años de edad. Se hizo el análisis estadístico con el paquete SPSS 17.0.

Resultados

El total de alumnos fue de 1,261, de estos 556 fueron hombres (44%) y 705 mujeres (56%). El rango de edad fue de 17 a 51 años, media de 20.5 años.

La evaluación del estado de nutrición según IMC fue de 47 (3.7%) de Bajo Peso, 764 (60.3%) Normal, 305 (24.3%) de sobrepeso y 145 (11.67%) de obesidad. Por género los

hombres presentaron una prevalencia de sobrepeso y de obesidad de 25.54% y 13.13% respectivamente; las mujeres presentaron una prevalencia de 23.12% sobrepeso y 10.21% de obesidad.

Discusión

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los estudiantes de nuevo ingreso a la UAM es de 36% similar a lo reportado en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (35%) y en el informe de prevalencia del IMSS 2013 (37.6%).

Por género la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en los hombres, datos que difieren con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, en la cual es mayor la prevalencia de sobrepeso en mujeres y coincide con la prevalencia mayor de obesidad en hombres.

Ante el grave problema que significa el sobrepeso y la obesidad, la evaluación nutricional es necesaria para identificar la población en riesgo en el grupo adolescente para promover en los estudiantes y en los planteles educativos la alimentación correcta a través de la oferta de menús saludables en cafeterías y restaurantes de los planteles y promover la práctica de la actividad física a través de las actividades deportivas o la implementación de la estrategia educativa Pasos por la Salud, así como favorecer el consumo de agua simple potable mediante la instalación de bebederos.

PREVALENCIA DE SOBREPESO U OBESIDAD EN ALUMNOS DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DEL CICLO 2013A A UN AÑO DE SU INGRESO.

Autores: Ma. Del Refugio Cabral de la Torre, José Alfredo Preciado Aguiar, Luis Francisco Padilla Gómez, Leticia Carolina Hernández Esparza, Israel Núñez González.

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Programa PrevenCUCS-Unidad de Atención Primaria a la Salud Universitaria

Resumen: La obesidad en adolescentes es un problema de salud pública que va en aumento en México. En los últimos años se ha observado en la población del Centro Universitario de Ciencias de la Salud un incremento de sobrepeso y obesidad alarmante, sin embargo continúa sin definirse la prevalencia, la carrera ni el género más afectado. A partir de esto, en el 2008 en la universidad de Guadalajara, dentro del Centro Universitario de Ciencias de la Salud se comenzó con la implementación de la estrategia del programa PREVEN-IMSS por parte el módulo de Enfermería Preventiva nombrándolo como PREVENCUCS. Con el fin de identificar la prevalencia de sobrepeso y/u obesidad de los alumnos ingresados en el periodo 2013A se llevó a cabo un estudio observacional transversal analítico de datos de antropometría. La población estudiada se conformó de 792 estudiantes, de los cuales 526 (66%) corresponden al género femenino y 266 (34%) al masculino; y cuyas edades oscilaron entre 15 y 47 años. El equipo de investigación acordó tomar una muestra del 10% de cada carrera del total de la población inicial (792) con una muestra de 79 personas elegidas al azar de los cuales 39 presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad teniendo como antecedente un IMC normal o sobrepeso en el primer contacto representado un aumento del 4.92% en sobrepeso u obesidad del total de la población principalmente en las carreras de enfermería, psicología, médico cirujano y partero y odontología.

Summary: The obesity in adolescents is a public health problem that is increasing in Mexico. In recent years it has been observed in the Centro Universitario de Ciencias de la Salud population an alarming increase of overweight and obesity, however still not defined the prevalence, the most affected race or gender. From this, in 2008 at the Universidad de Guadalajara, at this center, began with the implementation of the program strategy PREVEN-IMSS by naming him PREVENCUCS by Preventive Nursing module. In order to identify the prevalence of overweight and / or obese students admitted in the period 2013A conducted an analytical cross-sectional study of anthropometric data. The study population was formed of 792 students, of whom 526 (66%) are for the female and 266 (34%) were men; whose ages ranged between 15 and 47 years. The research team agreed to take a 10% sample of each stroke of the total initial population (792) with a sample of 79 randomly selected the 39 which showed some degree of overweight or obesity having as antecedent normal BMI or overweight in the first contact represented an increase of 4.92% in overweight or obese people of all races mainly in nursing, psychology, medical and dental surgeon.

Introducción

La obesidad es una enfermedad neuroquímica, crónica, recidivante, evolutiva y potencialmente mortal, caracterizada por el aumento porcentual de la cantidad de tejido adiposo para el sexo y la edad. La obesidad en adolescentes es un problema de salud pública que va en aumento en México ubicándolo ya en los primeros. Las causas de obesidad están ligadas a cambios socioeconómicos, geográficos y tecnológicos asociados a cambios adaptativos del ser humano relacionados con la carga de trabajo y adquisición de mayor cantidad de alimentos y por accesibilidad de bajo aporte energético. Estos factores causa en los individuos una tendencia a sufrir sobrepeso y/u obesidad a temprana edad.

En México también son alarmantes los índices de obesidad en adolescentes y adultos, especialmente en mujeres. El inmenso número de obesos en México (al menos unos 37 a 40 millones, más de 60 millones en Estados Unidos y 1,700 a nivel mundial) requieren disponer de medios, de medicamentos más baratos, o ambos; más seguros y con un alto índice de efectividad como son los utilizados para campañas contra el tabaquismo o el SIDA y las medicinas o aparatos usados en salud reproductiva y planificación familiar. La prevalencia de sobrepeso en los niños en edad escolar, donde hay información, se sitúa entre 25% y 30%.
La obesidad se distribuye de manera diferenciada por género y clase social. Las mujeres tienen tasas de obesidad mayor que los hombres y también que existe una relación negativa con la clase social, más pronunciada entre las mujeres.

El sedentarismo, especialmente en las ciudades, es uno de los factores que favorece la obesidad en el mundo. En la Región de las Américas no es frecuente la actividad física regular, particularmente en los sectores de menores ingresos. Tener un familiar en primer grado con obesidad, ser sedentario y ser uno de los hijos menores, son factores que pueden identificar a aquellos niños con alta probabilidad de presentar sobrepeso y un exceso de grasa corporal.

Ante esta epidemia mundial, en el trabajo clínico y en los estudios de investigación ha cobrado relevancia la medición del índice de masa corporal (IMC, peso en kg/talla en m2) para estimar el sobrepeso y la obesidad general, y la circunferencia de cintura para determinar la obesidad central (grasa subcutánea, abdominal y retroperitoneal). La razón fundamental es que la obesidad general y central determinan otras comorbilidades como

diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares, causantes de los mayores problemas de salud en los adultos.

El diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso corporal en edades tempranas y su corrección sería una estrategia para evitar la obesidad con sus enfermedades asociadas en la vida adulta. La caracterización de la obesidad en la adolescencia ayudaría a identificar variables relacionadas con la obesidad como son los estilos de vida inadecuados.

Respecto a la población adolescente la prevalencia de sobrepeso fue mayor en las mujeres (23.3 vs. 21.2%); por el contrario, la obesidad fue ligeramente mayor en los adolescentes de sexo masculino. Cabe resaltar que la obesidad se incrementó de acuerdo con el gradiente de edad en las adolescentes, de 7.5 a 10.3%. La tendencia de presentar obesidad en las adolescentes mayores de 15 años fue más frecuente de acuerdo ENSANUT 2006.

En los últimos años se ha observado en la población del Centro Universitario de Ciencias de la Salud un incremento de sobrepeso y obesidad alarmante, sin embargo continúa sin definirse la prevalencia, la carrera ni el género más afectado. Debido a las exigencias de las carreras en el centro universitario, creemos que este es el factor principal que induce el sedentarismo y ansiedad en la población, promoviendo una alta ingesta calórica sin un control nutricional de apoyo. Motivo por el cuál mediante este estudio se obtuvo una base de datos que llevó acabo un monitoreo del estado nutricional de los alumnos que ingresaron a este centro en el periodo 2013A al 2014A y valorar los cambios en el índice de masa corporal en este periodo.

A partir del año 2002 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció una serie de estrategias para la promoción y prevención de enfermedades características de grupos de edad, nombrándolo como PREVENIMSS.

A partir de esto, en el 2008 en la universidad de Guadalajara, dentro del Centro Universitario de Ciencias de la Salud se comenzó con la implementación de esta estrategia por parte el módulo de Enfermería Preventiva nombrándolo como PREVENCUCS. Estas acciones se han estado realizando con éxito hasta la fecha (2014) dando así un servicio de calidad de este centro universitario.

La antropometría es de gran utilidad para evaluar el estado de nutrición y para cuidar la salud de las personas en los diferentes grupos de edad. Entre los valores antropométricos útiles para este propósito destacan el peso (que mide la masa corporal) y la talla (que mide el crecimiento lineal). La gran aceptación de estos parámetros se debe al mejoramiento de los instrumentos para obtenerlos, tanto en precisión, costo y manejo, como en versatilidad para emplearlos en unidades de salud de primer contacto o en el trabajo de campo.

Método:

Para lograr el objetivo de esta investigación, se recabaron los datos de la población total que ingresó en el calendario escolar 2013 A (enero 2013) para dar continuidad a los lineamientos marcados de vigilancia de la nutrición del programa PREVENIMSS con un total de 1,548 alumnos. A todos ellos independientemente si padecían o no de sobrepeso u obesidad se les ofertó los servicios de nutrición que este programa. En comparación a

un año, se realizó la búsqueda aleatoria de aquellos alumnos que ingresaron en dicho ciclo logrando recabar los datos de 792 alumnos (51% de la población total inicial).
Con el fin de identificar la prevalencia de sobrepeso y/u obesidad de los alumnos ingresados en el periodo 2013A se llevó a cabo un estudio observacional transversal analítico de datos de antropometría como los son la cintura, la talla y el peso corporal con el uso de báscula calibrada con estadímetro, cintas métricas estándar junto la base de datos realizada al inicio y actualizando los datos a un año. Tomando en cuenta como parámetro los siguientes valores:

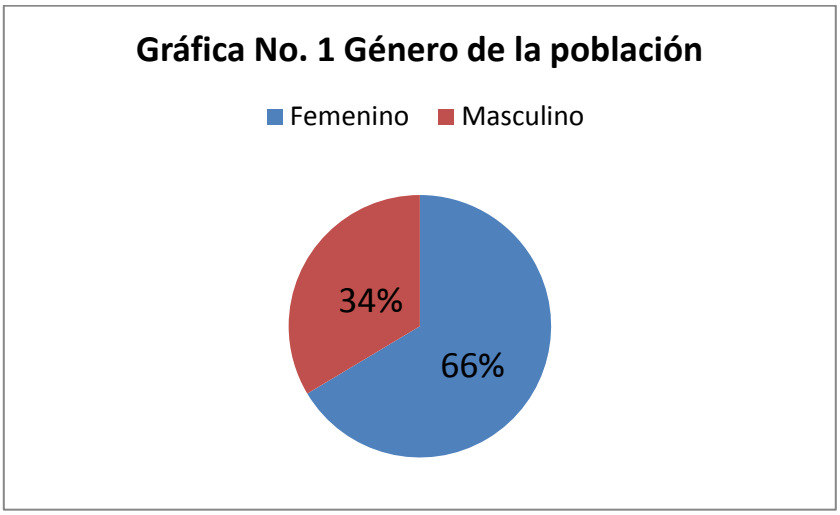
Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
IMC < o = 19.9	IMC 20 – 24.9	IMC 25 – 29.9	IMC > o = 30

De los datos recabados de los 792 alumnos, se les interrogó sobre su asistencia al módulo de enfermería preventiva para recibir asesoría nutricional y de los que afirmaron, se tomó una muestra representativa del 10% del total de alumnos de las carreras de licenciatura en Enfermería, licenciatura en Nutrición, licenciatura en Cirujano Dentista, licenciatura en Medicina, licenciatura en Psicología, licenciatura en Cultura Física y Deportes, carrera de Enfermería, Técnico Superior Universitario en Prótesis Dental, Técnico Superior Universitario en Terapia Física, Técnico Superior Universitario en Seguridad Laboral, Emergencias y Rescates y Técnico Superior Universitario en Radiología e Imagen.
Para determinar la prevalencia de una situación en salud, las referencias bibliográficas en estadísticas sugieren la siguiente formula:

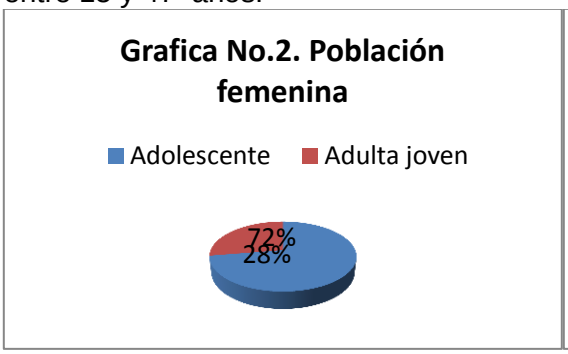
$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de individuos que tienen la enfermedad en un momento especifico x 100}}{\text{Número de individuos de la población en ese momento}}$$

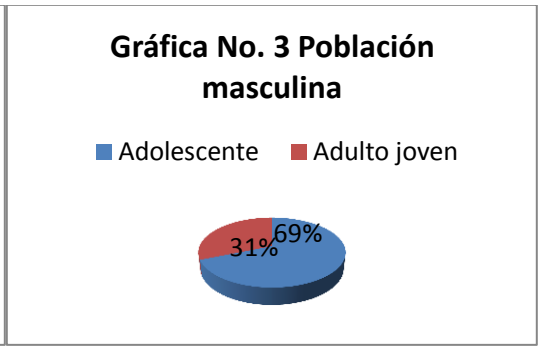
Una vez establecida la muestra, los integrantes de esta investigación se dieron a la tarea de solicitar al Módulo de Enfermería Preventiva del Centro Universitario de Ciencias de la Salud-UDG una base de datos con el total de población y así por medio de los registros elegir a los sujetos. Una vez identificados a los adolescentes se les invitó a participar y se les explicó el propósito del estudio, como medida preventiva anual marcada por los Programa Integrados de Salud del Programa PrevenIMSS.
La medición se llevó a cabo por los responsables del estudio con el apoyo de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que realizaban en el momento sus prácticas comunitarias en dicho modulo con previa capacitación, para registrar los datos de somatometría en el formato proporcionados. Esta tarea se llevó a cabo en el Módulo de Enfermería Preventiva buscando a los sujetos salón por salón y en grupos pequeños para la optimización de tiempo y trabajo de manera individualizada. Los datos se recabaron de manera directa y posteriormente ingresada a una base de tatos de Excel y SPSS. Se obtuvo la edad y género, así como la presencia de sobrepeso y/u obesidad por medio el índice de masa corporal y de hábitos que habían adquirido durante su permanecía en el centro universitario.

Resultados



La población estudiada se conformó de 792 estudiantes, de los cuales 526 (66%) corresponden al género femenino y 266 (34%) al masculino; y cuyas edades oscilaron entre 15 y 47 años.

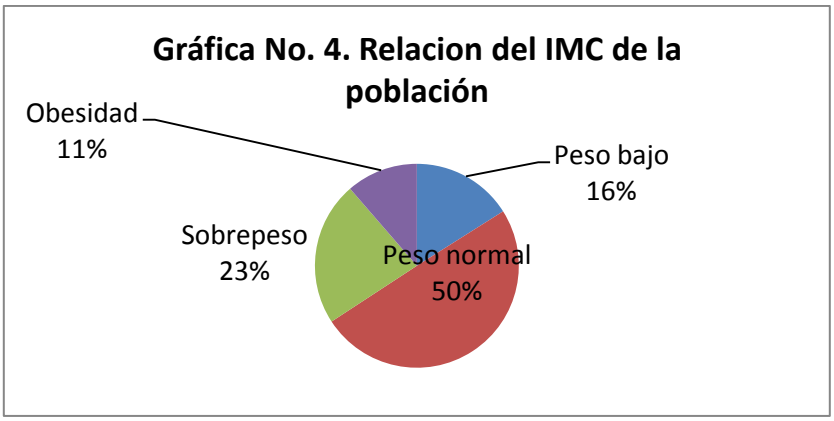




Se agruparon en 2 categorías: adolescentes (15 a 19 años) y adultos jóvenes (20 a 47 años).

Referente al género femenino, encontramos 381 adolescentes y 145 adultas jóvenes; y en el género masculino 183 adolescentes y 83 adultos jóvenes.

El equipo de investigación acordó tomar una muestra del 10% de cada carrera del total de la población inicial (792) con una muestra de 79 personas elegidas al azar de los cuales 39 presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad teniendo como antecedente un IMC normal o sobrepeso en el primer contacto representado un aumento del 4.92% en sobrepeso u obesidad del total de la población principalmente en las carreras de enfermería, psicología, médico cirujano y partero y odontología.



Del total de alumnos y por medio del índice de masa corporal (IMC) se determinó que 181 (23%) alumnos presentaron sobrepeso y 90 (11%) algún grado de obesidad. A estos 271 alumnos se les cuestionó si asistieron a los servicios de asesoría nutricional posterior a la primer intervención de los cuales 90 (33% de estos), que incluían todas las carreras, afirmaron haber acudido.

Discusión

Se registró la presencia de sobrepeso y/u obesidad en las carreras de enfermería, psicología, medicina y odontología lo que obliga a una intensificación de medidas preventivas ante esta problemática mediante asesorías personalizadas y el seguimiento continuo por parte del Programa PrevenCUCS no solo de manera clínica, sino desde los factores que influyen en estos fenómenos que son dañinos para la salud.

Se propone al equipo una formación adecuada al equipo multidisciplinar de este programa para que cada uno contribuya a una atención integral de los usuarios con el propósito de motivar a estos a seguir acudiendo a los servicios de nutrición por medio de una capacitación por parte de instituciones especializantes con evaluaciones continuas. Hacia la atención de los usuarios recomendamos propiciar los servicios de manera integral en el menor tiempo posible facilitando información sobre las enfermedades potenciales y sus medidas preventivas, y motivando la disciplina de los alumnos para seguir las mismas.

PREVALENCIA DE DEFECTOS POSTURALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO. 2013

[1]Miguel Ángel Pirez Lindoro. Lic. Fisioterapia
Programa SU SALUD UAQ. Facultad de Ciencias Naturales UAQ.
[2]Rubén Salvador Romero Márquez (M. Esp., MSP).
Coordinador del programa SU SALUD UAQ y Docente Investigador de la Facultad de Ciencias Naturales de la UAQ.
[3]Margarita de Jesús Teresa García Gasca. Directora y Docente-Investigadora
Facultad de Ciencias Naturales UAQ.
[4]Hilda Romero Zepeda. (M. en C., Ph.D). Docente Investigadora
Facultad de Ingeniería UAQ.
[5]Eustolia Pedroza Lic. Fisioterapia. Lic. Fisioterapia
Facultad de Enfermería UAQ

RESUMEN
Se buscó identificar la prevalencia de defectos posturales en estudiantes de nuevo ingreso a la facultad de ciencias naturales durante el segundo semestre del 2013, mediante un estudio observacional, descriptivo de tipo Transversal. El universo de estudio, correspondió al 100% de estudiantes de nuevo ingreso a la facultad de ciencias naturales durante el segundo semestre del 2013, se incluyeron 180 alumnos de ambos sexos, 55 hombres (30.5%) y 125 mujeres (69.4%). De la población con problemas el 43% reportó dolor y sentirse afectado por estos defectos posturales. El tipo de problemas detectados tiene su origen por problemas de tipo congénito, del desarrollo de la persona o por defectos en la postura, como son el levantamiento de bultos, bolsas, libros o cargar la mochila con un solo hombro, recoger material pesado del suelo con piernas extendidas. La UAQ a través del programa "SU SALUD UAQ" incluye dentro del examen clínico integral en salud, la detección de defectos posturales a través de consultorios de fisioterapia y de activación física. Los profesionales de la salud pueden otorgar la orientación para informar a los estudiantes sobre medidas de higiene postural y la atención rehabilitadora de los problemas detectados.
Palabras Clave: Defectos posturales, programa de Detección.

ABSTRACT
We sought to identify the prevalence of postural defects in new students to the faculty of natural sciences in the second half of 2013, it was an observational, descriptive, cross-sectional study. The study group corresponded to 100% of new students to the faculty of natural sciences in the second half of 2013, 180 students of both sexes, 55 men (30.5%) and 125 women (69.4%) were included. Of the population 43% reported problems and feel pain affected by these postural defects. This type of problems encountered to be originated by congenital issues, personal development or defects in posture, such as lifting packages, bags, books, or load the backpack with just one shoulder, pick up heavy material with legs extended. UAQ, through the program "SU SALUD UAQ" includes in the health clinical examination, detection of postural defects through physiotherapy clinics and physical activation. Health professionals can provide guidance to inform students on measures of postural hygiene and rehabilitative care of the problems detected.
Keywords: Postural Defects, Detection program.

INTRODUCCIÓN

Se han efectuado diversos estudios acerca del análisis de la postura, del origen de sus defectos y de sus causas. En Europa del este se realizó un estudio para el diagnóstico de defectos posturales, a niños y adolescentes en edad escolar (Latalski, 2013). Estos, a pesar de su corta edad y de encontrarse en la etapa donde se realiza la mayor cantidad de actividad deportiva, se hallaron con defectos posturales en su mayoría y gran parte de ellos desconocían la existencia de estos y sus consecuencias. La importancia de la postura normal en bipedestación, fue propuesta desde los inicios de 1900 y fue descrita como "El estado de balance muscular mantenido mediante un requerimiento mínimo de esfuerzo" (Schwartz, 1927; Forrester 1926).

La postura ideal se define por la alineación de varios puntos de referencia como lo son: el conducto auditivo externo, la séptima vértebra cervical, el proceso acromial, el trocánter mayor, un punto anterior a la mitad de la articulación femoropatelar y un poco anterior al maléolo lateral. Estos forman una línea recta en la correcta alineación esquelética junto con una distribución de peso y una estabilidad articular correctas (Kendall, 2007).

La postura corporal puede cambiar con el paso de los años, entre otros factores, por los hábitos posturales. Con el tiempo, la inactividad de la capacidad muscular, reduce el soporte del cuerpo, que permite que la columna vertebral se curve poco a poco (Akima, 2011; Pepper, 2012). La postura también podría ser modificada por manifestaciones del estado psicológico, alterando la coordinación muscular y el balance musculo-nervioso de los individuos (Latalski, 2013), o por la falta de actividad física como sucede en personas con hábitos sedentarios, como las personas que laboran en oficinas, pudiendo incurrir como factor predisponente de deformaciones espinales (Negro, 1996).

A lo largo de la vida, el individuo en crecimiento tiene características específicas en relación con la postura, hasta llegar a la edad adulta. El correcto alineamiento de los diferentes segmentos del cuerpo se ve afectado por diversos factores, como son la inadecuada forma de sentarse, hiperlaxitud ligamentaria, falta de estiramiento en grupos musculares (Najera, 1993).

La Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) implemento el Sistema Universitario de Salud denominado “SU SALUD UAQ” como una estrategia para propiciar la atención integral de salud de los Estudiantes de nuevo ingreso a las diferentes facultades que la integran. El objetivo del programa es realizar con la participación de las diferentes licenciaturas del área de la salud como son Medicina, Odontología, Nutrición, Fisioterapia, Química, Ciencias del deporte y Psicopedagogía, un examen clínico integral que incluye pruebas de laboratorio básico y la evaluación de la percepción de su calidad de vida a través del cuestionario WHOQOL 100 de la Organización Mundial de la salud.

El programa SU SALUD UAQ, es una estrategia que da respuesta a la política internacional de convertir a las instituciones educativas en “Universidades Promotoras de la Salud”, incluyendo en sus programas educativos de cada facultad la inclusión de acciones que promuevan la salud y estilos de vida saludables que permitan el desarrollo personal, familiar y profesional de sus estudiantes, trabajadores y docentes, de tal forma que sus egresados se conviertan en promotores de la salud a nivel individual, familiar comunitario y en su entorno laboral. Para su concreción a la práctica la Rectoría de la UAQ promovió la creación de clínicas de atención integral de la salud que incluye consultorios Médico, Fisioterapia y de Nutrición y se contempla al mediano plazo de odontología, psicología y de activación física para dar respuesta a los problemas de salud en una primera instancia a los estudiantes de nuevo ingreso de las facultades de Ciencias naturales, Informática, Ingeniería y Medicina y Química. Actualmente se cuenta con Clínicas “SU SALUD UAQ” en las facultades de Ciencias Naturales, Medicina y Química, de este modo la UAQ responde a las necesidades de salud de sus estudiantes

Se efectúo prueba piloto durante el segundo semestre del 2012 en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Diciembre en las instalaciones de la Clínica de Nutrición de la Facultad de Ciencias Naturales de la UAQ, por contar con la infraestructura para dar inicio a las actividades del programa al tener consultorios médico, nutricio, psicología, área y equipo de laboratorio para procesar las muestras de laboratorio, así como gimnasio donde se implementó el consultorio de fisioterapia.

Durante el desarrollo de la prueba piloto se observó que los estudiantes presentaban mala higiene postural. Esta fue detectada al levantar objetos, cargar con una sola mano todo el peso, o llevar la carga lejos de la línea media, usar mochilas muy pesadas; al mantener posturas inadecuadas a la bipedestación o la sedestación, agacharse con flexión lumbar y extensión de la articulación tibio-femoropatelar, la realización de movimientos repetitivos, teclear en la computadora con alguna desviación carpal o martillar de manera poco ergonómica, usar zapatos de tacón, al sostener una posición por periodos prolongados o la fatiga de músculos paravertebrales durante la posición de sedestación.

Se sabe que estos factores son desencadenantes de alteraciones físicas que afectan la estática postural y de ahí la importancia del estudio, cuyo propósito es identificar la

prevalencia de defectos posturales en una población estudiantil, joven y verificar los efectos de estos defectos y las consecuencias que podrían acarrear sobre sus futuras vidas profesionales.
Es importante para la UAQ este programa, pues dentro de su misión busca. El "formar profesionales competitivos al servicio de la sociedad". Y un individuo saludable se vuelve más competitivo. También menciona "llevar a cabo la generación de bienestar". Y no hay manera más responsable que generarlo desde adentro.
Pero la importancia de este tema no se limita sólo a la universidad, se ha demostrado dentro de la pirámide de necesidades de Maslow, que al tener cubiertas las necesidades básicas, el ser busca saciar necesidades más complejas como la necesidad de trascender y cada generación que tenga las necesidades básicas cubiertas, es un impulso más para volver más productivo a México.
Los recursos fueron obtenidos gracias al fondo del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) de la Secretaría de Educación pública (SEP).

MÉTODO

El tipo de diseño correspondió a un estudio observacional, descriptivo prospectivo, transversal. Los criterios de inclusión fueron ser estudiante de nuevo ingreso a la facultad de ciencias naturales y que hayan firmado su consentimiento informado para participar en el estudio. Se excluyeron a los pacientes que no desearon participar, que no firmaron consentimiento informado o con expedientes incompletos.
De un total de 210 estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Ciencias Naturales de la UAQ, participaron 180 (85.71%), de los cuales 55 (30.5%) son hombres y 125 mujeres (69.4%). Cada alumno fue evaluado individualmente en el consultorio de Fisioterapia del programa "SU SALUD" para respetar su intimidad, y se recolectó la información en relación a la postura estática en bipedestación en los planos frontal, lateral y posterior desde el punto de vista Fisioterapéutico, mediante el uso del posturómetro y plantoscópio, siguiendo el protocolo de evaluación propuesto por Kendall.

RESULTADOS

Participaron un total de 180 estudiantes (85.7%) de nuevo ingreso de la generación 2013-2017 de la Facultad de Ciencias Naturales, de los cuales fueron 125 (69.4%) mujeres, y 55 (30.5%) hombres. La edad promedio de la población en estudio fue de 19 años para ambos géneros. Cabe hacer notar que la población estudiada refleja una mayoría de mujeres en las licenciaturas de Nutrición, Veterinaria, Microbiología, Horticultura, Geografía Ambiental y en menor porcentaje en el área de Biología que integran la Facultad de Ciencias Naturales.
Se observó que el 100% de la población tanto femenina como masculina, posee defectos de postura. Los cinco defectos posturales más frecuentes fueron: a) Desigualdad de los ángulos de la cintura: 141 personas (78.3%), de los cuales 97 (77.6%) mujeres y 44 (80%) hombres. b) Cabeza hacia adelante: 112 participantes (62.2%), de los cuales 80 (64%) mujeres y 32 (58.2%) hombres. c) Elevación de un hombro: 117 participantes (64.8%), de los cuales 81 (64.8%) mujeres y 36 (65.5%) hombres. d) Pronación de pies: 107 participantes (59.4%) de los cuales 72 (57.6%) mujeres y 35 (63.6%) hombres, y e) Desplazamiento anterior del cuerpo: 96 participantes (53.3%), de los cuales 64(51.2%) mujeres y 32(58.2%) hombres.

DISCUSIÓN

El conjunto de afecciones del sistema esquelético es numeroso. Aunque son muchas otras las patologías que tienen como causa primera la alteración de la estática, tanto el desequilibrio pélvico, como las curvas escolióticas o el desequilibrio escapular son a su

vez origen de múltiples enfermedades. Algunas de ellas son frecuentes en clínica y tienen relación con la postura del cuerpo (Maure, 2014). La asimetría de la pelvis (inclinación de la pelvis/ disimetría pélvica) o la rotación de la pelvis determinan la sensación de tener una pierna más larga que otra, aunque en realidad no sea así (Martínez, 2012).
El síndrome de postura de cabeza hacia adelante y el levantamiento del hombro, son trastornos de la columna cervical, se desencadena por una posición anterior. Con el estilo de vida actual, esta condición ocurre más a menudo y se estima que el 90% de la población la padece; vemos a los estudiantes encorvados al realizar su actividad educativa, sobre todo al trabajar con sus computadoras todo el día, al ver la televisión y divirtiéndose con videojuegos, al cargar y manipular objetos pesados, cargar libros o bultos con una mano o mochilas con un solo hombro (Silva, 2012).
La pronación de los pies, es la rotación del pie hacia el interior al momento de caminar y correr, es parte del movimiento natural que ayuda a las piernas a atenuar el impacto; sin embargo, puede provocar esguinces del pie, tobillo y rodilla.
La población evaluada refleja una mayoría de mujeres, determinado por que los estudiantes de nuevo ingreso de la facultad de ciencias naturales corresponde a las licenciaturas de nutrición, donde el ingreso predominante son mujeres. La alteración postural más frecuente, observada entre los estudiantes fue “Desigualdad de los ángulos de la cintura”, una pelvis inclinada repercute negativamente en la articulación de la cadera, de las rodillas y de los pies y discos vertebrales, generalmente es causada por anomalías congénitas, trastornos del desarrollo, infecciones, traumatismos y enfermedades neuromusculares. En adolescentes se ha identificado prevalencia del 35%. En este grupo la obesidad es un factor que produce disminución en la funcionalidad de la columna con aumento de la curvatura y anteversión pélvica.
Le sigue en frecuencia “Elevación de un hombro” y “hombros hacia adelante” en el 65 y 62% respectivamente de estudiantes, condicionadas fundamentalmente por la carga, manipulación y el transporte de objetos con esfuerzos unilaterales del cuerpo, de ahí la necesidad de capacitar a los estudiantes en levantamiento de objetos pesados y promover el uso de “Mochilas con llantitas”.
Con respecto a la pronación de los pies, en la actualidad se utilizan pruebas para su detección y existen zapato/tenis para su corrección y protección de los pies y evitar lesiones al caminar o correr.
El sistema óseo se deforma según algunos autores a causa de la edad, malformaciones congénitas y otros señalan hábitos posturales incorrectos. Aunque es seguro que hay múltiples opiniones respecto a las causas y lo importante es contar con un programa de detección oportuna de estos trastornos, para identificar la causa de la deformación, las enfermedades que de ella se derivan y lo que es más importante corregirla. El aumento del interés hacia la postura corporal deriva del incremento de personas que sufren dolor de espalda, cada vez a edades más tempranas con una proliferación importante de enfermedades del aparato locomotor como la hipercifosis dorsal, hiperlordosis lumbar, cifolordosis, escoliosis y síndrome isquiosurales cortos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

[1]María Elena Mejía Valdez. Med. Gral.
Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina UAQ.
[2]Rubén Salvador Romero Márquez (M. Esp., MSP).

Coordinador del programa SU SALUD UAQ y Docente Investigador de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales de la UAQ.
[3]Hilda Romero Zepeda. (M. en C., Ph.D).
Docente Investigadora Facultad de Ingeniería UAQ
[4]Teresa García Gasca (M en C, Dra. C en S)
Directora y Docente-Investigadora. Facultad de Ciencias Naturales UAQ.

I. RESUMEN

Las universidades son espacios estratégicos para la promoción de la salud. **Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico de estudiantes de nuevo ingreso de la UAQ. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. El examen incluyó variables sociodemográficas, antecedentes hereditarios, datos patológicos, agudeza visual y auditiva, salud bucodental, indicie CPOD, defectos posturales; IMC, % grasa corporal; biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y albumina; habilidades intelectuales, emocionales, conductas de riesgo y calidad de vida. **Resultados:** 2192 estudiantes de 19.5 ± 2.4 años de edad; 65.9% antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas. 66.3% consumen alcohol, 24.6% cigarrillos, 5.4% otras drogas. 63.7% hacen actividad física. 24.5% agudeza visual disminuida y 1.6% agudeza auditiva alterada. 30.2% sobrepeso y obesidad, 23.8% grasa corporal elevada. 84.5% caries dental; 66% sarro dental y el índice CPOD general fue del 6.7± 4.5. El 100% tiene defecto postural, 71% desigualdad de ángulos de cintura, 60% elevación de hombros. 67.9% de calidad de vida. **Conclusiones:** Se resaltan estilos de vida inadecuados y elevada prevalencia de defectos posturales. La salud bucodental muestra elevada prevalencia de caries dental y sarro. Se hace indispensable implementar políticas saludables factibles de realizar en la Universidad (cafeterías saludables, etc.) e integrar docentes, trabajadores y directivos.
Palabras clave: universidades promotoras de la salud, factores de riesgo, salud bucodental, estado nutricio, defectos posturales.

I. ABSTRACT

The universities are strategic institutions to promote health. **Objective:** To determine the epidemiological profile of accepted students at the UAQ. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, retrospective and series of cases study was carried out. The clinical examination included socio demographic and hereditary antecedent variables, pathological data, visual and auditory sharpness, oral health, CPOD level, posture defects; IMC, % corporal fat; blood biometry, glucose, urea, creatinine, cholesterol, triglycerides and albumin level; intellectual and emotional abilities, conducts of risk and quality of life. **Results:** 2192 students of 19.5 ± 2.4 years old; 65.9% antecedents of chronic diseases. 66.3% consume alcohol, 24.6% cigarettes, 5.4% other drugs. 63.7% realizes physical activity. 24.5% visual sharpness diminished and 1.6% altered hearing sharpness. 30.2% overweight and obesity, 23.8% elevated corporal fat. 84.5% dental caries; 66% plaque and tartar, and the DMFT index were 6.7± 4.5. 100% have posture defects, 71% inequality of waist angles, and 60% shoulder elevation. 67.9% of quality of life. **Conclusions:** Inadequate styles of life are emphasized and high prevalence of posture defects. The oral health showed high prevalence of dental decay, plaque and tartar. It is required to implement political healthful feasible to establish in the University (healthful cafeterias, etc.), and to integrate the rest of the academic community personnel.
Key words: universities promoters for health, risk factors, oral health, nutritional health, posture defects.

I. INTRODUCCION:

El concepto de salud es muy complejo y ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un proceso dinámico en el que participan diferentes factores, entre ellos el entorno, la biología, el individuo y sus estilos de vida, que confluyen todos para determinar en los diferentes momentos de la vida de una persona, cómo se desarrolla ésta, en qué condiciones y con qué calidad. El concepto de salud involucra el bienestar físico, emocional, económico y social pero también implica el obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan al individuo y al colectivo permanecer socialmente activos y sentirse bien con lo que hacen.

Por diversas razones, la salud física y mental de la población es un componente crítico de su bienestar. Es un elemento fundamental para desarrollar el potencial de los individuos, forjar su autonomía y concretar sus aspiraciones. La juventud se caracteriza por un periodo particularmente favorable en cuanto al estado de salud de su población, es una fase de particular vigor y entereza. Paradójicamente, es también, una de las etapas de la vida en la que existe una mayor exposición a diversos riesgos que se derivan de la naturaleza curiosa, ávida de experimentación y afirmación entre los jóvenes, pero que también son reflejo de los estilos de vida que predominan en una época y sociedad determinadas.

Los datos de la OMS muestran los impactos siguientes:

- Cada año mueren más de 2.6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles. Se registra un promedio anual de 16 millones de partos entre mujeres de 15 a 19 años de edad. En el 2009, los jóvenes de 15 a 24 años representan el 40% del total de casos de VIH detectados en todos los grupos de edad.
- En el periodo de un año, se calcula que el 20% de los adolescentes sufren algún problema de salud mental, con énfasis a depresión o ansiedad. Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco. Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años de edad a causa de violencia interpersonal. Se calcula que los traumatismos causados por accidentes de tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes por día.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) [(5)] reporta:

- En el año 2007, los adolescentes presentaron una tasa de mortalidad de 45.3 defunciones por cada 100,000 habitantes, siendo los accidentes la principal causa de defunción. La segunda causa de mayor importancia en este grupo poblacional fueron las lesiones, siendo más frecuente en adultos jóvenes con una tasa de 20.5 por cada 100,000 habitantes. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el cuarto y quinto lugar respectivamente. En el caso de las enfermedades infecto contagiosas, el VIH/SIDA provoca cerca de 4.0 defunciones por cada 100 personas de 20 a 24 años de edad.
- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición efectuada en el año 2006 (ENSANUT 2006), la edad media de inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes es de 20.1 años de edad; refiriendo el 14.9% de los adolescentes entrevistados haber probado alguna vez un cigarrillo. El inicio en el consumo de alcohol entre los adolescentes está presente desde edades tempranas, donde el 13% de los varones y el 8% de las mujeres señala como edad de inicio los 15 años de edad.

A nivel internacional existe el programa “Universidades Promotoras de la Salud” definiéndolas como aquellas instituciones de educación superior que incorporan la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de desarrollar al ser humano y mejorar su calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez,

formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general

La Universidad Autónoma de Querétaro, en la actualidad realiza acciones con el propósito de crear entornos saludables a través del programa institucional "SU SALUD UAQ", en donde se llevan a cabo diversas actividades para la prevención de las adicciones, exámenes médicos y psicológicos a alumnos de nuevo ingreso (incluido el examen bucodental) para detecciones oportunas de enfermedades y atenciones de factores de riesgo sanitarios, programas de activación física, de vacunación; y en el ámbito de la salud psicológica y social, actividades para el mejoramiento de la autoestima, de manejo del estrés, entre otros. Por lo tanto, el propósito del presente trabajo, es presentar el perfil epidemiológico de las y los estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro, y que a lo largo de su estancia institucional, se constituirá en la base de trabajo en la atención primaria de la salud de la comunidad universitaria.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de serie de casos que incluyó la participación voluntaria legitimada a través del consentimiento informado del 100% de los estudiantes de nuevo ingreso a las Facultades de Ciencias Naturales, Informática, Ingeniería, Medicina y Química en el período del 2012 al 2014 al programa institucional SU SALUD UAQ. A las y los participantes se les efectúo examen clínico integral en salud, respetando la confidencialidad de los estudiantes y de sus resultados. Para la recolección de la información se diseñó Historia Clínica Integral que incluye variables Sociodemográficas, antecedentes hereditarios, datos personales no patológicos y patológicos de interés. El examen clínico que incluye detección de agudeza visual y auditiva, examen bucodental y cálculo del indicie CPOD, examen postural y detección de defectos posturales a través del método Kendall, evaluación nutricia para cálculo de Índice de masa Corporal y de porcentaje de grasa corporal; así como exámenes de laboratorio básico biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, colesterol general, HDL, LDL, triglicéridos, y albumina.

RESULTADOS

De un total de 3106 estudiantes de nuevo ingreso durante el periodo escolar del primer semestre del 2012 al primero del 2014, se estudiaron 2192 (70.0%); de ellos pertenecían a la Facultad de Ciencias Naturales (34.5%), Ingeniería (22.0%), Medicina (21.9%), Informática (15.3%) y Química (6.3%). Del total de escolares, el rango de edad va de 17 a 52 años de edad, con una media de 19.5 ± 2.4 años; el 90.8% procede del Estado de Querétaro, 7.5% de Guanajuato, 0.6% de Hidalgo y 1.1% de otros estados. Con respecto al género de los estudiantes el 50.8% son hombres y 49.2% son mujeres; el 96.3% son solteros; el 21.2 % trabaja y de estos últimos el 52.2% lo hacen de tiempo completo, el 37.7% en fines de semana y un 10.1% de medio tiempo. Con un promedio de 14 ± 10.8 horas dedicadas a su actividad laboral.

La prevalencia enfermedades como antecedentes heredo familiares en las y los estudiantes fue de: 65.9% diabetes mellitus (DM2), 59.1% hipertensión arterial (HTA), 48.7% sobrepeso u obesidad, 31.4% reportó niveles de colesterol elevado y 28.4%. En lo referente al tipo de cáncer prevalente como antecedente heredo familiar, el más citado fue el de cáncer de mama (12.1%), cáncer de próstata (6.9%), cáncer pulmonar (6.6%), cáncer gástrico (6.4%) y cáncer cérvico uterino (6.1%).

El consumo de alcohol fue señalado en el 66.3% de los estudiantes, la edad de inicio para el consumo de alcohol fue a los 16 ≤ 1.6 años, y el promedio de copas de 3.7± 2.4 por ocasión, de ellos, el 0.3% consume el alcohol diariamente, el 28.6% lo hace semanalmente, el 21.3% lo hace quincenalmente, el 39.2 mensual y 10.6% en forma

ocasional. Un 16.7% de los consumidores llega a la embriaguez durante su consumo. Referente al consumo de cigarros, el 24.6% del total de la población de nuevo ingreso, reportó consumir el cigarrillos; de ellos, el 40.8% lo hacen diariamente, un 27.4% en forma semanal, 11.2% quincenal, 39.2% lo hace mensual y un 10.6% ocasional. El promedio de cigarrillos consumidos es de 2.6 cigarrillos por persona por ocasión. La edad promedio de inicio es de 15 años. Con respecto al consumo de otras drogas, el 5.4% señala utilizarlas y de ellos la media de inicio es los 17 años. La marihuana fue reportada como la droga de mayor consumo (80.5%), y la cocaína y tachas con el 0.8%. El promedio de consumo es de 1.3 dosis por ocasión y las frecuencias de consumo reportadas fueron: diario 5.9%, semanal 13.5%, quincenal 5.0%, mensual 19.4% y ocasional 56.2%.

La realización de actividad física es positiva en el 63.7% de los estudiantes y se identifica un 36.3% que reconoce no efectuarla. El promedio de tiempo dedicado para la realización de actividad física es de 1.6±1 hora por sesión. La distribución de acuerdo al tipo de actividad física fue: gimnasio 23.3%, atletismo 18.5%, futbol 16%, natación 5.2%, baloncesto 4.8%, ciclismo 4.6% y volibol 2.6%. La frecuencia de realización es diario 27.2%, semanal 56.5%, quincenal 6.0% y mensual 2.5%.

En cuanto a los problemas de salud identificados en el examen médico son: los problemas de refracción con agudeza visual normal 60.8%, normal con lentes 24.5% y disminuida 14.7%; hipotensión arterial (4.1%), faringoamigdalitis crónica y probable hipertensión arterial (1.4%), y tabique nasal desviado 2.0%. La detección de agudeza auditiva alterada por prueba de Rinne y/o Weber fue positiva en el 1.6% de la población participante en el programa. La evaluación del estado nutricio a través del Índice de Masa Corporal mostro que el 50.7% de los alumnos tienen un peso normal, 18.6% peso bajo, el 22% con sobrepeso y 8.8% obesidad. Mediante la utilización del indicador de porcentaje de grasa corporal se identifica un 23.8% de alumnos con grasa elevada.

Con respecto a exámenes de laboratorio, se observó una prevalencia del 0.2 % de Hiperglucemia con valores por encima de 126 mg/dL, y significativos para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus en tres estudiantes; asimismo, en el 4.1% (53 personas) se detectó alteración de glucosa en ayunas con cifras de 101 - 125 mg/dL de glucosa y que requerirán vigilancia, plan de alimentación y ejercicio para su atención oportuna y control. La prevalencia de colesterol elevado fue: 9.4%; los triglicéridos elevados por encima de 200 mg/dL fue: 6.9% de los datos más relevantes.

La evaluación odontológica mostro que el 84.5% de los estudiantes presento caries dental; el 66% tuvo sarro dental La detección de defectos posturales por parte de fisioterapia mostro que el 100% de estudiantes tuvo cuando menos un defecto postural de acuerdo al método de Kendall, siendo las siguientes alteraciones las más frecuentes: el 71% desigualdad de los ángulos de la cintura, 60% con alteración por elevación de hombros, 57% con la cabeza hacia adelante, 54% con pronación de los pies, 49% desplazamiento anterior del cuerpo. La evaluación de la aptitud física a través de los indicadores seleccionados se aprecia para Agilidad un 18.6%; la fuerza en piernas tuvo un promedio del 37.6%. La Flexibilidad con un promedio de 4.2%; La revisión de Abdomen mostro un promedio de 19.6 abdominales en 30 segundos; y la prueba de Cooper muestra un promedio de 2190.3 puntos.

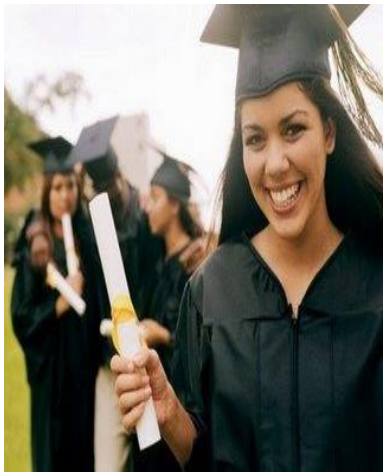
La Evaluación Psicológica mostro con respecto a las habilidades intelectuales se obtuvo un promedio del 24.2%; las habilidades emocionales con una media del 57.8. Con respecto a conductas en riesgo se obtuvieron valores para adicciones de 1.5; por facultad: Ciencias naturales (1.6), Informática (1.5), Ingeniería (1.5) y Medicina (1.3). Para agresión 1.6; y por centro educativo: Ciencias naturales (1.8), Informática (1.6), Ingeniería (1.6) y Medicina (1.4). Finalmente para transgresión se observó un promedio de 1.7; y por facultad: Ciencias Naturales (2.0), Informática (1.9), Ingeniería (1.6) y Medicina (1.3).

DISCUSIÓN

La Universidad Autónoma de Querétaro es una alternativa de estudio y desarrollo profesional de los jóvenes de la entidad y de estados circunvecinos, los resultados obtenidos permiten en primer lugar, resaltar que casi 1 de cada 5 educandos tiene necesidad de laborar para apoyar sus estudios y este puede ser un indicador para la asignación de becas tanto académicas como alimentarias.
Con respecto a antecedentes hereditarios sobresale una alta prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, el colesterol elevado y el cáncer y de este último el cáncer de mama y de próstata, como factores de tipo genético que pueden influir en el futuro en su presentación.
El inicio de consumo de alcohol entre los jóvenes universitarios está presente desde edades tempranas, ya a los 15 años de edad el 25.1% de hombres y mujeres consumieron alcohol. El promedio de inicio es a los 16 años que es superior a lo señalado en la encuesta de adicciones que fue de 19.9 años entre la población de 15 a 24 años; en cuanto a la periodicidad sobresale que el 66.7% refiere consumirlo contra un 25% de lo reportado en ENSANUT (2012). Menos del 1% de los jóvenes abusa del consumo de alcohol, diariamente un 28.6% lo hace semanal y un 39.2% mensual, datos mayor a lo reportado en ENSANUT (2012), que fue del 2.3 y 5.8% comparativamente. En cuanto al consumo de tabaco en nuestro estudio fue del 24.6%, la media de inicio de 15 años, y un promedio de 2.6 cigarrillos por ocasión sobresaliendo que el 40.8% de los fumadores lo hacen diariamente, cifras que son también superiores a la ENSANUT (2012), que fueron de 12.3%, la edad de inicio 14.6 años y el consumo diario del 2.6% respectivamente.
El perfil de salud integral del estudiante de nuevo ingreso a la universidad muestra un patrón característico de las poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes en México región centro, donde los problemas de salud detectados están relacionados con la edad: resaltan los estilos de vida inadecuados con prevalencias elevadas de consumo de tabaco y alcohol, la vida sedentaria, la práctica no sistematizada de actividad física, que se refleja con una alta prevalencia de defectos posturales. La salud bucodental se caracteriza por una elevada prevalencia de caries dental y de sarro, factores de riesgo principales para las pérdidas de piezas dentarias al corto y mediano plazo. Se identifican los problemas de aprendizaje y de interrelación como lo más significativo en la evaluación psicopedagógica.

ESTRATEGIAS, RESULTADOS Y EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA:

Perfil de Salud Física Sustentable®
Autor: Humberto Núñez Hernández
Proceso de aplicación en:
Universidad de Guanajuato



Introducción

El programa PERFIL tiene como misión fomentar estilos de vida saludables en la comunidad universitaria mediante acciones de promoción y prevención de la salud, con atención **exclusiva** a estudiantes detectados en zona de riesgo a la salud, ofreciéndoles una activación física básica pero eficaz por monitoreo de ritmo cardiaco, en espacios claramente separados de los de las actividades deportivas.
Propósito: Modificar el estilo de vida de la comunidad estudiantil sedentaria, para prevenir en la comunidad universitaria las enfermedades crónico degenerativas ligadas al sedentarismo (diabetes, dislipidemias, obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares).

Problemática

En la sociedad Mexicana actual, el mejoramiento de las condiciones de vida va más allá de los satisfactores puramente materiales, ya que las condiciones de calidad de vida en una sociedad no dependen sólo del ingreso per cápita, índices de desempleo o de acceso al trabajo. Hoy por hoy estos indicadores deben ligarse directamente al estado de salud de las poblaciones, ¿De que valdría a un país lograr el desarrollo económico, si su población se encuentra con una mala salud?

Las circunstancias sociales actuales nos enfrentan a desafíos epidemiológicos **inéditos**, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes. Los aspectos medioambientales, socioeconómicos, la masificación del consumo, la apertura de mercados, el desarrollo tecnológico, han creado todos juntos, las condiciones para nuevos estilos de vida no saludables, donde el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo y consumo de drogas, afectan a grandes sectores de la población.
Para afrontar la problemática necesitamos actuar urgentemente sobre la conducta y hábitos de la sociedad en general, necesitamos miles y miles de ciudadanos que con su ejemplo modifiquen los hábitos de cuidado de la salud de nuestra sociedad. Es aquí donde los estudiantes universitarios pueden hacer un gran servicio a la sociedad y así mismos.

En los estudiantes universitarios puede estar el principio de la solución, y para ello es necesario promover su participación corresponsable en el cuidado de su propia salud, que los lleve a participar activamente en los programas que promueven la salud.
En la mayoría de las Universidades existen servicios de salud y deporte estudiantil, que tienen en sus objetivos el cuidado de la salud de los estudiantes. Sin embargo, hasta ahora, estos esfuerzos no han tenido éxito deseado de crear una cultura de la salud a largo plazo (sustentable), ya que es evidentes que una gran mayoría de los graduados universitarios ven disminuida su salud poco tiempo después de graduarse, en los mismos porcentajes de la población general.
Para lograr que el cuidado de la salud sea permanente y sustentable, se requiere de una política definida y coordinada, de corto, mediano y largo plazo, enfocada en el desarrollo de hábitos de activación física en ese 65% de la población universitaria que actualmente es sedentaria y no está interesada en las actividades deportivas.
Las nuevas políticas y sus opciones de promoción de la salud, deben integrarse en un marco coordinado de todas las iniciativas de promoción de la salud que se realicen en el ámbito universitario. De tal manera que en todo proceso Universitario se promueva la salud y se inhiba en sedentarismo, se fomente la sana alimentación, y se inhiba el consumo de tabaco, alcohol y drogas, apoyando a todos los integrantes de la comunidad

para desarrollen de manera definitiva un "Perfil de Salud Física Sustentable", que les permita ser durante toda su vida personas armoniosamente sanas.
Es por ello que está en el interés de las Universidades y de la Sociedad, tomar acciones que favorezcan que el perfil profesional de sus egresados, se vea enriquecido con el sólido hábito del cuidado preventivo de la salud, beneficiando a la sociedad con egresados que además de sus habilidades y conocimientos profesionales, también cuenten con un **Perfil de Salud Física Sustentable.**
Al abordar el tema de programas para la promoción de la salud en las universidades, se debe ser respetuoso ante la dimensión del reto que se afronta. El reto es tan importante y complicado, que hasta la fecha, a saber, no se ha logrado establecer en la mayoría de las instituciones, indicadores permanentes que brinden resultados **medibles y objetivos**. En términos generales, las actividades que se realizan en su mayoría han sido iniciativas aisladas por área. Así mismo las acciones más frecuentes en México y en el Mundo, resultan casi siempre mecánicas y estereotipadas, como aumentar los horarios de clases deportivas, campañas, talleres y charlas sobre alimentación y actividad física, pero observemos que si la solución a la problemática fuera tan obvia, hace mucho que se hubiese resuelto.
Así mismo, tradicionalmente los sectores de salud y educación han funcionado de manera natural como sistemas **cerrados auto referenciados**. "Introducir la preocupación por la Promoción de la Salud en un solo sector educativo, resulta algo no siempre bienvenido y aceptado por los demás sectores, ya que el concepto de salud no es el mismo para todos, y no es siempre asociado con el estilo de vida, más bien, se le asigna un carácter biomédico, por lo que su responsabilidad es automáticamente asignada al sector salud" **(1)**, o en otras ocasiones, se le da un carácter deportivo, de rendimiento físico y la atención es asignada al área deportiva deportivas, pasando por alto que el estado médico o el rendimiento deportivo son solo la consecuencias de nuestros hábitos y estilos de vida. Se trata en realidad de un problema de educación, de formación personal, no perdiendo de vista que *se puede* "tener fuerza y habilidades físicas, y no tener hábitos saludables". Al reducir la promoción de la salud a la atención de enfermedades o al desarrollo de habilidades deportivas, limitando los resultados a estudios estadísticos o intervenciones que solo se quedan en la etapa de la detección, seguimos pavimentando el camino para que la problemática por enfermedades crónicas generadas por el sedentarismo siga creciendo hasta colapsar (como ocurre ya en la actualidad) nuestras instituciones de salud.
El verdadero desafío es lograr el cambio de estilo de vida de las personas, con una sensibilización tal en el estudiantado, hasta el punto de convertir el desarrollo de un "Perfil de Salud Física Saludable", en una meta que valoren a tal punto que la conviertan en su compromiso personal voluntario. No basta con que participe una, dos o tres revisiones médicas, físicas o nutriológicas al año, se requiere que participe en por lo menos en sesenta o más sesiones de activación física al año, y no por un año, si no por toda la vida, para que realmente podamos decir que el estudiante adquirió de manera definitiva un estilo de vida saludable.

(1) Guía de Universidades Saludable. UNESCO, 2006

"PERFIL DE SALUD FÍSICA SUSTENTABLE"

Objetivos Del Programa:
1. Conocer las características del estado de salud física de los estudiantes de la Universidad de Guanajuato, por grupo etario, sexo, niveles de rendimiento, carrera,

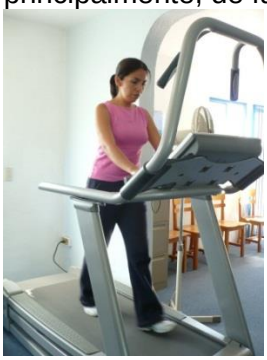
ciudad, así como sus hábitos y participación en actividades de activación física para la salud, durante toda su formación universitaria, con registro puntual de los resultados.
2. Dar atención y seguimiento personalizado de activación física a los estudiantes detectados en zona de riesgo a la salud, para llevarlos (previo proceso) a mejores niveles de salud física.
3. Facilitar la mejora de la salud Física de los estudiantes en general de la Universidad de Guanajuato.

Estrategias

Estrategia 1
Establecer la dirección del programa en la máxima autoridad universitaria, la "Rectoría General", e incluir sus objetivos como indicadores en el Plan de Desarrollo Institucional 2010-2020.
Estrategia 2
Evaluaciones anuales de salud física, generales, obligatorias y permanentes a toda la comunidad estudiantil. (No. De población beneficiada: 28,000.)
Estrategia 3
Dar atención y seguimiento personalizado a los estudiantes detectados en zona de riesgo a la salud, (en base a resultados en el Test eficiencia cardiovascular de LEGER Y LIPHS BLEYER con equivalencias a consumo máximo de oxigeno ($VO_{2\ MAX}$ <39). para llevarlos a mejores niveles de salud física. (No. De población beneficiada: 12,000.)
Estrategia 4 Implementación de nuevas opciones de activación física, con la característica de ser masivas, permanentes y económicas, orientadas exclusivamente al mejoramiento de la salud de los estudiantes detectados en zona de riesgo. (No. De población beneficiada: 12,000).

Prueba de Capacidad Aeróbica Máxima Funcional PERFIL

Basándonos en los parámetros del Test eficiencia cardiovascular de LEGER Y LIPHS BLEYER de la Universidad de Montreal, se ha diseñado una prueba física progresiva, sub-máxima, colectiva e indirecta para valorar la capacidad máxima aeróbica, con equivalencias a consumo máximo de oxigeno ($VO_{2\ MAX}$).
En ella se dosifica el nivel de esfuerzo de las personas, en base a la edad y sexo, se controla la carga de esfuerzo a un nivel de seguridad máxima, por medio de sensor de ritmo cardiaco, con el que se establecerá el límite seguro de pulsaciones por minuto. De esta manera se tiene un Test práctico, seguro, confiable, de aplicación masiva y, principalmente, de fácil y económica aplicación.



Con los resultados de las Evaluaciones de Salud Física, se tendrá la posibilidad de dar seguimiento a la salud de los estudiantes de manera personalizada, durante toda la trayectoria de sus estudios profesionales, instándolos a hacerlo de manera permanente y efectiva durante toda su vida.

PUEN		NDO	M	3	BAJO	Aug 28 2014 5:43PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
MAR		ER	F	3	BAJO	Feb 25 2014 10:18PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
CAM			F	3	BAJO	Aug 29 2014 5:35PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
TOVA			M	3	BAJO	Feb 27 2014 2:33PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
BEDO			M	3	BAJO	Aug 29 2014 5:59PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
MÁR		RÉS	M	3	BAJO	Feb 25 2014 5:36PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
VARG		ZMIN	F	4	BUENO	Feb 26 2014 6:48PM	190733	LICENCIATURA EN QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
MAR		SALVADOR	M	4	BUENO	Aug 29 2014 5:59PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
HERN			F	4	BUENO	Feb 25 2014 5:32PM	190733	LICENCIATURA EN QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
DELG			M	4	BUENO	Jan 22 2014 6:22PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
SÁNC			F	4	BUENO	Feb 24 2014 5:27PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
RODI			F	4	BUENO	Jan 22 2014 8:23PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
AYAL		A	F	5	MUY BUENO	Feb 25 2014 5:16PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
VILLA			M	5	MUY BUENO	Feb 26 2014 12:13PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
RIVA		A	F	5	MUY BUENO	Feb 25 2014 2:17PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
AGRI		A	F	5	MUY BUENO	Feb 28 2014 11:37PM	190733	LICENCIATURA EN QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
SALA		AN	M	5	MUY BUENO	Feb 27 2014 5:31PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
ESCO			M	1	MUY MALO	Feb 25 2014 10:24PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
BARE		NDRO	M	1	MUY MALO	Aug 29 2014 5:57PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
FERN		O OMAR	M	1	MUY MALO	Feb 24 2014 6:06PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
GUER			M	1	MUY MALO	Aug 29 2014 5:55PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
ZUÑI			F	1	MUY MALO	Aug 29 2014 6:02PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
BADI		DA	F	1	MUY MALO	Feb 27 2014 2:32PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
ESQU			M	1	MUY MALO	Aug 28 2014 6:24PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
CARR			F	1	MUY MALO	Aug 29 2014 5:18PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
ORNI		A LUZ	F	1	MUY MALO	Feb 28 2014 11:39PM	190741	LICENCIATURA EN BIOLOGÍA EXPERIMENTAL	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
PATL			M	1	MUY MALO	Feb 27 2014 2:29PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
DE LA			F	1	MUY MALO	Feb 25 2014 7:25PM	190741	LICENCIATURA EN BIOLOGÍA EXPERIMENTAL	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
RIVE		NISSE	F	2	MALO	Feb 25 2014 10:13PM	190723	LICENCIATURA EN QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
VARG		ETH	F	2	MALO	Aug 28 2014 6:16PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
CALD		ARENIN	F	2	MALO	Feb 24 2014 6:01PM	190741	LICENCIATURA EN BIOLOGÍA EXPERIMENTAL	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
SALG			F	2	MALO	Feb 28 2014 11:41PM	190741	LICENCIATURA EN BIOLOGÍA EXPERIMENTAL	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO
SALD		L	M	2	MALO	Aug 28 2014 6:11PM	190713	LICENCIATURA EN INGENIERÍA QUÍMICA	DIVISIÓN DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS	CAMPUS GUANAJUATO

De la atención a Estudiantes y Trabajadores detectados en zona de riesgo a la salud.

Se dará atención y seguimiento personalizado a todos los estudiantes detectados en zona de riesgo a la salud. Canalizándolos a los “Módulos para la Recuperación de la Salud” que se instalarán para esté objetivo.

Los Módulos para la Recuperación de la Salud, están diseñados, para ser espacios amigables para estudiantes de hábitos sedentarios, contara con los mejores equipos para activarse físicamente, en un ambiente de higiene y limpieza. Se buscara hacerlos atractivos y cómodos, evitando el ambiente de los gimnasios tradicionales, en el que las personas sedentarias no se sienten cómodas y que en la mayoría de los casos, los evitan y rechazan.

Los Módulos estarán a cargo de Enfermeras, cuyo perfil es idóneo para dar la atención y guía a los estudiantes con mala salud física y enfatizar el carácter de prevención en salud de las actividades a realizarse en ellos.

Criterios de Inclusión:

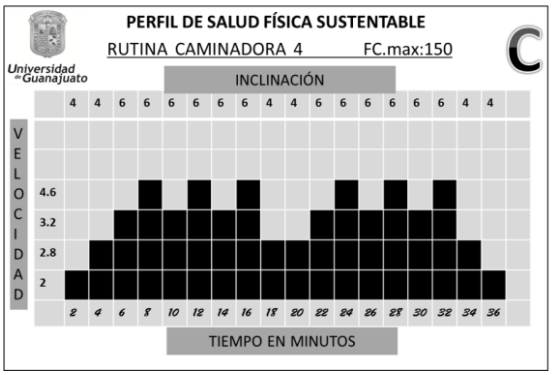
Prueba de esfuerzo con resultado de calificación normativa de <39 $VO_{2\ MAX}$ ajustado a la edad (Niveles 1,2,3 del baremo de resultados).

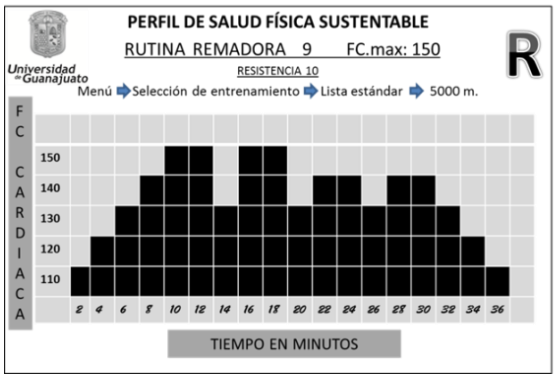
Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 27 kg/m, y/o

Glucemia capilar en ayuno mayor o igual a 110 mg/dl en dos ocasiones, y/o mayor o igual a 140 mg/dl en determinación casual, y/o

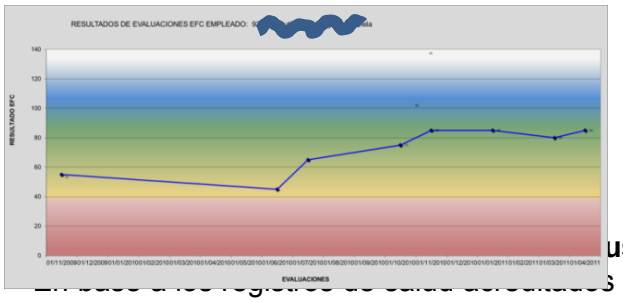
Tensión Arterial mayor a 140/90 mm de Hg en el examen de la detección (promedio de dos tomas de presión arterial).

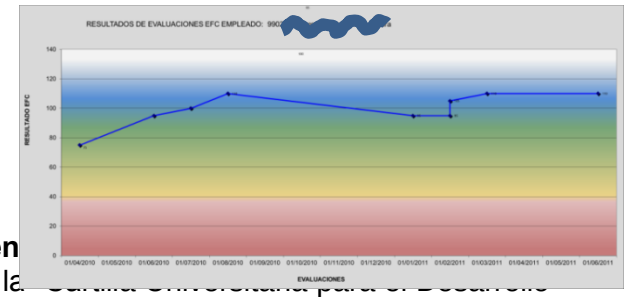
Quienes se decidan a empezar a cuidar su salud, serán asesorados en su trabajo de activación física, de manera permanente, prescribiéndoles rutinas personalizadas, que les garanticen tener de su activación física los resultados de salud esperados.





Así mismo, recibirán la oportunidad de valorar su salud con la frecuencia que requieran, quedando así constancia de su trabajo y resultados en su registro personal.





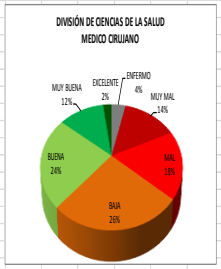
usten

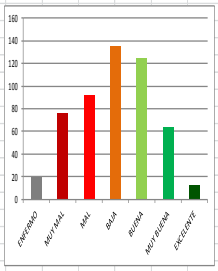
en la

del Perfil de Salud Sustentable". Se reconocerá con la entrega de la Constancia de "Perfil de Salud Sustentable", a todos aquellos egresados que durante sus estudios universitarios, mostraron tener los hábitos de activación física para el cuidado preventivo de su alud.

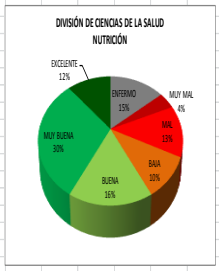
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	1	F	19	26	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	7"B"	F	22	26	1	3/19/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	4"A"	F	20	20	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	1	F	18	19	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	7"A"	F	25	14	1	3/15/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	2B	F	26	24	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	8"A"	F	43	26	1	3/19/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	3	F	20	26	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	6"A"	F	22	24	1	3/15/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	8"B"	F	23	24	1	3/19/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	2"A"	F	18	24	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	1	F	18	26	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	2B	M	20	24	1	3/14/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia Guanajuato	7"A"	M	21	31	1	3/15/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia León	6A	F	23	16	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia León	2	F	19	24	1	3/11/2013	
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia León	6A	F	22	28	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Lic. Enfermería y Obstetricia León	6A	M	25	25	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	3	F	20	24	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	5	F	20	26	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	4	F	19	16	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	5	F	21	28	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	2	F	20	24	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	2	F	18	24	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	5	F	21	18	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	4	F	20	24	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	5	F	21	28	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	2	F	18	24	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	3	F	20	16	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	5	F	20	22	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	6	F	21	17	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	1	F	20	19	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	4	F	20	17	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	2	F	19	28	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	2	F	19	20	1		
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	Medicina	6	F	21	24	1		

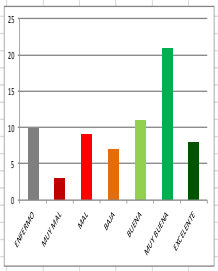
MEDICINA	
ENFERMO	20
MUY MAL	76
MAL	92
BAJA	135
BUENA	124
MUY BUENA	64
EXCELENTE	12
TOTAL	523





NUTRICION	
ENFERMO	10
MUY MAL	3
MAL	9
BAJA	7
BUENA	11
MUY BUENA	21
EXCELENTE	8
TOTAL	69





Criterios de Inclusión:

Haber participado en todas las valoraciones de salud física anuales,

Acreditar el hábito de cuidado de la salud, a través de la activación física regular durante toda su formación profesional, con un mínimo de 60 sesiones de activación física, por año escolar.

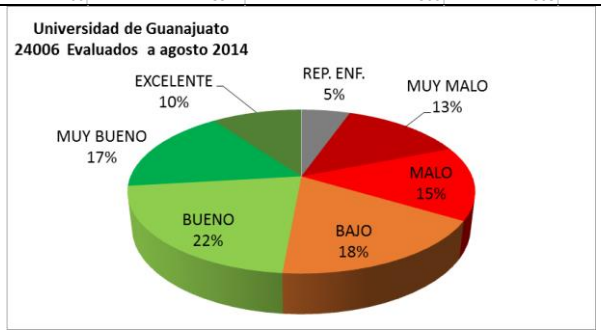
Indicadores institucionales del programa:

- Mínimo satisfactorio: Evaluar anualmente el 75% de los estudiantes del nivel Medio Superior y Superior de la Universidad de Guanajuato.
- Satisfactorio: Evaluar anualmente el 85% de los estudiantes del nivel Medio Superior y Superior de la Universidad de Guanajuato.
- Optima: Evaluar anualmente el 95% de los estudiantes del nivel Medio Superior y Superior de la Universidad de Guanajuato.
- Disminuir como mínimo en un 35% el porcentaje de alumnos detectados en zona de riesgo a la salud, y estabilizarlo en menos de un 30% a nivel universidad para el 2020,

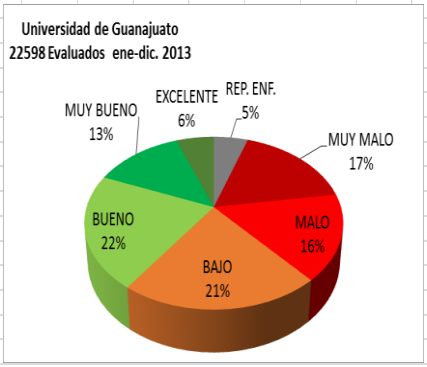
La Universidad de Guanajuato debería lograr:
Situación 2013: Porcentaje en zona de riesgo 65%.
Meta 2020: Porcentaje en zona de riesgo 30% o menor.

Resultados alcanzados en la Universidad de Guanajuato por el programa PERFIL en el periodo enero-agosto 2014:

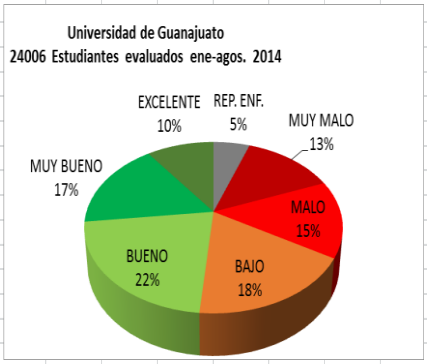
Columna1	CAMPUS CELAYA-SALVATIERR	CAMPUS GUANAJUATO	CAMPUS IRAPUATO-SALAMAN	CAMPUS LEÓN	COLEGIO DEL NIVEL MEDIO SU	Total general
REP. ENF.	152	366	197	172	414	1301
MUY MALO	321	609	348	190	1787	3255
MALO	424	748	447	250	1627	3496
BAJO	483	984	508	380	1943	4298
BUENO	520	1350	539	515	2282	5206
MUY BUENO	373	1005	381	494	1788	4041
EXCELENTE	133	459	146	367	1304	2409
Total general	2406	5521	2566	2368	11145	24006



Universidad	
REP. ENF.	1153
MUY MALO	3930
MALO	3633
BAJO	4792
BUENO	4848
MUY BUEN	2980
EXCELENTE	1262
Total	**22598**

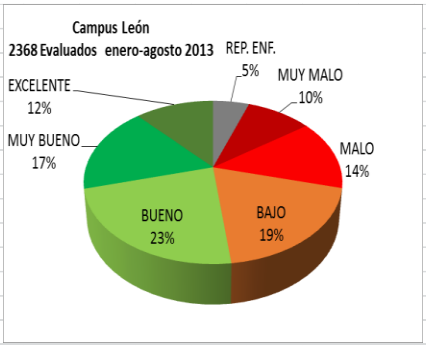


	Total
REP. ENF.	1301
MUY MALO	3255
MALO	3496
BAJO	4298
BUENO	5206
MUY BUEN	4041
EXCELENT	2409
Total	**24006**

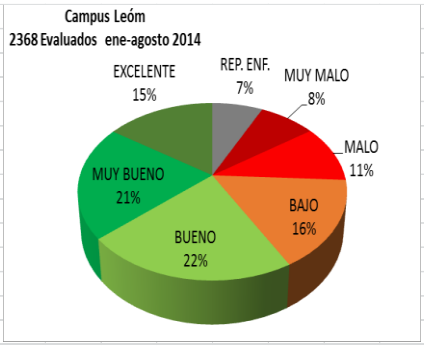


Universidad de Guanajuato, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 9%

Campus León	
REP. ENF.	125
MUY MALO	224
MALO	322
BAJO	440
BUENO	524
MUY BUEN	403
EXCELENTE	271
Total	**2309**

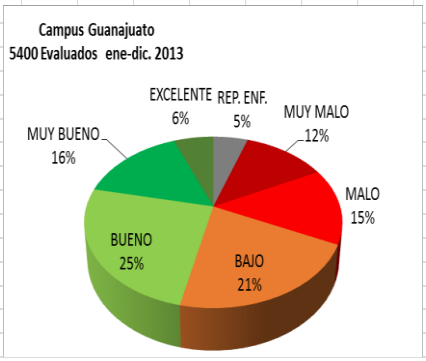


León	
REP. ENF.	172
MUY MALO	190
MALO	250
BAJO	380
BUENO	515
MUY BUEN	494
EXCELENT	367
Total	**2368**

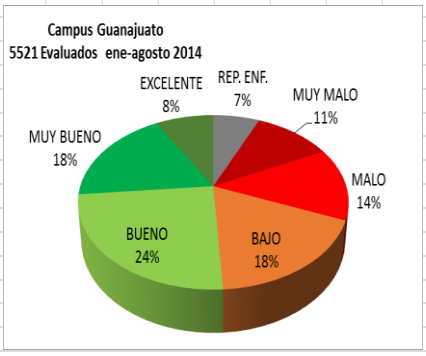


Campus León, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 6%

Campus Guanajuato	
REP. ENF.	279
MUY MALO	670
MALO	780
BAJO	1158
BUENO	1349
MUY BUEN	843
EXCELENTE	321
Total	**5400**

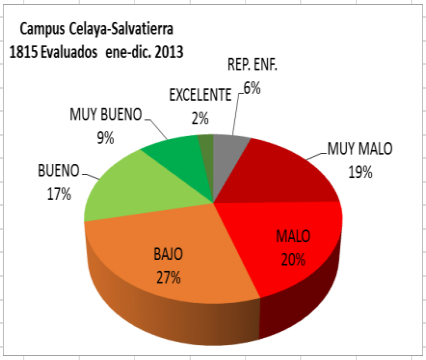


Ganajuato	
REP. ENF.	366
MUY MALO	609
MALO	748
BAJO	984
BUENO	1350
MUY BUEN	1005
EXCELENT	459
Total	**5521**

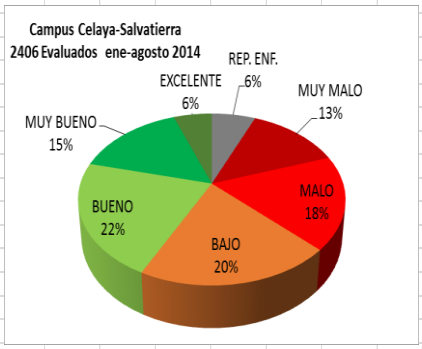


Campus Guanajuato, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 3%

Celaya-Salvatierra	
REP. ENF.	104
MUY MALO	344
MALO	370
BAJO	480
BUENO	309
MUY BUEN	164
EXCELENTE	44
Total	**1815**

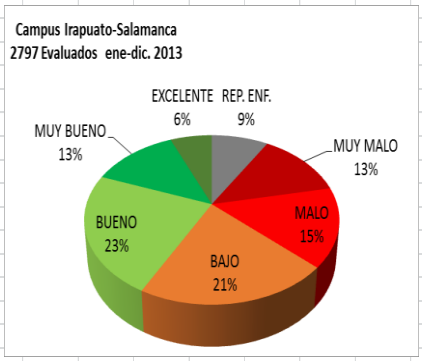


Celaya	
REP. ENF.	152
MUY MALO	321
MALO	424
BAJO	483
BUENO	520
MUY BUEN	373
EXCELENT	133
Total	**2406**

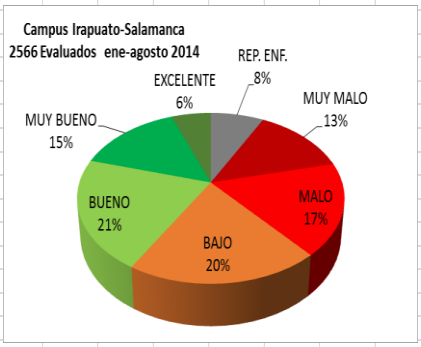


Campus Celaya-Salvatierra, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 15%

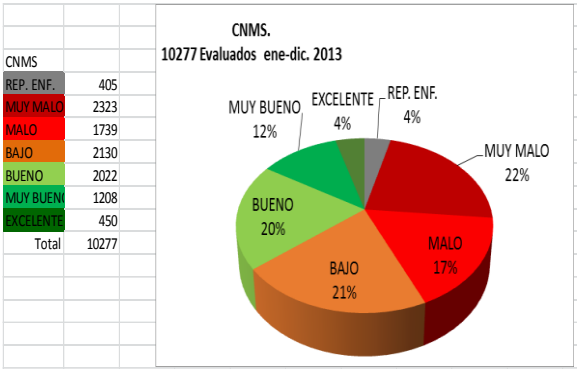
Irapuato-Samamanca	
REP. ENF.	240
MUY MALO	369
MALO	422
BAJO	584
BUENO	644
MUY BUEN	362
EXCELENTE	176
Total	**2797**



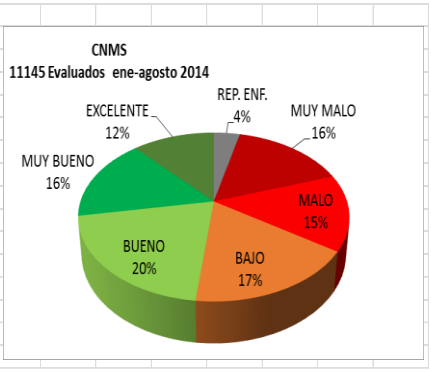
Irapuato	
REP. ENF.	197
MUY MALO	348
MALO	447
BAJO	508
BUENO	539
MUY BUEN	381
EXCELENT	146
Total	**2566**



Campus Irapuato-Salamanca, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 0%

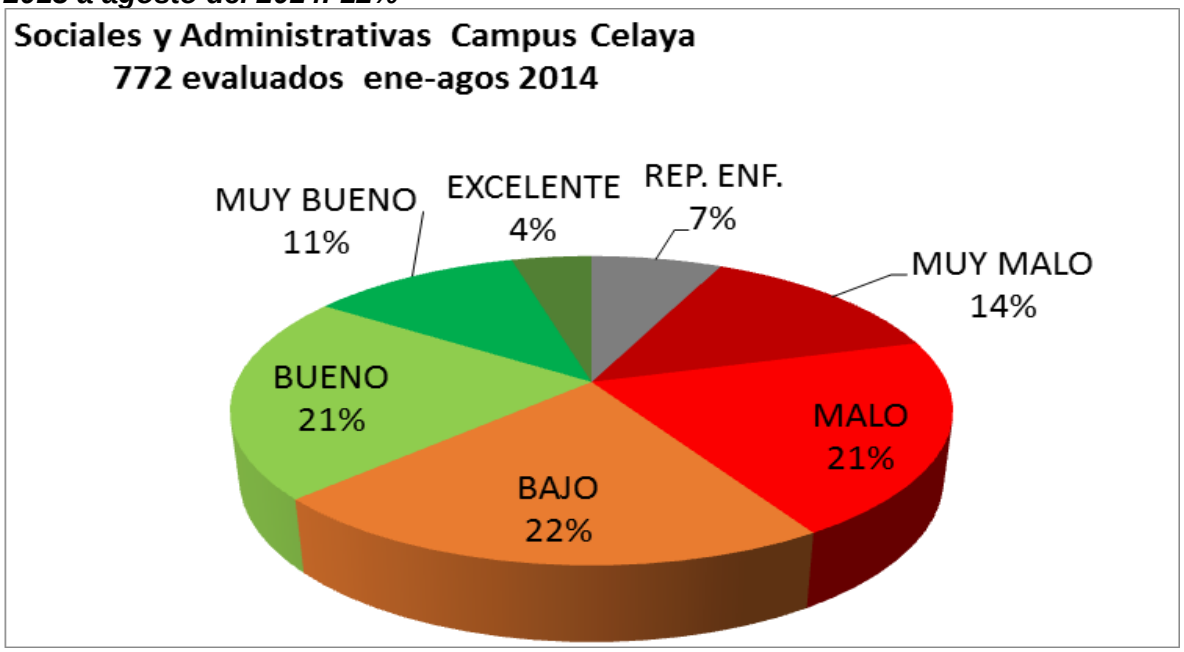


CNMS	
REP. ENF.	405
MUY MALO	2323
MALO	1739
BAJO	2130
BUENO	2022
MUY BUENO	1208
EXCELENTE	450
Total	10277

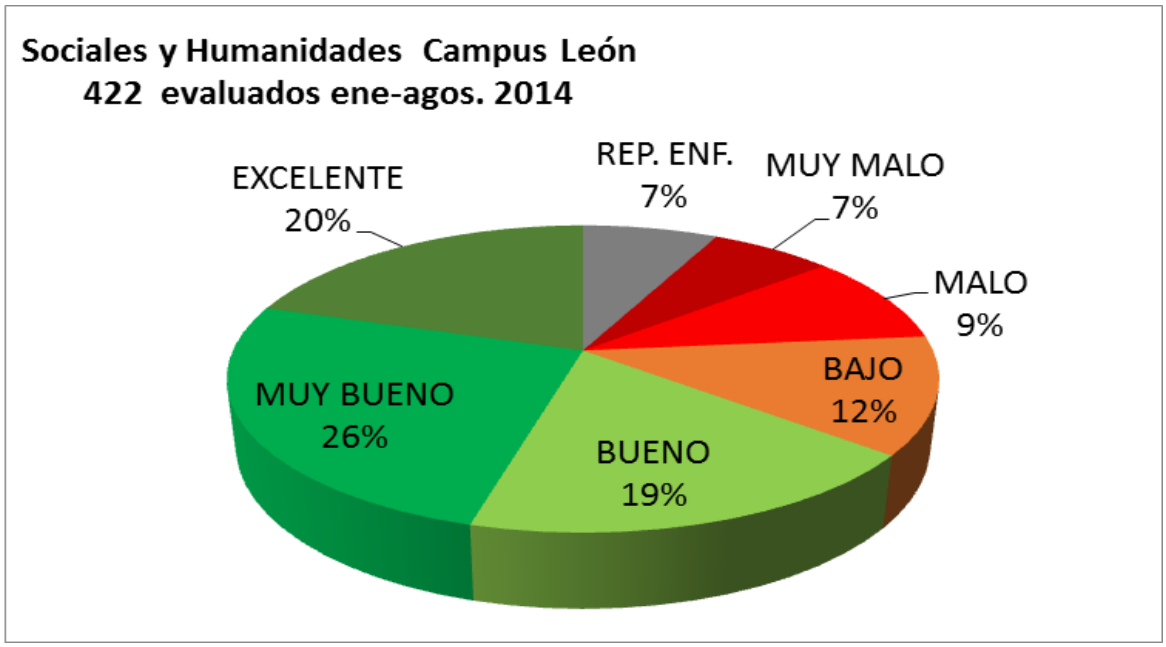


CNMS	
REP. ENF.	414
MUY MALO	1787
MALO	1627
BAJO	1943
BUENO	2282
MUY BUENO	1788
EXCELENTE	1304
Total	**11145**

Colegio del Nivel Medio Superior, disminución grupo de riesgo en el periodo enero 2013 a agosto del 2014: 12%



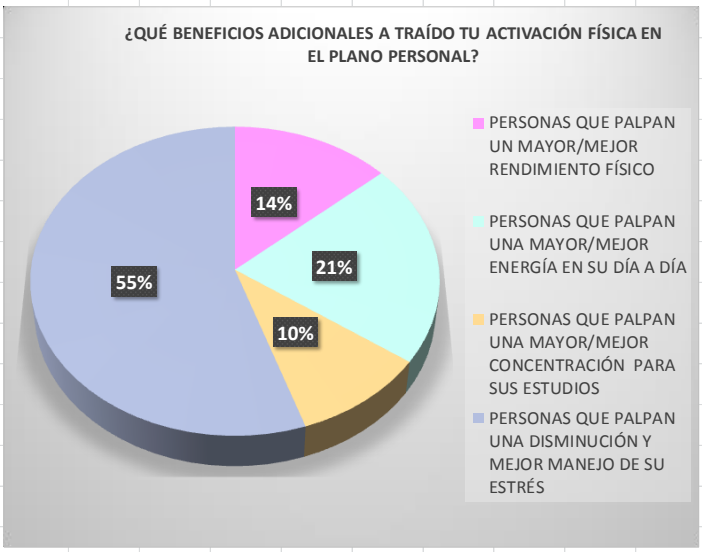
División con mayor porcentaje de estudiantes en zona de riesgo: Sociales y Administrativas del Campus Celaya-Salvatierra con 64%.



División con menor porcentaje de estudiantes en zona de riesgo: Sociales y Humanidades de Campus León con 36%.

Encuesta de satisfacción en participantes en el programa PERFIL, pregunta No. 2.

¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES A TRAÍDO TU ACTIVACIO	TOTAL
PERSONAS QUE PALPAN UN MAYOR/MEJOR RENDIMIENT	151
PERSONAS QUE PALPAN UNA MAYOR/MEJOR ENERGÍA E	236
PERSONAS QUE PALPAN UNA MAYOR/MEJOR CONCENTR	112
PERSONAS QUE PALPAN UNA DISMINUCIÓN Y MEJOR MA	615
TOTAL DE ENCUESTAS	1114



PERCEPCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES Y DIRECTIVOS UNIVERSITARIOS ACERCA DEL EXAMEN CLÍNICO INTEGRAL DEL PROGRAMA SU SALUD-UAQ

Romero-Márquez Rubén Salvador[1], Dudet-Alcocer Jesica[1], Aguilar-Galarza Beatriz Adriana[1], Romero-Zepeda Hilda[2], García-Gasca Teresa[1*]

[1]Facultad de Ciencias Naturales UAQ, [2]Facultad de Ingeniería. Programa SU SALUD-UAQ Universidad Autónoma de Querétaro. Av. De las Ciencias s/n Juriquilla, Querétaro. CP 76230. México. *tggasca@uaq.edu.mx

RESUMEN

Introducción: El programa SU SALUD-UAQ inició en mayo del 2012 con la finalidad de identificar el estado de salud de los estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro. En su primera etapa se incluyeron 4 facultades: Ciencias Naturales, Ingeniería, Informática y Medicina. **Objetivo:** Identificar la percepción y conocimiento en estudiantes y personal directivo sobre el examen clínico integral del programa SU SALUD-UAQ después del primer año de implementación. **Materiales y métodos:** Se elaboró una encuesta para determinar percepción y nivel de conocimiento sobre la utilidad del examen clínico integral del programa SU SALUD-UAQ. La valoración de las respuestas se cuantificó en una escala del 0 al 10. **Resultados:** La encuesta en 76 estudiantes mostró una calificación de 7.4 para el examen clínico, entrega tardía e incompleta de resultados 6.7, confianza en el personal de salud 7. El 68% consideró como necesario el estudio. Se identificaron problemas como falta de transporte, flujograma de atención inadecuado, falta de infraestructura. El 50% de los directores de facultades tenía un conocimiento parcial del programa, el 100% lo consideró necesario para identificar factores de riesgo y enfermedades. De las autoridades administrativas, el 100% conocía parcialmente el programa, lo consideraron útil para prevenir enfermedades y viable para institucionalizarlo en la Universidad. **Conclusiones:** El examen clínico integral de salud es identificado como una estrategia adecuada de la UAQ para detectar problemas de salud de los estudiantes, requiere infraestructura física, mobiliario, equipos y personal para lograr adecuado funcionamiento y evitar insatisfacción de servicios otorgados.

Palabras clave: Programa de salud, percepción.

ABSTRACT

Introduction: UAQ health program began in May 2012 with the aim of identifying the health status of new students at the Universidad Autónoma de Querétaro. In the first phase 4 faculties were included: Natural Sciences, Engineering, Computing and Medicine**.** **Objective**: To identify the perception and knowledge of students and managers on the clinical examination of the UAQ health program after the first year of implementation. **Materials and Methods**: A survey was developed to determine the level of awareness and knowledge about the clinical usefulness of the program. The assessment of responses was quantified on a scale of 0 to 10 **Results**: The survey showed 76 students with a score of 7.4 for clinical examination, late and incomplete delivery with 6.7, confidence in staff health with 7. The study was considered necessary in 68%. Problems such as lack of transportation, inadequate attention flowchart, lack of infrastructure were identified. Fifty percent of the directors of faculties had partial knowledge of the program, 100% considered it necessary for identify risk factors and diseases. Administrative

authorities partially knew the program, considered useful for preventing diseases and feasible to institutionalize. **Conclusions**: The clinical health examination is identified as a suitable strategy to detect health problems of students, requires physical infrastructure, equipment and staff to ensure proper operation and to avoid dissatisfaction of services provided.

Keywords: Health Program, perception.

I. INTRODUCCIÓN

La universidad como un espacio social, representa un área de oportunidad para favorecer el desarrollo del país y tiene un papel clave en la creación de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura a favor de la salud en la comunidad universitaria (Muñoz y Cabieses, 2008; Arroyo, 2012). En el año 2012, la Universidad Autónoma de Querétaro creó un programa de evaluación de salud (examen clínico integral), el cual ha implementado en cuatro de las catorce facultades de dicha institución. Este programa va dirigido a los alumnos de nuevo ingreso y cada año durante toda su estancia universitaria. El objetivo es que los alumnos conozcan su estado de salud, así como que a través del mismo Sistema Universitario de Salud, Sector Público o Privado el alumno pueda tratarse en caso de presentar alteraciones y egresar de la Universidad no sólo con mayor competitividad profesional sino en mejores condiciones de salud. La implementación del Examen Clínico Integral en los alumnos es una estrategia adecuada para prevenir complicaciones futuras en materia de salud sin embargo, durante la ejecución del programa se han detectado algunos problemas como lo son la impuntualidad o inasistencia de los alumnos, no acuden en las condiciones que se les indica, no llevan ropa deportiva, entre otras. Esto limita la operación y funcionalidad del examen clínico, por lo que es importante evaluar el programa así como las personas involucradas en él como autoridades, directivos y alumnos, a través de un análisis FODA para mejorar y lograr ampliar su cobertura.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

El tipo de estudio fue transversal, observacional y descriptivo

Muestra

El tamaño de muestra fue de 3 autoridades de la administración central (Rector, Secretaria de la Rectoría, Secretaria Particular), 4 directores de las facultades donde se ha llevado a cabo el examen de salud (Ciencias Naturales, Ingeniería, Medicina e Informática) 5 evaluadores de las diferentes áreas (Nutriólogo, psicólogo, activador físico, fisioterapeuta), 1 coordinador del programa y 77 estudiantes.

La unidad muestral se manejó en prevalencias, retención de estudiantes que continúan en el programa, número de encuestas positivas y negativas, y frecuencias. La medición estadística fue descriptiva, con frecuencias y porcentajes.

Los criterios de inclusión

Para el análisis retrospectivo se consideraron los alumnos que ingresaron a partir del año 2012 y directivos pertenecientes a las facultades participantes. Se consideró el número de veces que se repitieran las respuestas de las encuestas.

Diseño del instrumento

A los alumnos se realizó una encuesta de salida posterior al examen de salud integral, en este grupo se evaluó la calidad en el servicio por parte del personal, las instalaciones donde se realiza la evaluación, así como la percepción del autocuidado personal en materia de salud.

A los directores de las 4 facultades donde se realizó el examen de salud así como al resto de las autoridades se les entrevistó uno por uno y la información se recabó en una grabadora. Las preguntas a este grupo fueron dirigidas hacia la percepción y alcances del programa.

RESULTADOS

La encuesta fue aplicado a un total de 77 alumnos, que corresponden a las carreras de Nutrición, Biología y Veterinaria, de los cuales el 69% fueron mujeres, el 31% hombres. La calificación promedio que recibió el examen de salud fue de 7.4. Entre los aspectos peor evaluados fueron, en primer lugar, la entrega de resultados (calificación promedio 6.7), que no se les entregaron a tiempo y/o completos. En segundo lugar, la confianza que le inspiran los evaluadores y el espacio donde se realiza las mismas (calificación promedio 7.05). A pesar que dicen no tener confianza con los evaluadores, reconocen que estos tienen una actitud apropiada al responder dudas, además que cuentan con el conocimiento en su área. Más de la mitad de los alumnos reconoce la necesidad del examen clínico integral, es decir, consideran importante realizarse un chequeo anual de su estado de salud (68.8%). Además comentan que les gusta la idea que la universidad se preocupe por su salud.

El 100% de los directores y las autoridades consideran importante que se realicen este tipo de evaluaciones debido a las siguientes razones: se puede prevenir enfermedades, para recabar información de los estudiantes, para evaluar indicadores de rendimiento, evaluar a la institución y también para cambiar la cultura de solo asistir a consulta si se está enfermo. En contra parte, la principal limitación es la económica, que los principales obstáculos que se presentan son: a) el capital económico, b) capital humano y en muchas ocasiones el consejo estudiantil decide quién es el concesionario de la cafetería y qué tipo de alimentos se venden, d) puestos ambulantes que venden alimentos poco saludables, e) una cultura de corrección y no de prevención a la salud (Figura 1).

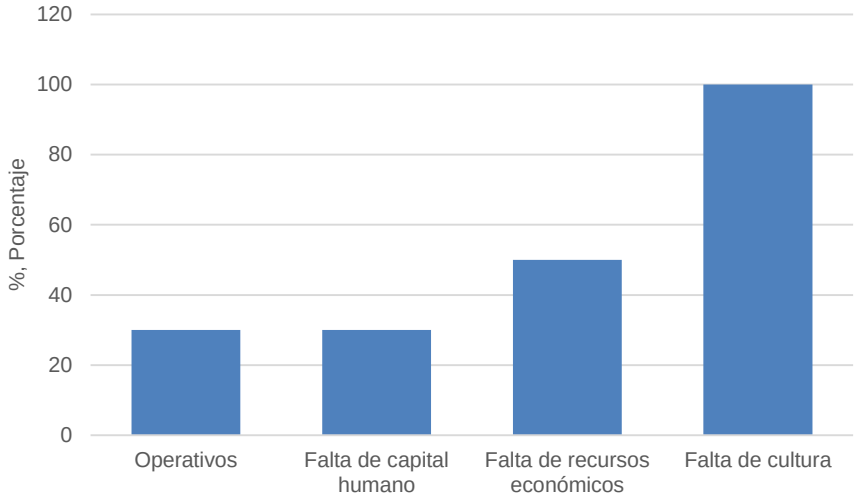


Figura 1. Principales problemas detectados por autoridades y directivos respecto al Programa SU SALUD-UAQ

Los problemas que se han presentado, de acuerdo a la parte operativa del programa son: poca comunicación, falta de transporte y fallas en la organización de las evaluaciones, finalmente otra problemática reportada por los evaluadores es la falta de interés de los alumnos (Figura 2). En la Figura 3 se muestra el análisis FODA resultante.

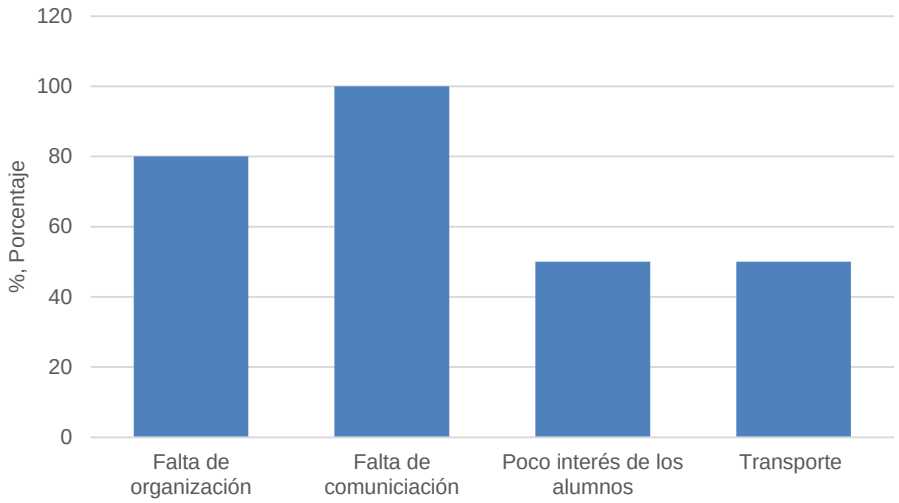


Figura 2. Problemas detectados en la parte operativa del Programa SU SALUD-UAQ

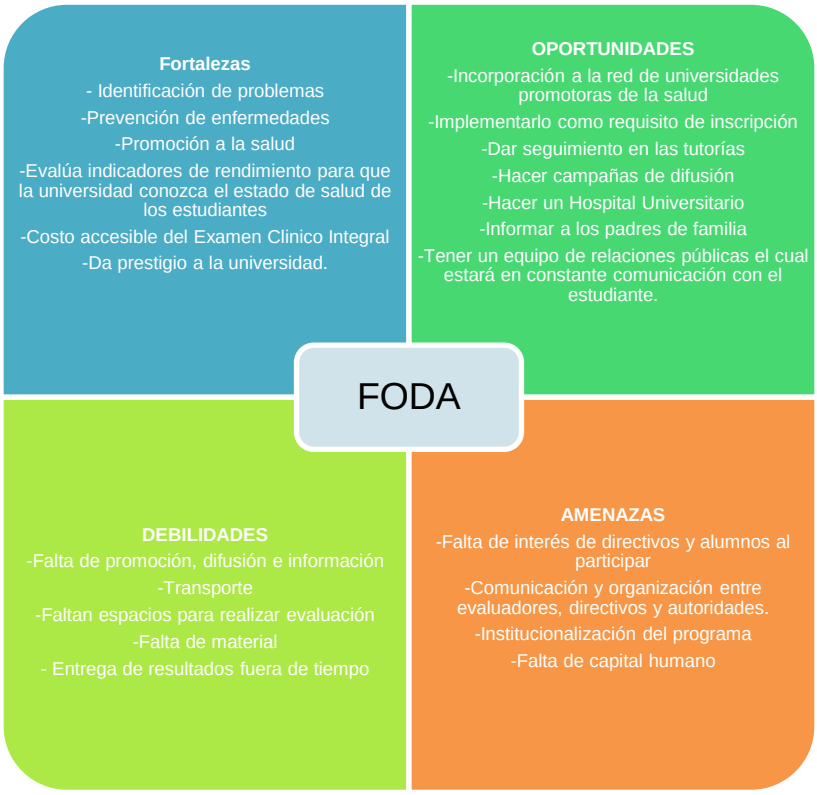


Figura 1. Análisis FODA del Programa SU SALUD-UAQ

III. DISCUSIONES Y CONCLUSIÓN

Un joven universitario se considera en una etapa de aprendizaje que consolida la forma de interacción social, donde se define la identidad y principalmente los jóvenes generan la toma de responsabilidad de sus actos. Como un espacio social, la universidad representa un área de oportunidad para favorecer el desarrollo del país y tiene un papel clave en la creación de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura a favor de la salud en la comunidad universitaria (Torres Flores y col., 2008). A través de los resultados analizados, se detectó que tanto alumnos como autoridades consideran importante llevar a cabo el examen de salud principalmente en materia de prevención de enfermedades y, a su vez, tener una cultura de monitoreo de la salud, lo que representa la principal fortaleza del programa. Existen algunas limitaciones en relación al recurso económico y humano con el que cuenta el examen de salud sin embargo, para lograr llegar a tener mayor impacto es necesario trabajar en conjunto autoridades, directivos y personal en términos de promoción, difusión de resultados y con ello dar a conocer el trabajo que se está realizando. En México, se estima que en los próximos 10 a 30 años se tendrá el mayor número de jóvenes en la historia, lo que se traduce en la oportunidad de alcanzar mejores niveles de vida a través de acciones que vinculen la educación superior como la salud, lo cual forma parte de la perspectiva del programa Examen de Salud Integral UAQ.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arroyo, H. V. 2012. Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud.

Muñoz, M.; Cabieses, B. 2008. Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro?

Torres Flores, B.; Capetillo Hurtado, J. M.; Barranca Enríquez, A.; Hernández Pacheco, J., 2008. Paso a paso en la construcción de la Universidad Saludable.

PAISAJES URBANOS DE RIESGO: LA CRISIS ECONÓMICA DE 2008 Y LA SALUD URBANA

Carlos Ríos Llamas

Resumen

El impacto de la crisis económica mundial de 2008 nos arroja referencias importantes para entender cómo están impactando las doctrinas y acciones económicas sobre la crisis en salud urbana. En un recuento de las circunstancias en que se genera la crisis desde las doctrinas hegemónicas preponderantes y las características propias de la época, podemos revisar las vinculaciones que se establecen entre el económico capitalista y la morfología urbana, para entender el desplazamiento horizontal de las ciudades y la segregación que se deriva de los aglomerados de inmigrantes y la exclusión de algunos grupos. A partir de esto, podremos identificar la interacción de algunos determinantes de salud pública, como la insuficiencia de infraestructuras y servicios de atención, que han tenido un impacto particular sobre los más pobres urbanos.

Salud urbana / capitalismo / crisis mundial / morfología urbana

Abstract
The impact of the financial crisis of 2008 reproduces many important references to understand how the economic doctrines and actions have influenced the urban health crisis. On a deep view through the circumstances in which the global crisis was generated from the prevailing hegemonic doctrines and the specific characteristics of the last decades, we can perceive the linked elements between capitalism and urban morphology. It will help us to understand the urban sprawl and the increased segregation resulting from the exclusion of immigrants and minorities. After that, we could identify the interaction established between some of the determinants of public health, such as inadequate infrastructure and healthcare services, which have had a particular impact on the urban poor.

Urban Health / Capitalism / World Crisis / Urban Morphology

INTRODUCCIÓN. La generación de una crisis global y el peso de una economía hegemónica

Aunque no es la única crisis económica que ha conocido la historia de la humanidad, la del 2008 sigue siendo la que más impacto ha tenido a nivel mundial, costando a millones de personas la pérdida de sus ahorros, sus empleos y sus hogares. Simon Johnson (2009) explica que las circunstancias derivadas de la crisis del 2008 podrían ser peores que aquellas de la Gran Depresión debido a que el mundo actual está mucho más interconectado que antes y el sector bancario es mucho mayor. De aquí que la caída se perciba en casi todos los países con características constantes como la pérdida de confianza de los individuos, el debilitamiento de los liderazgos y el desequilibrio en el sector bancario y las élites de poder.

A lo largo de la historia del capitalismo han sido frecuentes las crisis financieras y monetarias, aunque se han intensificado y se vuelto cada vez más frecuentes en las últimas tres décadas (Harvey, 2012). Con base en las estadísticas de Thomas Piketty el gran peso de la economía de Estados Unidos al momento del estallido de la crisis impactó los ciclos económicos mundiales: en 2007 la economía estadounidense representaba en 21.4% del PIB *per capita* mundial, mientras que la totalidad de la Unión Europea significaba el 29.9%, Japón el8.4% y China 2.3% (Piketty, 2013). Este nuevo panorama económico y las múltiples redes entretejidas entre las naciones y empresas, no sólo agravaron los determinantes de la crisis sino las consecuencias y dificultades para la recuperación.

Los principales antecedentes en la historia de las crisis del capitalismo se habían visto en 1929 con la crisis del fordismo. Este esquema económico, que apostaba a los incrementos salariales para incentivar el consumo de masas, ponía el énfasis en la alza de la productividad como motor del capitalismo. No obstante, a la crisis del sistema fordista sobrevino el derrumbe de las políticas económicas keynesianas (basadas en la consideración de que la variable fundamental que mueve la actividad económica es la demanda global) y el triunfo del Consenso de Washington. Este último, proponía un modelo de recuperación basado en ocho ejes principales, entre ellos la reorientación del gasto público para reducir en subsidios e invertir en salud y educación; las reformas fiscales para evitar fugas de capitales; la liberalización financiera a favor del mercado; subsidios sobre los tipos de cambio para hacerlos más competitivos y liberalizar el comercio con respecto a los aranceles y tratados; entre otros (Williamson, 1998). Las

consecuencias del Consenso de Washington y la generalización en la aplicación de sus políticas son fundamentales para entender la evolución de la economía y las finanzas a partir de los ochentas y hasta nuestros días.

La gran diferencia de esta crisis con las anteriores, dice Stiglitz (2010), es que se gestó en Estados Unidos y no se contuvo allí sino que impactó a todo el mundo. Mientras que las expectativas mundiales de varias décadas apuntaban a Estados Unidos como gestor de políticas económicas, y no de crisis, esta vez sus vínculos les influyeron de manera negativa.

Los detalles de la catástrofe en su vinculación con la burbuja inmobiliaria han sido expuestos muchas veces. En Estados Unidos se había creado una burbuja con los desarrollos de viviendas que, al explotar con la caída estratosférica de los precios de las casas, expuso las debilidades del mercado financiero y la especulación sobre los capitales excedentes que se invertían en el sector inmobiliario como una medida alternativa para la continuidad del flujo de capital. Aquellos que habían adquirido créditos superiores al valor de sus casas, perdieron no solamente la posibilidad de pago sino los ahorros que habrían destinado a la educación de sus hijos y a un estilo de vida digno en su retiro del campo laboral. Los estadounidenses habían vivido un sueño; el país más rico del mundo estaba gastando más de lo que tenía y su economía, y la de otros países, pronto sufrirían las consecuencias.

Sobre las casas ya hipotecadas se impusieron nuevos créditos. La apuesta se dirigía al restablecimiento de la economía con base en el consumo, sin tomar en cuenta que los ingresos habían disminuido y que los prestamistas habían rebasado todos los récords de ganancia con base en intereses. Pero estos préstamos se habían basado nuevamente en los preciso de las casas y la esperanza de que pronto se incrementarían, o al menos que ya no seguirían cayendo (Stiglitz, 2010). La crisis fue definitiva entonces. Y en una mirada retrospectiva, dice Simon Johnson, se puede observar dos problemas principales que se interconectaron: la desesperación del sector financiero, de por sí dañado, que buscaba cualquier recuperación que fuera generada en los estímulos fiscales; y la balanza política que dio al sector financiero la primacía sobre las políticas públicas a pesar de toda impopularidad (2009). Las consecuencias en desigualdad y pérdidas en la cohesión social que se derivaron de estas medidas, y que se exponen en los capítulos siguientes, exigen un análisis de la crisis desde las ideas rectoras que la generaron (capítulo 1), las geografías urbanas que la incentivaron y aquellas que le resultaron como consecuencias (capítulo 2), y una reflexión profunda sobre las nuevas estructuras de protección social, en concreto la de salud urbana (capítulo 3).

1. Doctrinas económicas hegemónicas y las ciudades como espacios de influencia

En una valoración de las teorías económicas actuales, Paul Krugman afirma que no obstante los adelantos de la civilización que se habían alcanzado hasta el 2009, la teoría económica se había convertido en un campo nuevamente controlado por la barbarie (2012). Sobre la justificación de tales afirmaciones, explica el mismo autor que el sustento teórico político-académico está fundamentado sobre ideas irracionales (ídem); y después lo clarifican algunos como Gary Dymski que critica las explicaciones de los economistas a la crisis, casi siempre basadas sobre la codicia y pérdida de los límites de las entidades financieras, y la irresponsabilidad de las agencias calificadoras de créditos (2011). Poco se ha dicho, sin embargo, de las implicaciones que tuvo la territorialización de la

economía, y la correlación que existe entre las teorías de planeación urbana y sus fundamentos económicos.

Las ciudades no deben seguir siendo consideradas al margen de los problemas económicos y políticos. Con frecuencia, las poblaciones urbanas desestabilizan a las naciones y se convierten en catalizadores para los cambios más radicales en la vida política, económica y social (N'Daw, 1996). Dado el impacto internacional de los problemas urbanos en el mundo moderno, se vuelve necesario un trabajo de reflexión e internacional sobre los problemas urbanos, no solamente en vías de mejora de la calidad de vida en las concentraciones urbanas, sino como medida para la prevención de las crisis internacionales. Y siguiendo la afirmación de Gary Dymski (2011), de que la profundidad de las crisis económicas del sistema capitalista evidencia la necesidad de investigaciones cuidadosas de la historia y no sólo de recuento de anécdotas, la convergencia de explicaciones a partir de las ciudades como espacios de influencia de las teorías económicas permite la observación espacio-temporal de la crisis, además del los detalles de tipo social y cultural que se le vinculan.

La urbanización por sí misma no es ningún problema. Al contrario, el enriquecimiento económico y el bienestar social están asociados directamente con los procesos de concentración urbana (Glaeser, 2011; Patel y Burkle, 2011). La dificultad surge de la rapidez con que se han dado los procesos de urbanización y el aumento de la frecuencia con que ocurren las crisis económicas del capitalismo, ambos fenómenos muy probablemente ligados entre sí. El aumento en los índices demográficos en las ciudades ya no se debe a las capacidades naturales del territorio, sino a un conjunto de decisiones que le dotan de riqueza económica y cultural (CEPAL, 2012). Según Edward Glaeser en su obra *El triunfo de las ciudades: Cómo nuestra mejor creación nos hace más ricos, más inteligentes, más ecológicos, más sanos y más felices* (2011), las concentraciones urbanas han sido, desde la época de Platón y Sócrates, un espacio para el mercado. La prosperidad y la riqueza constituyen, pues, una de las finalidades originales de las ciudades a través de la historia que no pueden separarse del progreso de los seres humanos. No obstante, la depredación de que ha sido víctima el territorio urbano en las últimas décadas es una consecuencia de esta misma doctrina: el espacio urbano visto como un campo abierto para la inversión de capital y el territorio urbano privatizado para la absorción de los excedentes de acumulación de capital (Harvey, 2012) degeneraron rápidamente en formas urbanas de exclusión y el recrudecimiento de las brechas entre los ricos financieros y desarrolladores inmobiliarios, y los pobres urbanos acreedores de viviendas sobre créditos inestables y la promesa de prosperidad tan prometida por las ciudades modernas.

Una de las doctrinas que surge como respuesta a la crisis de 1929, es la que algunos economistas como Paul Krugman han llamado "liquidacionista" (2012). Se pretendía, a partir de esta doctrina hoy tan bien asimilada, que el remedio a las crisis económicas estaría en una política deflacionaria interna que acabara con todos los excesos "no rentables". En esta misma lógica el sufrimiento que resulta de las restricciones en el gasto público se consideraba como algo necesario y natural. Las consecuencias que tiene una lógica como esta en las morfologías urbanas son muy importantes: la explosión demográfica rebasó la capacidad de las autoridades locales para proveer a las ciudades con los servicios básicos, como los de salud y educación.

Ya en 2009, en su artículo *"¿Cómo pudieron equivocarse tanto los economistas?"* Krugman criticaba la miopía de los economistas que, poco antes de la crisis del 2008, se

compartían sus argumentos económicos sobre fundamentos matemáticos y cálculos racionales. Por varias décadas los responsables de las decisiones más importantes en materia económica, incluyendo la Reserva Federal y el Banco Monetario Mundial, habían asumido que una política económica concentrada en el control de precios, el buen manejo de las tasas de interés, el control de la inflación, y la apertura de mercados, estaría fuera de las consideraciones de cualquier crisis. No obstante, esta concentración de los profesionales en lo que dice la teoría de la disciplina económica, y al mismo tiempo la poca importancia que se dio a la revisión de los resultados, permitió no sólo la gestación de la crisis económica, sino el recrudecimiento de la desigualdad. En efecto, y de acuerdo con lo que dice Stiglitz (2012), la concentración de la riqueza de una nación en el 1% de la población, bien se podría justificar desde los principios de una doctrina macroeconómica.

Otra consecuencia de los principio económicos imperantes es que tanto las políticas de distribución, como la regulación del mercado, se dejaron en manos del sistema macroeconómico con graves consecuencias: los grandes bancos absorbieron a los más pequeños y las decisiones quedaron en manos de unos cuantos cuyo único fin era la financiarización de la economía mundial (Krugman, 2009). Una nueva versión del Consenso de Washington propondría que mantener el dinamismo de la producción y el refuerzo de las instituciones podrían solucionar el conflicto regulatorio y distributivo generado por la crisis (Rodrik, 2006). En las ciudades esto se tradujo de manera considerable en el aumento de los índices de desigualdad como consecuencia de las débiles políticas distributivas y el papel secundario que se otorgó al empleo que se había convertido en el recurso principal de la población para obtener ingresos, y a veces el único medio. La baja inflación y el control del interés se cuidaron con mucho más ahínco que el empleo. Al grado que el desempleo fuera considerado por algunos economistas como “necesario” para el funcionamiento de los procesos económicos, e inclusive, dicen algunos, como resultado de que algunos “deciden” tomarse un tiempo de descanso (Stiglitz, 2012). Se puede afirmar, entonces, que en la crisis estuvieron implicados los postulados de varios economistas como Friedman y Greenspan (Krugman, 2009), y que los sistemas macroeconómicos estaban concentrados en la especulación financiera más que en el desarrollo económico. Al mismo tiempo las monopolizaciones de los bancos y su entrada en este mercado especulador, les impedían cumplir con sus funciones principales de otorgar crédito y cuidar el riesgo.

2. Las geografías urbanas antes y después de la crisis

En su obra *Evil Paradises: Dreamworlds of Neoliberalism* (2007), Mike Davis y Daniel Bertrand
Monk construyen en una serie de ensayos utópicos las formas contemporáneas de proyectar y edificar para los espacios de consumo, de poder y de pertenencia. De acuerdo con los autores, el mundo contemporáneo, y en concreto el heredado del modelo capitalista, se construye cada vez más sobre la lógica de privatización y fortificación del espacio urbano y de monumentos cada vez más fantasmagóricos. Las redes geográficas urbanas se escriben bajo la premisa del incremento en los flujos financieros de capital para la administración de los recursos de manera global (Harvey, 2012). Así, las configuraciones urbanas de principios del siglo XXI se encuentran más que nunca, vinculadas a los procesos económicos y las doctrinas hegemónicas que los regulan.

La evolución de las ciudades a partir de la segunda mitad del siglo XX obedeció a factores como la rápida explosión demográfica urbana y las transformaciones económicas cada

vez más industrializadas. De modo que millones de personan migraron de las zonas rurales, y de un sector agrario poco apreciado por las políticas públicas, hacia las grandes concentraciones urbanas donde buscaban un empleo en el sector industrial y una mejor calidad de vida (N'Daw, 1996). El principal problema de la urbanización acelerada pronto se haría sentir. En 2008 el 50% de la población mundial vivía en las ciudades, cifra que no se esperaba sino hasta después de la siguiente década (Patel y Burkle, 2011). La infraestructura urbana y los servicios públicos pronto se hicieron insuficientes debido a las características propias de cada lugar, a los recursos propios de la región, su propensión a los desastres y sobre todo a la densidad poblacional de las ciudades.

Cuando, a partir de los ochentas, y sobre todo en Estados Unidos, el sector financiero se liberó de la regulación del Estado y se convirtió él mismo en el aparato que regularía el Estado, los intereses particulares se sobrepusieron a los públicos (Harvey, 2012). En las ciudades, por ejemplo, se multiplicaron los grandes edificios y pronto se convirtieron ellos mismos en producto de consumo. La arquitectura de marca apareció para evidenciar que las ciudades entraban al mercado y que el territorio podía incluirse entre los objetos de compraventa. Desde el poder simbólico de los edificios, quedó claro que las formas arquitectónicas también influían para manifestar "lo que una ciudad es y lo que puede llegar a ser" (Klingmann, 2006: 149). El impacto económico positivo de la inclusión de lo arquitectónico-espacial a favor del sistema de acumulación de riqueza, derivó también en importantes transformaciones sociales y culturales en las ciudades. La ciudad, entonces, se convirtió en un elemento esencial para la sobrevivencia del capitalismo ante las predicciones de su inminente desaparición; y la posibilidad de utilizar el territorio para absorber los capitales excedentes mediante el desarrollo inmobiliario, no solamente revolucionaron la morfología urbana, sino que se entretejieron cada vez más con el pensamiento económico preponderante y las ciudades se vieron implicadas en las terribles consecuencias de la crisis.

3. La salud urbana ante la crisis económica mundial: entre las iniciativas políticas y la territorialización de la desigualdad

De acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), la salud urbana va mucho más allá de la salud pública porque en ella interactúan múltiples factores y sectores como los de vivienda y transporte. La noción de salud urbana implica rebasar los ámbitos del individuo y de la familia para ver la ciudad como un conjunto amplio de determinantes sociales y ambientales de salud. Un análisis realizado también en 2007, revelaba que la mortalidad infantil en 47 países en vías de desarrollo era 1.4 veces superior en las áreas urbanas sobre las rurales y que en ciudades como Nairobi, Kenia, el índice de mortalidad en las zonas segregadas era más alta que el total nacional en las zonas rurales (Friel, 2011).

El impacto de la crisis económica del 2008 en materia de salud se vio reflejado, en primer lugar en los precios de los alimentos y sus ulteriores implicaciones sobre la nutrición poblacional urbana (Sonogo y Luma, 2009). La crisis alimentaria mundial que se desató desde el 2008 implica grandes cambios estructurales en el orden agroalimentario mundial; mientras los grandes empresarios obtienen mayores beneficios como resultado de la alza de precios en los productos, la poca presencia de políticas públicas en este rubro permite la exacerbación de las consecuencias en salud (Rubio, 2008). Asimismo, la multiplicación de los supermercados y los monopolios sobre algunas regiones urbanas favorece los ambientes obesogénicos y el incremento de las enfermedades que se les derivan, sobre todo en los nuevos desarrollos horizontales que surgieron a raíz de la explosión urbana y

el desarrollo inmobiliario, derivaron en la desaparición de los pequeños comercios locales y los productos no industrializados.

Entre los efectos de la crisis sobre la vivienda, y a partir de la especulación inmobiliaria que detonó en la crisis financiera mundial, en los años posteriores se suman al abandono de los desarrollos habitacionales que fueran abandonados por imposibilidad de pago, las constantes reducciones en la industria de la construcción. En Holanda, por ejemplo, en el 2014 se calcula que el número de viviendas que se construirán en todo el año es de apenas 40 000, la mitad de las 80 mil viviendas que se construían en el 2007, antes del estallido de la crisis. (Aparicio Laridés y Alonso, 2013). Hasta entrada la década de los noventa las minorías raciales estaban lejos de adquirir un crédito o financiamiento hipotecario, pero las políticas de los mercados crediticios se transformaron con una gran irresponsabilidad sobre la máxima de que los bancos deberían evaluar los riesgos; como era de esperarse, ante el alza de los intereses de por sí elevados con que se otorgaron estos créditos, pronto vino el impago y el desenlace aún más precario de estas minorías (Dymski, 2011). Al abandono de las casas por impago y la segregación de los nuevos “sin techo” surgidos a raíz de la crisis, se siguen las aglomeraciones en las periferias y *banlieues* urbanos con sus correspondientes incrementos en violencia y desprotección social.

Cuando Edward Glaeser, que proclama *El triunfo de las ciudades* (2011), trata el asunto de la pobreza urbana, admite que todas las ciudades reconocen una zona para los pobres y otra para los ricos. Para este autor la pobreza no implica la desigualdad y marginación urbanas sino una etapa necesaria de estos pobres urbanos en su proceso de integración en las ciudades. Entiende que la diversidad de habilidades implica un proceso de ascenso de los menos diestros con respecto a la gran variedad de oportunidades que se establecen en las ciudades. No obstante, y ante las circunstancias derivadas de la crisis, es importante traer a colación un elemento fundamental: el empleo. Viviana Forrester en *El horror económico* (1997), expone las consecuencias sociales y culturales del desempleo en un mundo en el que se condiciona el derecho a vivir con base en el trabajo. El sistema económico derivado de las doctrina hegemónicas habría desencadenado una lógica de productividad y de consumo que no se puede entender desde aquellos que se autoexcluyen por circunstancias obligadas en la lógica de los “procesos naturales de integración a las dinámicas urbanas del modelo capitalista”, que entiende Glaeser.

La gobernanza en salud urbana y las acciones públicas distan mucho de ser eficientes para las circunstancias actuales. La OPS (2007) insta la formación de grupos de participación ciudadana. Pero el problema de fondo es mucho más radical: los intereses de la élite financiera que tuvieron un papel fundamental en la generación de la crisis siguen resonando en el fondo de los gobiernos (Johnson, 2009). Mientras siga la tibieza del Estado para enfrentar la depredación de los grupos dominantes sobre los bienes públicos, la brecha entre ricos y pobres seguirá aumentando, y al mismo tiempo la pérdida de las condiciones generales de salud urbana.

Algunos podrían decir, en la lógica de la austeridad y la doctrina económica liquidacionista, que el sufrimiento es natural a los procesos históricos de transformación económica y que el desempleo, la austeridad fiscal y las restricciones monetarias, son necesarios. Sin embargo, la perspectiva de la austeridad no solamente evidencia la poca madurez de las iniciativas políticas sino que se ha demostrado su fracaso por la falta de solidez de las pruebas en que se sustenta (Krugman, 2012). Tal como lo expresa Thomas Piketty en su reciente libro *Capital in the Twenty-First Century*, al parecer la inequidad es

un producto suplementario del capitalismo y arrastra cada vez más hacia entornos socialmente destructivos. Las ciudades se baten, entonces, entre las nuevas morfologías urbanas que se reprodujeron con base en el incremento de capitales y la especulación inmobiliaria, y siguen siendo las depositarias principales de las consecuencias de la crisis en tema de seguridad alimentaria, atención y servicios de educación y salud, y la protección de una calidad de vida que parece haberse quedado en el discurso de las ciudades modernas y de las doctrinas capitalistas que originaron esta crisis de la que no logramos reponernos todavía.

REFERENCIAS

Aparicio Laridés, Susana y Juan Alonso, 2013, “Efectos de la crisis actual en Holanda”, En La ciudad viva, diciembre.

CEPAL, 2012, Población, territorio y desarrollo sostenible, Santiago, Chile, Naciones Unidas.

Dymski, Gary A., 2011, “La exclusión racial y la economía política de la crisis del crédito de alto riesgo”, En Costas Lapavitsas y Carlos Morera, La crisis de la financiarización, México/Buenos Aires, UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas y Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

Forrester, Viviana, 1997, El horror económico, México, Fondo de Cultura Económica.

Friel, Sharon, 2011, “The Determinants of Urban Healthy Equity”, En LSE Cities, Noviembre

Glaeser, Edward, 2011, Triumph of the City: How Our Greatest Invention Makes Us Richer, Smarter, Greener, Healthier, and Happier, Nueva York, Penguin.

Harvey, David 2012, “¿Cómo se reúne el capital?”, En El enigma del capital y las crisis del capitalismo, Madrid, Ediciones Akal.

Johnson, Simon 2009, “The Quiet Coup” en Atlantic Magazine, Mayo. http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2009/05/the-quiet-coup/307364/

Klingmann, Anna, 2007, Brandscapes: Architecture in the Experience Economy, Cambridge, MIT.

Krugman, Paul 2009, “How Did Economists Get It So Wrong?”, En New York Time Magazine, 2 de septiembre.

Krugman, Paul 2012, “Austeríacos”, En ¡Acabemos ya con esta crisis!, Barcelona: Crítica.

N'Dow, Wally, 1996, “Cities in crisis: the internationalization of urban problems”, En *Harvard International Review*, Vol. 18, No. 2

Organización Panamericana de la Salud, 2007, Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud, México, Secretaría de Salud.

Patel, Ronak B. y Burkle, Fredick M., 2011, “Urban health: a 21st Century crisis”, En Health Exchange, Julio. http://healthexchangenews.com/2011/07/06/urban-health-2/

Piketty, Thomas 2013, Le capital au XXI siècle, Paris, Seuil.

Rodrik, Dani, 2006, “Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion?”, En Harvard University, Enero.

Rubio, Blanca, 2008, “De la crisis hegemónica y financiera a la crisis alimentaria. Impacto sobre el campo mexicano”, En Argumentos, 21 (57), pp. 35-52

Sonogo, Issa y Luma, Joyce, 2009, “Assessments of the Impacts of Global Economic Crises on Household Food Security: Innovative Approaches, Lessons and Challenges”, En Assessments of global crises, núm. 16, pp. 259-273.

Stiglitz, Joseph, 2010, “La gestación de una crisis”, En Caída libre: el libre mercado y el hundimiento de la economía mundial, México: Taurus.

Stiglitz, Joseph, 2012, “Una política macroeconómica y un banco central por y para el 1%”, En El precio de la desigualdad, México: Taurus.
Williamson, John, 1998, “Revisión del Consenso de Washington” en L. Emmerij y J. Núñez del Arco (Comp.), El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI, Washington.

OBESIDAD, HÁBITOS Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Autores y afiliación: Irina Lazarevich; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Autores:
Lazarevich Irina, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Mora-Carrasco Fernando, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Velázquez-Alva María Consuelo, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920
Salinas-Ávila Jaqueline, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacán, México, D.F. 04920

Resumen

Introducción: La obesidad en México tiene una prevalencia creciente. Los adultos jóvenes, que experimentan la transición a la vida adulta, necesitan desarrollar hábitos alimentarios saludables. Los malos hábitos adquiridos en esta edad generalmente persisten en el futuro y pueden llevar a sobrepeso u obesidad. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la obesidad en estudiantes universitarios; asociar los malos hábitos y alteraciones de la conducta alimentaria con la obesidad.
Material y Métodos: Se midió circunferencia de la cintura, se registró peso y estatura para calcular IMC. Se aplicó un cuestionario que incluyó preguntas sobre los hábitos y la conducta alimentaria a 1231 estudiantes de primer ingreso en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Se aplicaron tres modelos de regresión logística multinomial para asociar las variables.
Resultados: La media de edad fue 20 años (DE=1.98); 20.7% de los participantes presentaron sobrepeso y 5% obesidad. Respecto a los hábitos alimentarios, 29% de los estudiantes frecuentemente omiten desayuno o comida, 52% consumen comida rápida rica en grasa una vez a la semana y 22%, de 2 a 3 veces; 43% consumen alimentos dulces en exceso una vez a la semana, 30% de 2 a 3 veces y 10% casi toda la semana; 83% consumen refrescos endulzados y sólo 38% hacen ejercicio en forma regular. Una cuarta parte de los participantes comen compulsivamente, una tercera parte de ellos frecuentemente comen cuando están aburridos o ansiosos, así como cuando están frente a la televisión o computadora.
Conclusiones: Debido a los patrones alimentarios poco saludables en los estudiantes universitarios, programas de intervención dirigidos al desarrollo de los hábitos, conducta alimentaria saludable y actividad física deberían ser un componente clave.
Palabras clave: obesidad, hábitos alimentarios, conducta alimentaria, estudiantes universitarios.

Abstract
Introduction: In México, the prevalence of obesity is increasing. Young adults, who are going through a transition to adulhood, need to develop healthy eating habits. Bad habits acquired in this age generally persist in the future and may lead to overweight or obesity.
Objectives: To evaluate the prevalence of obesity in college students; to associate bad habits and unhealthy eating behavior with obesity.
Material and Methods: Waist circumference was measured, weight and height were recorded in order to calculate BMI. A questionnaire which included items on eating habits and behaviour was applied to 1231 freshmen students at the Autonomuos Metropolitan University, Xochimilco Campus. Three models of multinomial logistic regression were used to associate variables.
Results: The mean age was 20 years (SD=1.98); 20.7% of the participants were overweight and 5% obese. Regarding eating habits, 29% of the students frecuently skip breakfast or dinner, 52% consumed high-fat fast food once a week, and 22% from 2 to 3 times a week; 43% consumed sweet food in excess once a week, 30% from 2 to 3 times a week and 10% almost every day; 83% consumed sweetened soft drinks and only 38% execised on a regular bases. A quater of the participants were binge eaters, one third often ate when they were bored or anxious, as well as when they were in front of the TV or computer.
Conclusions: Due to poor eating patterns in the college students, intervention programs aimed at developing healthy eating habits and behavior as well physical activity should be a key component.
Key words: obesity, eating habits, eating behavior, college students.

Introducción
La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública por su alta y creciente prevalencia tanto a nivel internacional como en México. Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2008, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres presentaron obesidad a nivel mundial. En los Estados Unidos, más de una tercera parte de los adultos son obesos. En México, la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud reportó que 35% de los adolescentes y 71.2% de los adultos, mayores de 20 años, presentaron sobrepeso u obesidad.
Debido a que la obesidad es el factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, así como para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro-vasculares y ciertos tipos de cáncer, el desarrollo de hábitos alimentarios saludables desde las edades tempranas es importante.
Los factores sociales, sin lugar a dudas, tienen un papel clave en la etiología de la obesidad, como lo muestra el creciente aumento de su prevalencia a nivel mundial y en México. El conjunto de los agentes sociales crea un “ambiente obesogénico”, caracterizado por sedentarismo y fácil acceso a los alimentos poco saludables. Más específico, la creciente prevalencia de la obesidad ha sido relacionada con el consumo de bebidas azucaradas, porciones grandes de comida rápida alta en energía, aumento de horas pasadas viendo la televisión y frente a la computadora, baja actividad física y consumo insuficiente de frutas y verduras.
Las investigaciones recientes han enfatizado la contribución de las variables psicológicas en el origen y desarrollo de la obesidad. Como se ha reportado en la literatura, la obesidad frecuentemente se acompaña de ansiedad, depresión y conductas adictivas con el desarrollo de los síntomas bulímicos, que podrían ser factores causales de la misma. Lo anterior sugiere que las alteraciones de conducta alimentaria pueden ser relacionados con las dificultades en la regulación de los estados emocionales. Se ha mostrado que personas obesas frecuentemente comen por razones diferentes de hambre y estos

patrones alimentarios pueden llevar al aumento de peso. La mayoría de estos patrones, particularmente aquellos relacionados con atracones y/o no poder parar de comer, comer en exceso, tener preferencia por alimentos dulces y "picar entre las comidas", se asocian con mal manejo del estrés o de los estados negativos del ánimo. Personas, conocidas como "comedores emocionales", generalmente, tienen dificultades para reconocer y manejar su estado del ánimo y comen en exceso en respuesta al estrés o a las emociones negativas.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de la obesidad en estudiantes universitarios, así como asociar malos hábitos y alteraciones de la conducta alimentaria con obesidad.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal, aplicando el cuestionario de autoinforme. Un total de 1231 estudiantes del primer ingreso de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco participaron en el estudio. Los estudiantes que atendieron la clase de computo en la primera semana de trimestre llenaron el cuestionario en línea. Los estudiantes mayores de 25 años fueron excluidos del estudio.

Procedimiento

Los participantes midieron la circunferencia de cintura para estimar la obesidad abdominal bajo la vigilancia de los participantes del estudio quienes ayudaron a idenficar el punto medio entre el borde inferior de las costillas y la cresta ilíaca. El punto del corte fue ≥ 80 cm para las mujeres y ≥ 90 cm para los hombres. Los estudiantes reportaron su peso y estatura para calcular el índice de la masa muscular (IMC peso/estatura^2). Basándose en la criterio de la OMS, el punto de corte para sobrepeso fue BMI ≥ 25.0 kg/m^2 y para obesidad BMI ≥ 30.0 kg/m^2.

Instrumento

Se aplicó un cuestionario de autoinforme con las preguntas sobre la frecuencia de consumo de alimentos, consumo de comida rápida, alimentos dulces, refrescos y de hábito de ejercicio. El instrumento también incluyó preguntas sobre la conducta alimentaria relacionada con el control interno de consumo de alimentos (compulsiones y atracones alimentarios), preferencia por alimentos dulces y tendencias de "picar" entre comidas. Adicionalmente, se evaluaron los síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad. Las respuestas se obtuvieron usando la escala de Likert de 0 a 3.

Resultatos

Un total de 1122 estudiantes fueron evaluados, de los cuáles 619 (55.2%) fueron mujeres y 503 (44.8%) hombres, con la media de edad 20 (DE=1.98) años. El promedio de BMI fue 23.3 kg/m^2 (DE=3.56), 22.7 kg/m^2 (DE=3.41) en mujeres y 24.1 kg/m^2 (DE=3.59) en hombres, $p<0.001$. Entre los participantes del estudio, 232 (20.7%) presentaron el sobrepeso y 56 (5%) la obesidad. Respecto a la circunferencia de la cintura, alrededor de una cuarta parte de los estudiantes (26.8%) tuvieron los valores por arriba de los límites inferiores, de los cuales 29.9% fueron mujeres y 23.1% hombres, $p=0.70$ (tomando en cuenta que el peso y la talla se obtuvieron de autoinforme, sólo circunferencia de la cintura se tomó en cuenta para asociar las variables del estudio).

Respecto a los hábitos alimentarios, cabe señalar que 29% de los estudiantes frecuentemente omitieron desayuno o comida, 52% consumieron comida rápida rica en grasa una vez a la semana y 22% de 2 a 3 veces; 43% consumieron alimentos dulces en exceso una vez a la semana, 30% de 2 a 3 veces y 10% casi toda la semana; 83% consumieron refrescos endulzados y sólo 38% hicieron ejercicio en forma regular. Una tercera parte de los participantes reportaron que comen cuando están aburridos o ansiosos, así como cuando están frente a televisión o computadora.

En relación a la conducta alimentaria se obtuvo lo siguiente: 929 (82.8%) tuvieron problemas para comer en forma regular; 842 (75%) indicaron comer hidratos de carbono

simples en exceso y 819 (73%) respondieron que “pican” entre comidas. Muchos estudiantes, 464 (41.4%), reportaron sentir hambre constantente y comer en exceso, algunos, 211(18.8%), tuvieron dificultades para parar de comer mientras que 109 (9.7%) consideraron que tienen atracones alimentarios. Más mujeres que hombres estuvieron involucradas en esta conducta, ($p<0.05$).

Los resultados de regresión logística multinomial indicaron una asociación entre la circunferencia de la cintura elevada y el sexo femenino (OR=1.5; p=.005), la edad (OR=1.1; p=0.005), así como el puntaje de depresión (OR=1.4; p=0.043). Además, los estudiantes con las alteraciones de la conducta alimentaria presentaron los niveles más altos de la impulsividad y de la depresión. Además, las alteraciones de la conducta alimentaria –comer en forma irregular, comer hidratos de carbono simples en exceso, constantemente sentir hambre, dificultades para parar de comer, “picar” entre comidas y tener compulsiones o atracones alimentarios- fueron asociados con la circunferencia de cintura elevada.

Discusión

Como muestran los resultados del presente estudio, una cuarta parte de los participantes tienen el sobrepeso u obesidad, lo que coincide con los datos nacionales reportados en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en el año 2012 y corrobora alta prevalencia de sobrepeso u obesidad. México ocupa el segundo lugar, después de los Estados Unidos, en la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Lo anterior sugiere que los factores culturales relacionados tanto con la composición de la dieta como con el grado de actividad física a nivel nacional propician aumento de peso desde las edades tempranas.

Nuestro estudio señala también que los estudiantes universitarios tienen hábitos alimentarios poco saludables y menos de la mitad de ellos hacen ejercicio en forma regular. Los hallazgos de la investigación sugieren que los estudiantes están en riesgo de desarrollar sobrepeso/obesidad en el futuro en caso de que no cambien su estilo de vida. Cabe señalar que en las últimas tres décadas, el aumento de la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética y sedentarismo -factores íntimamente relacionados con el estilo de vida- se han experimentado tanto en México como a nivel mundial. Estos cambios representan el riesgo para la salud, de lo que se deduce que los cambios conductuales a nivel individual (modificar conductas o prácticas de la alimentación) así como al tener el acceso a los alimentos saludables y a las áreas verdes o deportivas, que promueven el aumento de la actividad física, a nivel comunitario pueden ayudar a adoptar un estilo de vida más saludable y disminuir el impacto de estos factores sobre la salud.

Además, en nuestro estudio se encontró que los estudiantes mostraron alteraciones de la conducta alimentaria, tales como el consumo de carbohidratos simples en exceso, el “picar” entre comidas, así como las dificultades para parar de comer, lo que es más frecuentemente en las mujeres. Estos hallazgos otra vez más muestran que los estudiantes mexicanos no tienen patrones alimentarios saludables, por lo tanto es importante que programas de salud universitarios proporcionen un ambiente que sea propicio para la alimentación saludable y actividad física regular.

Los resultados también indicaron que la obesidad abdominal fue más frecuente en el sexo femenino y se aumenta con la edad. Analizando la conducta alimentaria, se observó que los estudiantes con alteraciones de la conducta alimentaria presentaron niveles más altos de impulsividad y depresión. Estos datos pueden apoyar la hipótesis que los problemas de salud mental se asocian con las alteraciones de la conducta alimentaria, además de ser consistentes con los datos de estudios previos.

Cabe mencionar que conductas alimentarias, particularmente: consumo compulsivo de los alimentos, comer en exceso o consumo excesivo de hidratos de carbono simples, podrían estar asociados con estrategias insuficientes de manejo de las emociones y contribuyen al aumento de peso. Para los estudiantes que están en la etapa de transición hacía la vida

adulta es importante tener conocimientos sobre el control emocional, por ejemplo, cómo identificar y dar sentido a los estados emocionales, así como aprender las estrategias apropiadas para regulación emocional. Los resultados de nuestro estudio sugieren que las características de personalidad deberían ser considerados en la prevención de la obesidad y los programas para control de peso. Finalmente, dado que los problemas de salud mental pueden ser tanto causas como consecuencias del sobrepeso u obesidad (o ambos), es importante enfatizar que para este grupo es crucial considerar un programa preventivo/terapéutico individual que debe ser enfatizado en las instituciones educativas.

Conclusiones

Sobrepeso/obesidad y conductas alimentarias poco saludables representan un problema para la comunidad universitaria, por lo que es importante crear un ambiente que mejore la alimentación y facilite la actividad física dentro de la universidad.

El entrenamiento de los estudiantes del Departamento de Atención a la Salud y la participación de los nutriólogos en la organización de talleres y páginas web, como herramientas de educación contínua, puede tener un impacto a nivel comunitario.

Respecto a los factores psicológicos, la evaluación de la personalidad en los programas de control de peso es muy importante. Las técnicas para el manejo de ansiedad, impulsividad y depresión tanto para la prevención como durante el tratamiento de la obesidad son muy importantes.

NIVEL DE DEPRESIÓN EN UNA COMUNIDAD RURAL: *PROMOCIONANDO LA SALUD MENTAL*

Pérez-Ramírez Manuel
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Bautista-Castro Hilcia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Román-Santa María Patricia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Vázquez-Jiménez Silvia
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Córdova-Broca Jesús Alejandro
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN

La depresión, es considerada como el sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por su entorno y falta de esperanza que impacta negativamente en la funcionalidad de la persona., es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, considerándose como una discapacidad y será la primera en todo el mundo para el año 2020. **OBJETIVO:** Evaluar el Nivel de Depresión en la población de

Villa Chichicapa Comalcalco, Tabasco y desarrollar intervenciones de enfermería que promuevan la salud mental. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó el levantamiento de la Tarjeta Censal Familiar, enfantizandoze en el rubro de salud mental (depresión) se censaron 409 familias, se aplicó el intrumento "Herramienta de detección de depresión", y se elaboró el Diagnóstico de Salud psicosocial. **RESULTADOS:** Se identificó un total de 58 personas con factores de riesgo de Depresión y se clasificó en Depresión de Bajo riesgo con un 24.1 %, Mediano Riesgo con un 36.2% y con Alto riesgo 39.6%., se relizaron Pláticas Educativas con la finalidad de promocionar la salud mental en la población, se ejecutaron 8 Programas Educativos con enfoque en la promoción de la salud mental del niño, prevención de depresión, de riesgo de suicidio. Se realizó la 1ra Feria de Promoción de la Salud Mental, incrementado la importancia de la salud mental, ya que en las mayorias de las ocasiones solo se promociona la salud biologica.

Palabras claves: Depresión, intervención de enfermería, salud mental.

SUMMARY

The depression, is considerated as persistent feelings of worthlessness, loss of interest in surroundings and hopelessness that negatively impact the person's functionality., It's a mental disorder that affects over 350 million people around the world, considered as a disability, It will be the first leading cause of disability throughout the world by the year 2020. **OBJECTIVE:** Assessing depression's level in the population of Villa Chichicapa Comalcalco, Tabasco and develop medical interventions to promote Mental Health. **MATERIAL AND METHODS:** the survey was conducted with the Family Census Card, emphasis in the area of Mental Health (depression), 409 families were surveyed, It was used it the "depression screening tool", psychosocial health diagnosis was made. **RESULTS:** 58 people were identified with risk factors for depression and were classified as: Depression low risk with 24.1%, medium risk with 36.2% and high risk 39.6%., educational talks were held in order to promote mental health in the population, 8 educational programs were implemented with focus on the promotion of Mental Health of children, prevention of depression, suicide risk prevention. The 1st fair of Mental Health promotion was conducted, increasing the importance of Mental Health, because most of the time only biological health-promoting.

Keywords: Depression, medical intervention, Mental Health.

Introducción

En nuestro país, México, como en otros países en el mundo, el tema de la Salud Mental continua siendo un pendiente que amerita mayor inversión de recursos tanto humanos como económicos. El fenómeno de la depresión como trastorno mental frecuente se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño y del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2013). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. El profesional de enfermería reconoce que su objeto de cuidado es la persona misma, por ello reconocer cuándo una persona no está íntegra en su dimensión psicológica, le obliga a poner en marcha sus habilidades cognitivas, interpersonales y terapéuticas destinadas a contribuir en la reducción de la vulnerabilidad a la que se sujeta el individuo para adquirir problemas mentales que afectaran considerablemente el resto de sus dimensiones (biológica, social y espiritual) vitales.

Cuando esta enfermedad progresa, en especial cuando es de larga duración e intensidad moderada o grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Particularmente en el municipio de Comalcalco, Tabasco las estadísticas reportadas por la Jurisdicción Sanitaria No.5 (2008-2012) fueron que para el año 2008 se reportaron 23 casos de suicidio; en el 2009 fueron reportados 9 casos; 2010, 15 casos; 2011, 14 casos y 2012 un total de 13 casos, teniendo como una de las causas principales la depresión.

La depresión puede llegar hacer crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al **suicidio.** Más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014). La depresión además de ser una enfermedad, es también causa de otros problemas de salud pública como el suicidio, responsable de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. Este fenómeno hace relevante el estudio y la puesta en marcha de intervenciones destinadas a promover una higiene mental en la población, desde la atención primaria a la salud.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Por lo dicho anteriormente, los enfermeros y enfermeras poseen dentro de su formación profesional las herramientas básica para hacer frente a este problema de salud pública. Intervenciones eficaces destinadas a reducir los factores de riesgo, mitigar los síntomas o en el mejor de los casos eliminarlos.

En el presenta trabajo se plantearon los siguientes objetivos: General: Determinar el nivel de depresión en la población de Villa Chichicapa de Comalcalco, Tabasco, México; Específicos: Ejecutar intervenciones de enfermería para promocionar la salud mental.

Con relación a los estudios de investigación se encuentran publicados muy pocos resultados, sin embargo conviene destacar los resultados encontrados en el estudio Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas pública y planes de acción en México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres (Shoshana-Berenzon & et al, 2013).

Actualmente, según el estudio 'Costo Social de los Trastornos Mentales' (2011) de Pro Voz Salud Mental, realizado a 4,048 trabajadores del sector salud durante dos años, arroja que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%).

El estudio prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México al referir que la prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica (Belló-Mariana & et al, 2005).

Otro estudio señala que en la población general se encontró una prevalencia de por vida de depresión de 6.2%. Entre las mujeres, esta condición se observa con mayor frecuencia (9.1%) que entre los hombres (2.9%) (Salgado-Snyder & Díaz-Pérez, 1997).

Método

El estudio es de tipo descriptivo, transversal, y se utilizaron como instrumentos la Tarjeta Censal Familiar validada por la Secretaría de Salud Federal, y la "Herramienta de detección de depresión". El presente estudio resultó de las Prácticas Profesionales de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría del Programa Educativo de la Licenciatura en

Enfermería. Se realizó la selección de la comunidad basada en los criterios de extensión territorial, número de habitantes así como del número de familias y características rurales en poblaciones aledañas a la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco (DAMC) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Se realizó visita domiciliaria, con la autorización correspondiente; los alumnos y profesores investigadores acudieron a la comunidad que contaba con 4 sectores según croquis comunitario proporcionado por los responsables (Médico y enfermera) del Centro de Salud Rural y se levantó Tarjeta Censal (TC), para la evaluación del apartado de Salud Mental, con énfasis en el rubro de depresión si confirmaban verbalmente los participantes, se les aplicaba el segundo instrumento "Herramienta de detección de depresión". Se realizó en el periodo del 12 al 30 de agosto del 2013, de lunes a viernes en horario de 08:00 a 14:00 en la Villa Chichicapa, Comalcalco, Tabasco, México.

En cuanto al enfoque de promoción de la salud mental, los alumnos participantes recibieron el entrenamiento y el diseño de actividades de promoción y educación para la salud, se contó con las habilidades computacionales, uso de material y equipo diversos para la actividad promotora (impresión de lonas, trípticos, dípticos, perifoneo, representación teatral o sociodramas, etc.). Importante fue la estructuración de Programas Educativos de Enfermería dirigidos a la prevención de trastornos mentales, así como a la promoción de una higiene mental en las diferentes etapas y circunstancias de la vida y finalmente la organización de la 1ra Feria de Promoción de la Salud Mental.

Resultados

Se censaron 409 familias, se aplicó el intrumento Tarjeta Censal Familiar y "Herramienta de detección de depresión", y se elaboró el Diagnóstico de Salud psicosocial, identificandose un total de 58 personas con Depresión y se clasificó en: Depresión Baja con un 24.1 % , Moderada con un 36.2% y Severa 39.6%., 67.2% era del sexo femenino y 32.7% eran masculinos, de igual manera el 25.8% de esta población ha sufrido algún tipo de violencia y el 43.1% ha tenido intento de suicidio, a partir de estos resultados se dio inicio a las actividades intensivas de Promoción y Educación para la Salud Mental. Se realizó un total de 207 visitas domiciliarias, en donde se llevaron a cabo 179 Pláticas Educativas (individuales y grupales), cuya finalidad siempre fue propiciar un cambio de conducta en la población y ofrecer la alternativas para solucionar sus problemas, también se ejecutaron 8 Programas Educativos con enfoque en la promoción de la salud mental del niño, noviazgo, prevención de depresión, adicciones, violencia en el noviazgo, salud mental del escolar, "mente sana en cuerpo para adultos mayores", prevención del riesgo de suicidio, bulling en la edad escolar. Los grupos vulnerables fueron los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores de la Villa. Así mismo se realizó la psicointervención con el Taller "El valor de la Mujer y Autoestima", beneficiándose un total de 30 mujeres que sufren violencia. Y como producto final integrador se realizó la 1ra Feria de Promoción de la Salud Mental, en esta Feria se contó la participación de 40 alumnos de nivel medio superior del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Tabasco (CECYTE). Se conformaron diferentes módulos de atención al público, donde se tuvo la oportunidad hacer toma de tensión arterial, glicemia capilar, peso, talla y con ello detectar factores de riesgo para otras enfermedades como: sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus. Otros módulos incluyeron la promoción de la salud mental para prevenir Tabaquismo, Alcoholismo, Drogadicción, Violencia, Riesgo de Suicidio y por supuesto Depresión. De igual manera se videoproyecto temas relacionados a la depresión y violencia, se distribuyó información en impreso (tríptico y díptico) al mismo tiempo que se daba una explicación a conciencia

acerca de estos problemas de salud mental. Se contó con el apoyo de un activador físico, quien guió a la población en la ejecución de actividad física en el evento. Cabe hacer mención que los casos de mediano y alto riesgo fueron canalizados al Centro de Salud correspondiente para su seguimiento y revaloración.

Discusión

La OMS señala la prevalencia de la depresión en la población mundial, los resultados en este trabajo demuestran que es una realidad. Así mismo esta Organización señala que los programas de prevención reducen la depresión, tomando en cuenta esta iniciativa para este trabajo, se realizaron una seria de actividades comunitarias dirigidas a grupos escolares y población en general con la finalidad de mejorar en la población las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas.

En concordancia con los estudios de Belló-Mariana & et al, Salgado-Snyder & Díaz-Pérez y Shoshana-Berenzon & et al, 2013 en relación con la prevalencia de la depresión en mujeres, para este estudio también resultó con dicha tendencia.

Es un imperativo como lo señala la OMS que la depresión, como causa es un factor prevalente en los intentos y suicidios consumados.

Las intervenciones de enfermería dirigidas a los grupos vulnerables constituye una importante acción comunitaria, ya que son precisamente a los más lábiles a quienes hay que proteger y con ello garantizar un estado de salud biológica, psicológica, social y espiritual óptima.

A manera de conclusión se sugiere que este trabajo para futuras prácticas profesionales emplee un instrumento mucho más completo de medición de depresión, se identifiquen y describan las características de la población.

Sería conveniente la realización de un estudio de intervención, para determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería de promoción de la salud y su impacto en la reducción de los niveles de depresión.

Referencias

Organización Mundial de la Salud (2013). *La depresión*. En http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/ revisado el 10 de septiembre de 2014.

Shoshana Berenzon, D en Psic, María Asunción Lara, D en CS, Rebeca Robles, D en Psic, María Elena Medina-Mora, D en Psic. (2013) *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas pública y planes de acción en México*. Revista de Salud Pública, México 2013, Vol. 55 (1) 74-80). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. DF. México.

Suicidios en México, una realidad social. Impre.com. Julio 2011. Consultado el 10 de septiembre de 2014, en: http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html

Mariana Belló, Lic en Psic, Esteban Puentes-Rosas, M en C, María Elena Medina-Mora, Dra en Psic, Rafael Lozano, MC, M en C. (2004) *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Revista de Salud Pública en México, volumen 47, suplemento 1 de 2005.

Salgado de Snyder, V. Nally, Díaz-Pérez, Ma. de Jesús (1997). *Los trastornos afectivos en la población rural.* Revista de Salud Mental, Número especial, 1999.

MODELO UNIVERSITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Dra. Alba Luz Robles Mendoza.
Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
Correo electrónico: albaluzr0@gmail.com

Mtra. Guillermina Arenas Montaño
Carrera de Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
Correo electrónico: guillearenasm@gmail.com

Mtra. Luisa Bravo Sánchez.
Carrera de Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
Correo electrónico: luisalyn46@yahoo.com.mx

RESUMEN

El Programa de Promoción y Fomento de la Salud Integral PROSI forma parte los programas institucionales de la FES Iztacala. Es un servicio multidisciplinario formado por universitarios de psicología y enfermería, dividido en 5 áreas. Se desarrollará el proyecto 2, relacionado con la promoción y fomento de la salud integral, donde las actividades para hombres y mujeres implican el disfrute de una práctica de salud satisfactoria y responsable. En este sentido, se describirá el área del autocuidado de la salud sexual de las personas con discapacidad. **Objetivo:** Brindar herramientas a madres, padres o tutores de personas con discapacidad para el desarrollo de habilidades en el cuidado de la salud sexual desde una perspectiva de género a través de actividades docentes y de servicio. Dicho proyecto contiene un enfoque psicosocial y de género como la unidad de análisis para identificar actitudes sexistas y desiguales en los ámbitos de promoción de la salud. **Material y método:** Se expondrá los resultados del período Feb-Jun 2014. El proyecto estuvo conformado por una conferencia sobre la sexualidad en personas con discapacidad, la aplicación de un taller que aborda el tema de la salud sexual en estas personas y, el desarrollo de un grupo de reflexión que busca la expresión de las emociones de padres, madres o tutores sobre el cuidado de la salud sexual de sus hijos(as). **Resultados:** Se analizaron las diferencias de género en cuanto al cuidado de la salud sexual de las personas con discapacidad, así como la importancia de analizar los mitos y tabúes que están en torno a su autocuidado y al fomento de su salud. **Conclusiones:** El servicio expuesto, permite dotar de conocimiento y habilidades a las personas con discapacidad hacia la promoción y fomento de la salud integral que facilite su inclusión y desarrollo dentro de la sociedad.

PALABRAS CLAVES: Salud, discapacidad, género, universidad

SUMMARY

The Promotion Program and Development of Comprehensive Health PROSI is part of the institutional programs of the FES Iztacala. It's a multidisciplinary service formed by university students from psychology and nursing divided in 5 areas. The project number two will be developed, related with the promotion and foment of the integral health, where the activities for men and women involved enjoy a successful and

responsible health practice. In this way, it will be described the sexual self-care area for people with disabilities. **Objective:** Provide tools for mothers, fathers or tutors of people with disabilities for the abilities development in the sexual health-care from a gender perspective through teaching and service activities. This project contains a psychosocial approach and gender like the analysis unit to identify sexist attitudes and unequal un health promotion areas. **Material and method**: It will be exposed the results from the period Feb-Jun 2014. The project was confirmed by a conference about sexuality in people with disabilities, the application of a workshop that has the sexual-health in this persons and the development of a reflection group that looks for the emotional expression of the mothers, fathers or tutors about the care of the sexual-health of their sons. **Results:** The gender differences were analyzed in regard of the sexual-health care of people with disabilities and the importance of analyzing the myths and taboos that are in torn of the self-care and the development of their health. **Conclusions:** The exposed service allows providing knowledge and abilities to people with disabilities through the promotion and fomenting of the integral health facilitating their inclusion and development within the society.

KEY WORDS: Health, disability, gender, university.

INTRODUCCIÓN.

Las percepciones y actitudes hacia la discapacidad están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contextos, lugares y tiempos, así como de la perspectiva del status social del observador. Por lo tanto, la construcción social de la discapacidad varía de una sociedad a otra y de una época a otra (García y Sánchez, 2001).

Históricamente la sociedad ha experimentado diversas maneras de ver la discapacidad que de alguna manera han reforzado un trato desigual ante esta población. Aguado (2003) menciona algunos modelos que explican este trato:

1. Modelo Demonológico (Edad Media, Siglos VI-XV): La discapacidad se concebía como una posesión demoníaca o como un castigo divino resultado de los pecados cometidos por los progenitores; en esta época las personas con alguna deficiencia física o intelectual eran quemados, asesinados o encerrados.
2. Modelo Organicista (1400-1500): Se creía que la discapacidad tenía causas orgánicas y que por lo tanto podía ser remediada, dicho modelo sostenía un enfoque médico donde la persona debía igualarse a los demás para poder ser considerado como “normal”.
3. Modelo Socio-ambiental (a partir de la II Guerra Mundial): La persona con discapacidad comenzó a ser considerada como un ser social que tiene que ser reincorporado a su medio, potenciando sus capacidades.
4. Modelo de Rehabilitación (1945-1955): La Organización de Naciones Unidas, durante su primera década de trabajo en el ámbito de la discapacidad, se esforzó en proporcionar a las personas con discapacidad una perspectiva de bienestar defendiendo los derechos humanos, por lo que se buscaba la rehabilitación social de las personas con discapacidad.
5. Modelo de Integración (1955-1970): Surge una perspectiva de bienestar social. Se desinstitucionaliza a las personas con discapacidad y se busca una participación de éstas en una sociedad integrada, planteando que todas las personas pueden tener diversas maneras de actuar de acuerdo a sus circunstancias físicas y/o cognitivas.
6. Modelo de Autonomía personal (desde 1970 a la actualidad): Desde la perspectiva de los derechos humanos, se busca la igualdad en derechos políticos y civiles que les permitan ser autosuficientes (en materia de educación, salud y empleo). Este modelo

ha ido evolucionando hasta nuestros días buscando la plena integración en la sociedad de las personas con discapacidad y con miras hacia un futuro en el que se construya una “sociedad para todos”.

En el año 1980, la Organización Mundial de la Salud, presentó un documento titulado, “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDMM), que sirvió para definir que las personas tienen discapacidad, no por las causas de sus minusvalías, sino por las consecuencias que éstas les han generado. Así, la discapacidad pasa a ser considerada como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura física y/o mental del individuo que como consecuencia limitan la ejecución de ciertas actividades, y por ende restringe su participación en la sociedad. A partir de aquí, la discapacidad comenzó a ser considerada desde los derechos humanos, iniciándose una búsqueda para mantener la discapacidad dentro de la sociedad, con actitudes inclusivas y normas de accesibilidad (citado en Aguado, 1993).

Sin embargo, Ferreira (2008) comenta que esa sensibilidad respecto a la discapacidad dista mucho de ser integradora, pues aunque se han ampliado progresivamente sus derechos, la realidad es que es un proceso normativo superficial (el de lo “políticamente correcto”), mediante el cual operan las medidas institucionales; pero a nivel profundo están las representaciones de la discapacidad a nivel colectivo, mantenidas por nuestra tradición cultural, donde la discapacidad permanece instalada en el terreno de lo sucio, del pecado, de lo desagradable y por tanto del sinónimo de la inferioridad.

López (2002) menciona que dichas percepciones repercuten en el desarrollo de las personas con discapacidad, porque si bien se ha progresado en algunas áreas de su vida como la educación, las relaciones sociales, las laborales y las familiares, en otras siguen negados, tal es el caso de la sexualidad y por tanto de su salud sexual y reproductiva.

Cuando hablamos de salud, según la WAS (World Association for Sexology) hablamos de un estado general de bienestar físico, psíquico y social y no de mera ausencia de enfermedad, por ende cuando hablamos de salud sexual y salud reproductiva, se puntualiza el término salud en relación con la reproducción y la sexualidad (citado en: Mazarrasa y Gil, 2014).

Hablar de sexualidad y de discapacidad de manera independiente, representa enfrentar dos temas que por sí solos son bastante complejos y rodeados de prejuicios y creencias. Por una parte está la condición de minusvalía depositada en las personas con discapacidad, y por otra el hecho de que la sexualidad en nuestra cultura ha sido un tema oculto o tabú, con enorme contenido valorativo y moral. De aquí que, las personas con discapacidad sean víctimas de una doble discriminación por la sociedad y sus familias, debido a que se les limita a expresarse libremente de forma sexual (Rivera, 2008).

La sexualidad es una dimensión fundamental en el ser humano a lo largo de todo el ciclo vital. Es el medio por el cual cada persona expresa sus características particulares, de acuerdo al género que pertenezcan, y no siendo entendido el término *género* como forma exclusiva de la diferencia biológica entre hombres y mujeres, sino como el resultado de un proceso de la actividad humana, un producto de la intervención cultural, una construcción de la sociedad. En este sentido, mientras que al género le corresponden atributos sociales y culturales, al sexo le corresponden atributos biológicos, anatómicos y fisiológicos (Valdés y Busto, 1994).

Por lo tanto, la sexualidad es parte inherente de la personalidad que integra elementos físicos (biológicos), psicológicos (emocionales, intelectuales) y sociales (históricos, culturales) del individuo, que le permiten actuar y sentir como hombre o mujer. Su florecimiento depende de la satisfacción de necesidades humanas primordiales como son: el deseo de contacto, de intimar, lograr placer, ternura y amor, además de la necesidad

del individuo, de realización plena desde su condición como ser sexuado. Su completo desarrollo, en todas las dimensiones de la vida, es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social de una persona **(**Berkman, 1985; y González, 2003; citados en Castillo, 2010).

Desde esta definición podemos afirmar que la sexualidad la vivimos y sentimos diariamente, tanto hombres como mujeres, desde el momento en que somos concebidos hasta nuestra muerte; es decir, hablamos de emociones, sentimientos, placer, amor, comunicación, procreación, entre otras formas de expresión de la humanidad. Por lo tanto, todos y todas somos seres sexuados, experimentamos nuestra sexualidad de diversas formas, según nuestras creencias, las formas de relacionarnos con las demás personas dentro de la sociedad así como la educación que hemos recibido a través de la vida (Ferreira, 2008).

Abordar la sexualidad de las personas con discapacidad desde una perspectiva de género permite entender el significado que tiene la sexualidad para los hombres y mujeres con discapacidad y la manera en cómo ésta limita su expresión. La perspectiva de género apunta hacia la distinción entre la diferencia sexual y los roles sociales que se construyen a partir de dicha diferencia, siendo su principal objetivo la consecución de la igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer, sin homogeneizarlos (Miranda, 2013).

Desde la perspectiva de género podemos ver las diferencias que existen entre la sexualidad de los hombres con discapacidad y la de las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, socialmente está establecido que el orgullo y honor del hombre dependen de en gran medida de su sexualidad, esto es demostrando la capacidad que tenga de satisfacer a la mujer, de cortejarla, de seducirla, de mostrar que es hombre mediante un acto sexual. Por lo tanto, se cree que el hecho de tener alguna discapacidad lo vuelve incompetente en el terreno de la sexualidad.

Según la tradición sociocultural, es el hombre quien hace las proposiciones sexuales a la mujer. El número de sus conquistas lo revaloriza y refuerza su identidad masculina aunque de igual manera se arriesga al fracaso y a la frustración de no conseguirlo (Soulier ,1995).

Una de las causas del problema es porque en el caso de los hombres la virilidad suele medirse por el tamaño y funcionamiento del pene. En nuestra sociedad, el hombre debe ser eficaz en la cama, tener una erección fuerte y duradera.

La mujer, por su parte deposita su integridad en la imagen corporal. Una apariencia atractiva es más importante para la mujer que para el hombre, además de que la belleza es considerada un verdadero valor social. La mujer con discapacidad se siente disminuida físicamente cuando su figura y su forma de moverse no son atractivas o provocativas, cuando su imagen no corresponde al modelo de mujer deseada que vemos en los medios de comunicación, donde la belleza de una persona induce en otro deseo (Soulier, 1995).

Y si bien es cierto que el tener una discapacidad conlleva desventajas, no son las mismas para hombres que para mujeres. En el caso de las mujeres éstas enfrentan aún más dificultades tanto en el ámbito público como en el privado, esto debido a su condición de género que las hace más vulnerables; por ejemplo, de la mujer se espera que sea madre para reafirmar su condición, aspecto que en la mayoría de los casos es negado a las mujeres con discapacidad (Miranda, 2013).

Dichas representaciones sociales de lo masculino y lo femenino repercute en la forma en que es vista la sexualidad de las personas con discapacidad, formando así una serie de mitos en torno a ella. López (2002), señala algunos de ellos:

- Que las personas con discapacidad son asexuales, son percibidas en algunos casos como niños y niñas eternos que dependen de los demás y necesitan protección

- Si una persona “normal” mantiene relaciones con una persona con discapacidad hombre o mujer, es porque no puede atraer a otros individuos o tiene un interés ajeno a cualquier vínculo afectivo
- Se cree que no pueden resultar atractivas a otras personas
- Que no pueden formar una familia
- Que si tienen alguna clase de relación íntima, debe ser con una persona de su misma condición
- Que no pueden tener orgasmos
- Que no son capaces de controlar sus impulsos sexuales
- Abordar el tema sexual les puede originar más preocupaciones y frustraciones.

Estos mitos provocan que las personas con discapacidad enfrenten un sin fin de restricciones para su desenvolvimiento personal y social, no sólo por sus propias deficiencias sino también por las actitudes y conductas inapropiadas de las demás personas que los rodean.

La percepción que se tiene sobre la sexualidad de las personas con discapacidad se basa en el sentido común expresando aquello que les parece más razonable de acuerdo a su experiencia, conocimiento del mundo de la discapacidad y de su construcción personal como hombre o mujer. Estas creencias no aparecen de repente, son aprendidas gradualmente a través de la experiencia mediante un proceso que empieza a desarrollarse en el seno de la familia y en la escuela en un primer momento, basado en lo que las personas dicen de la discapacidad (Verdugo, Jenaro y Arias, 1994).

Estas creencias erróneas se tienen muy a pesar de que a nivel internacional se han emitido documentos a favor de las personas con discapacidad como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, proclamada por las Naciones Unidas en 2006, que reconoce en el artículo 23 el derecho de todas las personas con discapacidad a gozar de su sexualidad y no ser discriminadas ‘’en cuestiones relacionadas con el matrimonio, la maternidad y la paternidad, la familia y las relaciones personales’’ (Martínez, 2013).

Estudios realizados para conocer la percepción y actitudes frente a la sexualidad de las personas con discapacidad, ponen en evidencia la existencia de los mitos. Baldaro (1981) realizó un estudio sobre la actitud frente a la sexualidad de las personas con discapacidad, mediante un cuestionario realizado a 508 personas de las cuales 307 fueron mujeres y 201 hombres, algunos eran estudiantes, obreros, amas de casa asistentes sociales y enfermeros/as. Como resultado de la investigación se percató que los y las participantes admitieron que las y los discapacitados debían ser tratados como personas y no como niños o niñas, pero cuando se les preguntaba sobre cómo permitirles el ejercicio su sexualidad como legítimo derecho al placer aparecían contradicciones, pues estaban de acuerdo con que al igual que los demás tuvieran sexualidad pero sin reproducción y no como derecho sino como una imposición debido a la condición de discapacidad (citado en: Baldaro, Govigli y Valgimigli,1988).

Por otro lado, Wolpe (1997), en un estudio sobre la influencia de las valoraciones personales en la problemática de la sexualidad y la discapacidad, exploró la percepción de maestros y directivos sobre las prácticas sexuales y las relaciones entre sujetos con discapacidad. Encontró que tanto maestros/as como directivos tienen ideas diferentes ante las prácticas sexuales, las relaciones y la procreación dependiendo esto del nivel de discapacidad que presente el sujeto ya sea moderado o severo (citado en Martínez, 2013).

Verdugo, Arias y Jenaro (1994), reconocen que las percepciones y actitudes que la sociedad muestra ante las personas con discapacidad les afectan en sus relaciones con sus iguales y con las y los otros significativos. Las actitudes de éstos influyen no sólo en

el desarrollo de la autoestima sino también en la socialización del individuo dentro sus actividades. También influye en la relación con las personas en general cuyas reacciones ante su presencia en lugares públicos son parte de su experiencia de la vida diaria. Las actitudes negativas de la sociedad ante estas personas son un obstáculo para el desempeño de sus roles y para el logro de sus objetivos en la vida, y por último, en su interacción con las y los profesionales de la salud que constituyen elementos importantes dentro de su vida.

Desafortunadamente debido a las falsas creencias construidas y mantenidas por la sociedad en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad es que su sexualidad no ha sido contemplada dentro del proceso de rehabilitación por parte de estos profesionales de la salud.

De ahí la importancia de crear un modelo universitario de servicio multidisciplinario que atienda a las personas con discapacidad a través de la promoción y fomento de la salud integral, donde las actividades para hombres y mujeres con discapacidad impliquen el disfrute de una práctica de salud satisfactoria y responsable.

Incorporar la perspectiva de género en la presente investigación permite analizar y comprender las particularidades que determinan la percepción que tienen los hombres y las mujeres sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, ya que los estudios de género abren puertas a nuevas investigaciones con nuevas posibilidades de analizar la realidad (Soler, Tixeira y Jaime, 2008).

METODOLOGÍA

La presente investigación se basa en una metodología de tipo cualitativa, ya que busca conocer las percepciones generadas sobre un fenómeno social en un contexto real, intentando interpretar dichos fenómenos de acuerdo con los significados que los sujetos les atribuyen (Polit y Hungler, 2000).

En este tipo de metodología se asume una postura inductiva y subjetiva, en donde el investigador influye en el proceso de investigación, al mismo tiempo que éste influye en el investigador, donde los resultados obtenidos se darán como consecuencia de esta interacción (Taylor y Bogdan, 1990).

Tipo de estudio

Es una investigación de tipo exploratorio y descriptivo. Es exploratorio debido a que nuestro objetivo se basa en conocer una temática poco abordada con anterioridad. Este tipo de estudios sirven para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos y proponer investigaciones posteriores en temas que se consideren relevantes. Por otro lado, también es un estudio descriptivo ya que permite conocer el cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno en cuestión; de esta forma se especifican las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Sampieri, 1998).

Objetivo General

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el modelo universitario que se aplica en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala donde se brindan herramientas a madres, padres o tutores de personas con discapacidad para el desarrollo de habilidades en el cuidado de la salud sexual desde una perspectiva de género a través de actividades docentes y de servicio. Dicho servicio contiene un enfoque psicosocial y de género como la unidad de análisis para identificar actitudes sexistas y desiguales en los ámbitos de promoción de la salud.

Participantes

Participaron 20 alumnos y alumnas de 8° semestre pertenecientes a la carrera de Psicología de la FES Iztacala y 20 prestadores de servicio social de la carrera de

Enfermería. A toda la población se les preparó para trabajar en equipos multidisciplinarios y en el manejo del enfoque de género.
Por otro lado, se trabajó con 12 personas con discapacidad (10 hombres y 2 mujeres) que asisten a servicio especializado en educación especial dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala así como con las madres de dichas personas.

Procedimiento

El trabajo de servicio social tiene las siguientes partes:

1. Una conferencia sobre la sexualidad en personas con discapacidad la cual fue dirigida a la población en general como actividad de prevención primaria y de promoción de la salud integral en personas con estas características especiales. Esta actividad fue realizada por 2 alumnas de la carrera de psicología que cursaron el 8° semestre de la carrera en la integración de la materia de Psicología Social Aplicada.
2. La aplicación de un taller que abordara el tema de la salud sexual en estas personas. Este taller fue realizado por 4 alumnas de la carrera de psicología de 8° semestre y que tenía como objetivo general brindar herramientas a madres, padres, o tutores de niños y niñas con discapacidad para el desarrollo de habilidades en el cuidado de la salud sexual a través de la enseñanza a los menores, desde una perspectiva de género; tomándose como principales ejes de abordaje: 1) La sexualidad, el género y la discapacidad, 2) El cuidado de la salud sexual por medio de la higiene íntima como parte de su salud integral, y 3) El cuidado del cuerpo y la salud sexual.
3. El desarrollo de un grupo de reflexión Balint que buscaba la expresión de las emociones de padres, madres o tutores sobre el cuidado de la salud sexual de sus hijos(as). Esta actividad fue realizada por 2 alumnos de la carrera de psicología de 8° semestre.
4. Se realizó el reporte de los servicios brindados a través de este modelo de atención universitaria que permitiera, desde una perspectiva de género, analizar los factores socioculturales que influyen en la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.
5. Por último, se atendió a las personas con discapacidad y a sus familiares en el Programa de Promoción y Fomento de la Salud Integral (PROSI) dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala en equipos diádicos (psicología-enfermería) para brindar tanto la atención clínica de salud física como la de salud psicológica o mental.

RESULTADOS

Se expondrá los resultados del período comprendido de febrero a junio del 2014.
Como se puede observar en la figura 1, el número de participación de hombres y mujeres fue desigual ya que sólo se tuvo la participación de 2 mujeres con discapacidad en los grupos de servicio y 10 hombres con discapacidad. La justificante que comentaban las madres de familia que asistieron con sus hijos e hijas era que los varones necesitaban más esta información que las mujeres, ya que ellas habían sido operadas para no tener descendencia.

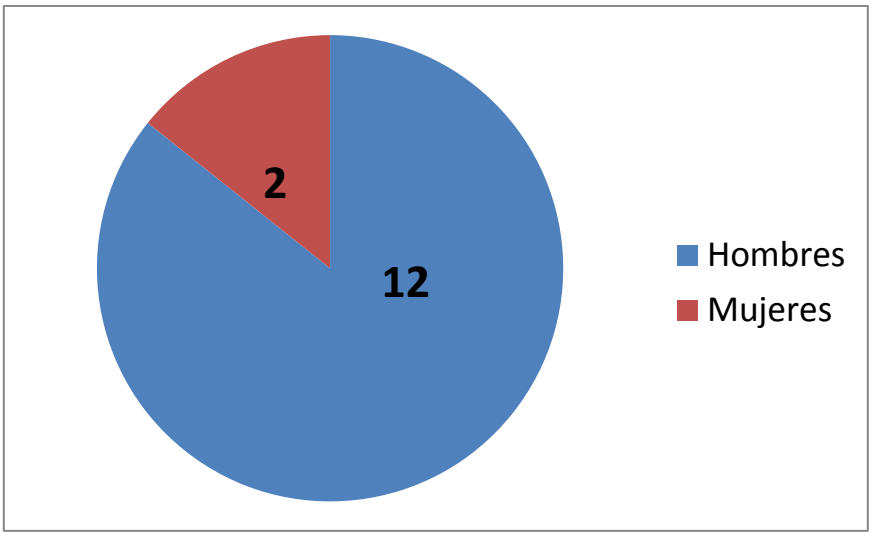


Fig.1 Número de participantes por sexo.

En la figura 2 podemos observar la distribución del porcentaje de participación entre hombres y mujeres de acuerdo, a un rango de edad que va de los 18 a 26 años.
Podemos notar que para la edad de 18, 24 y 25, no se contó con la participación de mujeres. Mientras que para la edad correspondiente a mayores de los 25, no hubo participación de hombres. Por tanto el mayor número de participantes se encuentra en el rango que comprende las edades que van de los 19 a los 25 años.

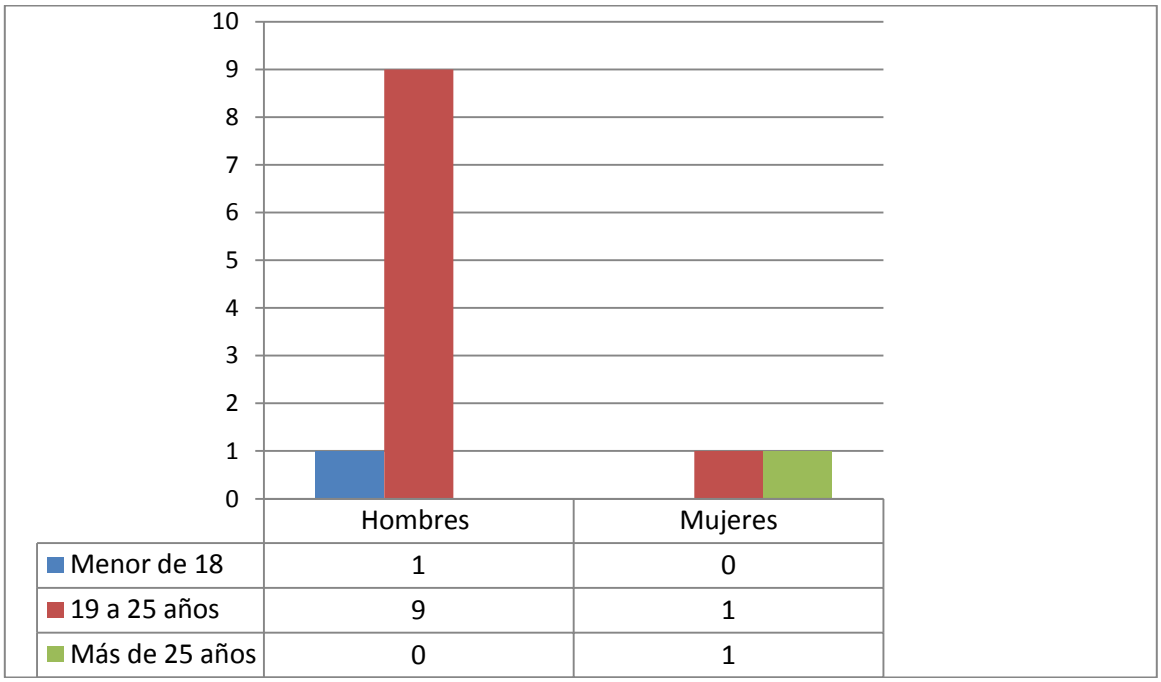


Fig.2 Porcentaje de participantes por edad

Los resultados encontrados en la exposición de la conferencia sobre la sexualidad de la personas con discapacidad muestran un gran interés por profesionales de la salud y la educación para asistir, teniendo un total de 58 participantes de estas áreas. La

conferencia duró dos horas y fue impartida por dos alumnas de la carrera de psicología de 8° semestre dentro de un aula académica de la FES Iztacala. Para ello, se realizó la difusión a través de la elaboración de un cartel y se pegó en los Centros de Atención Múltiple, en clínicas de salud, en los alrededores de la Facultad y en las instalaciones de servicio de la misma escuela. Un dato importante fue la poca participación de los padres, madres o tutores de las personas con discapacidad a la conferencia, lo que implicó que para la aplicación del taller programado se volviera a hacer difusión especial para el mismo.

El taller programado como segunda actividad del modelo universitario de atención se llevó a cabo en tres días de dos horas cada una, aplicándose en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES iztacala. Fue impartido por 4 alumnas de 8° semestre de la carrera de psicología quienes diseñaron cartas descriptivas de trabajo que consistieron en actividades lúdicas que cumplieran el objetivo del taller, el cual fue brindar herramientas a madres, padres, o tutores de niños y niñas con discapacidad para el desarrollo de habilidades en el cuidado de la salud sexual a través de la enseñanza a los menores, desde una perspectiva de género. El taller implicaba la asistencia de las personas con discapacidad y sus familiares. Al taller asistieron 12 personas especiales, 10 hombres y 2 mujeres con sus respectivas madres. No hubo asistencia de padres de familia. Dentro de los resultados del taller realizado se encontró que lo que las madres sabían acerca de la salud sexual de las personas con discapacidad era que al igual que todos los seres humanos tienen la necesidad de expresar su sexualidad y que es necesario brindarles educación sexual. En cuanto a sus expectativas, buscaban aprender cómo ayudarles a sentir placer y encontrar la manera para tratar el tema con sus hijos e hijas. Una vez finalizado el taller reportaron haber aprendido que la sexualidad en las personas con discapacidad es algo natural que no difiere mucho de la sexualidad del resto de las personas. Por lo tanto, aprendieron estrategias para abordar el tema y aclararon sus dudas.

Los resultados obtenidos del taller fueron positivos, ya que las madres asistentes lo calificaron como muy bueno. En un inicio plantearon lo difícil que era para ellas abordar estos temas con sus hijos e hijas, ya que como bien se ha comentado, el tema de la sexualidad es complicado de manejar, por lo que llegaron con muchas dudas que en el transcurso de las sesiones se fueron aclarando.

Un factor importante que resaltó fue el hecho de que ellas siendo mujeres se sentían intimidadas y angustiadas a la hora de tener que explicarles a sus hijos como hombres, las reacciones fisiológicas de su cuerpo, especialmente el tema de la masturbación. Un segundo tema que reportaron las madres les era difícil de abordar a sus hijos fue el de la reproducción humana, en la actividad “cómo se hacen los bebés”. Ellas comentaron que jamás les habían tratado de explicar el proceso de reproducción humana ya que no concebían el cómo explicarles la fase coital y de fecundación.

Esto se puede entender ya que en su posición como mujeres el tema de la sexualidad les fue censurado y su aprendizaje se dio por medio de la experiencia, sin embargo al ser madres de personas con una discapacidad se tienen que enfrentar a abordar estos temas, ya que ellos y ellas en su condición no tienen la posibilidad de aprenderlo de la misma manera y ellas como madres se ven obligadas a tomar la responsabilidad de su sexualidad.

Otra cuestión en cuanto a la dificultad de abordar el tema de la masturbación, es que prácticamente todas las madres carecían del apoyo de una figura masculina, y la única que si estaba casada comentaba que a su marido no se interesaba por esa parte de su hijo varón, ya que manejaba ideas erróneas sobre la sexualidad de su hijo y no creía necesario hablar de eso con él. De ser cierto, se puede argumentar que los hombres ven

la sexualidad como un medio que les da poder y virilidad ante las mujeres, y el padre al ver a su hijo como un “niño eterno”, no cree necesario el hablarle de estos temas.
Por otra parte, fue difícil encontrarnos con un padre que estuviera a cargo del cuidado de su hijo o hija con discapacidad, esto se debe probablemente a que socialmente la mujer es la que está a cargo del cuidado de los hijos e hijas. Muchas veces el peso de lo que significa tener un hijo o hija con discapacidad en el hogar hace que las familias se desintegren y haya más división que en familias con hijos sin este problema, lo cual aumenta al doble la responsabilidad para las madres, quienes deben hacerse cargo no sólo del hijo con discapacidad, sino de la familia entera.
Ortega, Torres, Garrido y Reyes (2006) mencionan que los padres sienten conmoción y tristeza profunda cuando su hijo/a tiene características físicas, emocionales y psicológicas diferentes a las de los niños y niñas normales, pero el padre y la madre no necesariamente reaccionan en el mismo nivel, ni pasan por las mismas etapas al mismo tiempo, durante este proceso, suele suceder que se resisten a afrontar la verdad; evitan mirar la situación real y distorsionan los hechos para que parezcan más aceptables. Sus actitudes oscilan entre observación pasiva y la huida, o la entrega dedicada, pasando por el reproche o la responsabilidad personal sobre el hecho.
De aquí que por lo regular son las madres quienes se convierten en cuidadoras de tiempo completo, pues la tarea de ser madres de personas con discapacidad es más demandante en tiempo, esfuerzos y dinero, su vida está en función de ellos y ellas, de las terapias, de las visitas constantes al médico, la alimentación especial, el cuidado y educación de las personas con discapacidad.
También cabe destacar que socialmente el papel del padre es el de sostener económicamente a la familia, mientras que la madre es la encargada del bienestar de los hijos (Ortega, Torres, Garrido y Reyes, 2006), por lo tanto, al tener que sostener los gastos de un hijo(a) con discapacidad, provoca que el padre tome un papel pasivo en el desarrollo y educación de sus hijos o hijas con discapacidad.
Entre las dificultades para llevar a cabo dicho taller nos encontramos con que la gran mayoría de los padres y madres de personas con discapacidad tienen una gran negación ante el tema, en ocasiones cuando se les abordaba para hacerles la invitación decían que eso no era necesario pues no tenían problemas, o bien mencionaban que sus hijos o hijas eran muy inocentes y no entendían de esas cosas por lo tanto no era necesario.
En contraste, hubo mucha gente interesada en tomar el taller, sin embargo pretendían tomarlo solos ya que no tenían a ninguna persona con discapacidad bajo su tutela. Por lo general estas personas eran profesionales en el área de rehabilitación.
Una limitación más fue que al a taller se inscribió una madre que tienen una hija con discapacidad múltiple, es una mujer de 19 años sordo ciega con parálisis cerebral, la madre asistió las dos primeras sesiones pidiendo de favor que le permitiéramos asistir aunque no pudiera llevar a la niña al a taller pues tenía muchas dudas respecto a cómo abordar la temática de su hija, pues comentaba que su hija estaba muy agresiva últimamente y que cuando la acariciaban la niña quería que la tocarán en sus genitales o los pechos. Está situación hizo que la madre se interesara en la temática pues no sabía cómo enseñarle a su hija que sólo ella se debe de tocar. A la tercera sesión ya no asistió pues las dinámicas estaban diseñadas para llevarse a cabo en conjunto madre / hijo.
La tercera actividad desarrollada en el modelo universitario de atención fue la creación de un grupo de reflexión de escucha donde las madres que asistieron fueron las que estuvieron en el taller anterior. Por tanto, las 12 madres de familia intercambiaron experiencias y emociones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de sus hijos e hijas. Esta actividad fue guiada por 2 alumnos de la carrera de psicología de 8° semestre quienes a través de la metodología Balint, solicitaban a cada participante que expresara una experiencia agradable y una desagradable en torno a la salud sexual y reproductiva

de su hijo o hija especial. La sesión duró 2 horas y todas las asistentes participaron con su experiencia, la cual retroalimentó los temas visto en el taller y la reflexión en torno a los factores de género en la promoción y fomento de la salud integral de sus hijos(as).
Por último, el trabajo multidisciplinario finaliza con la atención que se dio en el servicio de Promoción y Fomento de la Salud Integral (PROSI) dentro de las instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala, donde se trabajó en parejas con profesionales de la enfermería y la psicología (20 de cada carrera) para que realizaran evaluaciones de salud clínica tanto físicas como psicológicas en relación a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. Este servicio se dio de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs. con una duración de una hora por sesión. La programación de las citas se dio dándoles prioridad a las personas con discapacidad que asistieron al taller programado. En total se atendió una población de 19 personas con discapacidad y a sus familiares (15 hombres y 4 mujeres). Este servicio implica un seguimiento cada semestre de las personas atendidas así como la canalización necesaria dependiendo de su valoración.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente trabajo demostró que tanto hombres como mujeres tienen en general una concepción distinta de la sexualidad, y en particular de la sexualidad de las personas con discapacidad, esto circunscrito por el deber ser dentro del contexto cultural con un sistema patriarcal. Como menciona Moya (1984), las características propias de cada sexo que encontramos en las expectativas y prescripciones sociales son: los hombres son más inteligentes, fuertes, hábiles y ágiles que las mujeres; están interesados en valores teóricos, económicos y políticos, mientras que las mujeres lo están en valores estéticos, sociales y religiosos; la personalidad del hombre posee como rasgos la independencia, dominancia, motivación por el éxito e inexpresividad, y la de la mujer, la dependencia, afectividad y expresividad; el hombre tiene una sexualidad poderosa y activa, mientras que en la mujer el desarrollo de ésta es mínimo y tiene un carácter marcadamente pasivo.
Rivera (2008) menciona que con frecuencia, las personas con discapacidad afrontan un sin fin de restricciones para su desenvolvimiento personal y social, no solo por sus propias deficiencias, sino también, por actitudes y conductas inapropiadas de los aparentemente normales que los rodean; y se evidencia cuando la sexualidad precisamente es tratada a través de prejuicios, tabúes y estigmas, que impiden expresar y vivenciar adecuadamente la sexualidad, siendo el motivo de la notoria diferencia entre sexos
Encontramos que las madres de familia están de acuerdo en que las inquietudes sexuales también se presentan en personas con discapacidad debido a que están de acuerdo en que sin distinción, todos somos seres humanos y sexuados.
Rodríguez (2003) afirma: “los prejuicios relacionados con su sexualidad oscilan en los extremos de creer que por su condición no se presentan necesidades de afecto y vida sexual, son como niños o que por su sexualidad está exacerbada no tienen control” (citado en Rivera 2008 p.161).
En cuanto a las creencias referentes al interés de la sexualidad en personas con discapacidad, encontramos las madres tienen opiniones contrarias. Por un lado la mayoría de las madres con hijos varones consideran que efectivamente alguien con discapacidad se interesa menos sobre aspectos de su sexualidad; mientras que las madres con hijas afirman que si existe tal interés.
En efecto, las personas con discapacidad tienen necesidad de contar con mayores oportunidades de interacción social, que les permitan entablar relaciones con grupos de su propio sexo y con grupos mixtos; salir con amigos, enamorarse, casarse: y el derecho a contar con información, orientación y guía frente a sus curiosidades sexuales. Un niño

con discapacidad intelectual, es un ser humano al que no le falta nada para vivir, amar, comunicarse, crear, procrear, es un ser humano en su totalidad.

REFERENCIAS

- Aguado, A., (1993). *Historia de las deficiencias*. Madrid, España: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.
- Baldaro, V., Govigli, G. y Valgimigli, C., (1988). *La sexualidad del deficiente*. Barcelona: Ceac.
- Barton, L., (1996). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: MORATA. Pp. 24-25.
- Castillo, C., (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación,* 22 (4), 1-11.
- Ferreira, M., (2008). La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas,* 17(1), 1-12.
- García, E. y Sánchez, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, *50*, 15-30.
- López, F., (2002). *Sexo y afectividad en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, S., (2013). *Percepción de la sexualidad en personas con parálisis cerebral y de su entorno más cercano.* Recuperado el 2 mayo 2014, en http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/11502/2/SILVIA_MART%C3%8DNEZ_FOUCE__S.pdf
- Mazarrasa, L. y Gil, S., (2014). *Salud Sexual y Reproductiva:* Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Módulo 12. Pp. 24.
- Miranda, M., (2013). Discapacidad y perspectiva de género. *Revista MEDIC.* 21(2), 36-45.
- Moya, M., (1984). Los roles sexuales. *Gazeta de Antropología*. Facultad de Psicología Universidad de Granada. 3 (08). Recuperado el 11 de Mayo de 2014, en http://hdl.handle.net/10481/13800
- Perrotta, G., (2008). *Los profesionales de salud mental y la perspectiva de género en el acceso de adolescentes a la salud sexual y reproductiva.* Perspectivas clínicas, políticas, sociales y filosóficas. Argentina: AASM, Serie Conexiones. Pp. 744-746.
- Polit, F. y Hungler, P., (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rivera, S., (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*. 32(1). Pp. 157-170.
- Robert, I., Luckasson, R. y Shogren, K., (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*. 38 (4), 5-20.
- Sampieri, R., Collado, C., Baptista, P. y Pérez, M., (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Soler, A., Tixeira T., y Jaime V. (2008). *Discapacidad y dependencia*: una perspectiva de género. Recuperado el 2 mayo 2014, en http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/ecocri/eus/Soler_Domingo.pdf
- Soulier, B. (1995). *Los discapacitados y la sexualidad*. Barcelona: Herder.
- Taylor, J. y Bogdan, R., (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Valdés, T. y Bustos, M. (1994). *Sexualidad y reproducción hacia la construcción de derechos.* Chile: Flasco.

- Verdugo, M., Arias, B. y Jenaro, C. (1994): *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Siglo XXI.

MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS E INTERVENCIÓN CON ALUMNAS DE PREPARATORIA SOBRE TEMAS DE EMBARAZO, ABORTO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS

VENEGAS BERNAL JOEL EDUARDO
AGUASCALENTES, AGS.

Como parte de la formación universitaria se realizaron diferentes visitas por estudiantes de enfermería con el fin de fomentar la educación en la salud, ya fuera canalizando al lugar indicado o proporcionarla en el momento. La visita al CRENA tuvo como fin proporcionar la información necesaria a las alumnas para otorgar conocimientos respecto a métodos anticonceptivos y prácticas sexuales responsables. Se realizó por medio de lluvia de ideas, un memorama didáctico, diapositivas, video sobre el aborto y un esquema sobre la menstruación. Al comienzo de las sesiones las alumnas demostraron tener muy poco conocimiento sobre estos temas e incluso sobre su menstruación, iniciaron tímidamente y para la tercera sesión se mostraron más seguras y realizaron cada vez más preguntas sobre métodos anticonceptivos lo cual fue un resultado satisfactorio. Es necesario que como fuente de información los maestros sepan responder estas cuestiones cuando se presente la situación. Dado que el índice de mujeres embarazadas a temprana edad es alto, resulta de suma importancia crear conciencia en esta población, ya que muchas veces este tipo de mujeres se ven orilladas a realizar abortos sin saber el daño que este ocasiona en ellas y en el producto. Dar a conocer las consecuencias de un aborto, las posibles complicaciones y el nombre de instituciones que aporten apoyo a mujeres embarazadas, así como información para la prevención del embarazo y las posibles enfermedades de transmisión sexual.

INTRODUCCIÓN

Dado que el índice de mujeres embarazadas a temprana edad es alto, resulta de suma importancia crear conciencia sobre la vida en esta población, ya que muchas veces este tipo de mujeres se ven orilladas a decidir realizar abortos sin saber el daño que esta acción ocasiona en ellas y en el producto. Al realizar la impartición de este tema se pretende crear conciencia, dar a conocer las consecuencias de un aborto, las posibles complicaciones y el nombre de instituciones que aporten apoyo a mujeres embarazadas, y crear conocimiento de la prevención del embarazo, como el uso de la píldora del día siguiente.

HIPOTESIS

El alumnado de la Escuela Normal del Aguascalientes contara con una información suficiente y clara sobre los embarazos no deseados, aborto y el uso de métodos anticonceptivos.

OBJETIVO GENERAL:

Se pretende que el alumnado de la Escuela Normal de Aguascalientes aprenda al final del curso sobre los embarazos no deseados y su prevención, a través de la reflexión del aborto y el uso de métodos anticonceptivos.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Aprender la prevención del embarazo no deseado.

- Conocer y reflexionar sobre el aborto.
- Conocer algunos métodos anticonceptivos.

METODOLOGIA

Se creó una exposición por medio de proyección en diapositivas, y la proyección de un video sobre un aborto real, para crear conciencia del acto. Al finalizar la exposición se realizó un cuestionario para evaluar el conocimiento adquirido por el alumnado. Al inicio de la exposición se realizaron preguntas breves sobre el tema para saber que tanto conocimiento tiene el alumnado.

Se realizaron 5 sesiones de 2 horas cada una, en un solo grupo de 1er. Semestre de la preparatoria de la Escuela Normal del Estado.

Se esperó un aprendizaje significativo por parte del alumnado en base a la medición de los resultados del examen inicial con el examen final.

RESULTADOS

Con el resultado de los cuestionarios realizados al 1er Semestre Grupo “G” la escuela Normal de Aguascalientes pudimos observar que los conocimientos que tuvieron las alumnas son medios y bajos, destacando que el aborto lo ven desde un delito y no como un problema social que en la actualidad nos está invadiendo.

Se observa que el 34% de las alumnas han estado cerca o conocen un caso de aborto, siendo el 38. 4% opinan que dicha decisión no tiene ningún tipo consecuencia física en la mujer.

También se muestra que el 69% opina que la píldora del día siguiente es un método anticonceptivo, y el resto como método abortivo y otros.

Mientras un menos del 50% de las estudiantes piensa que no tiene ningún tipo de afección dicha píldora en la mujer, el restante piensa que sí, un 60% de estas no conoce en excelencia las consecuencias que puede traer dicha pastilla. Casi el 70% responde como no tener la información suficiente para evitar un embarazo no deseado.

Se observa que el 30% de las chicas refiere no conocer ningún tipo de aborto y el 80% no conoce alguna institución de apoyo en contra el aborto.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos de las alumnas de la Escuela Normal de Aguascalientes se arrojaron resultados significativos, en cuanto al crecimiento en conocimiento sobre el concepto del aborto, ya que solo el 5% lo ven como una solución y el 80% lo ve como un delito, el 12% lo ve como un problema social, al realizar una evaluación final se observó que el conocimiento que poseen las alumnas posterior a las ponencias es entre medio y alto; se observa que al finalizar la exposición de los temas las alumnas conocen mínimo 1 método de aborto.

Se puede ver que las alumnas han podido identificar la afección que origina el aborto provocado, ya que de un pensamiento crítico sobre que el aborto solo afectaba a la madre o al niño, ahora conocen que realmente el daño es en ambos, y no solo eso, del 61% aumento el nivel a un 97% las respuestas en cuanto que, el aborto sí causa daños en la mujer.

En cuanto a la temática de la pastilla de emergencia, el 100% reconoce que causa daños físicos, mencionando algunas de las consecuencias que este pudiese tener.

Se observó el incremento en las estadísticas sobre, que refieren tener los elementos necesarios con un 72% para evitar el embarazo. También el 100% conoce una institución como mínimo en apoyo a las mujeres adolescentes embarazadas, al finalizar el programa.

DISCUSIÓN

Al realizar la impartición del programa elaborado a partir del diagnosticó realizado a las alumnas de la Escuela Normal del Estado se logró el objetivo planteado, ya que se creó conciencia, se dio a conocer las consecuencias de un aborto, las posibles complicaciones, el nombre de instituciones que aportan apoyo a mujeres embarazadas y se logró crear conocimiento sobre la prevención del embarazo y el uso de la píldora del día siguiente.

El alumnado de la Escuela Normal del Aguascalientes aprendió al final del curso sobre los embarazos no deseados y su prevención, a través de la reflexión del aborto y el uso de métodos anticonceptivos.
Se cumplieron de los objetivos particulares, ya que al realizar la evaluación final en las alumnas, esta reflejo que las alumnas lograron: aprender la prevención del embarazo no deseado, conocer y reflexionar sobre el aborto y conocer algunos métodos anticonceptivos.
Se trabajó con la creación de conciencia en el alumnado de la Escuela Normal del Estado, así como ofrecer opciones alternas al aborto que no dañen la vida del producto ni de la madre y creación de conciencia de prevención de embarazos y uso de la píldora de emergencia, ya que al elaborar el diagnosticó del alumnado, fue donde presentaron más necesidad de información para poder incrementar los conocimientos.
Se comprobó la hipótesis planteada previamente, ya que al realizar la implantación del programa se observó que el alumnado de la Escuela Normal del Estado cuenta con una escasa información sobre los embarazos no deseados, aborto y el uso de métodos anticonceptivos.
Al término del curso el alumnado de la Escuela Normal de Aguascalientes aprendió sobre los embarazos no deseados y su prevención a través de la reflexión del aborto y el uso de métodos anticonceptivos.
Durante la impartición del programa elaborado para las alumnas de la Escuela Normal del Estado, estas se comportaron atentas al tema y reactivas, participaron en el repaso impartido antes de cada sesión, elaboraron un debate y collage, la respuesta de la maestra encargada de las alumnas fue favorable, su opinión sobre nuestras ponencias fue satisfactoria.
La respuesta del grupo hacia los temas fue satisfactorio y su aceptación a la discusión de temas sensibles con implicación moral.

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN ALUMNOS DE LA DIVISIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO

M.P.H. Yesenia Peralta Jiménez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Delfina Pedrero Martínez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Viridiana Galmiche Hernández.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN.

La Autoestima es una necesidad básica en el ser humano y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida, por lo que es importante que los alumnos desarrollen habilidades en la toma consciencia, en el establecimiento de relaciones interpersonales cálidas, en el manejo adecuado del estrés, manejo adecuado de sentimientos no

resueltos y fortaleciendo los pilares de autoestima a través de implementación de talleres vivenciales con estrategias Gestálticas que permite al alumno ampliar algunas habilidades de contacto que facilitan su autodescubrimiento, mejoran su autoconfianza y autocuidado y motivándolos para conseguir metas e internalizar su plan de vida y carrera de manera exitosa en alumnos de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco.

MANAGEMENT OF SELF-ESTEEM IN STUDENTS OF THE COMALCALCO MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC DIVISION

The self-esteem is a basic need in the human being and It makes an essential contribution to the process of life, so it is important for students to develop skills in awareness, in the establishment of warm interpersonal relations, in the proper handling of stress, proper handling of unresolved feelings and strengthening the pillars of self-esteem through implementation of experiential workshops with Gestaltic strategies that allows the student to expand some contact skills which facilitate their self-discovery, improve your self-confidence and self-care and motivating them to achieve goals and internalize your life and career plan successfully with students of the Comalcalco Multidisciplinary Academic Division (C.M.A.D.)

INTRODUCCIÓN:

Nuestra sociedad se ha enfrentado a diversos cambios para los cuales los individuos no hemos sido preparados, por lo cual cuando enfrentamos crisis vitales o circunstanciales se manifiesta tensión fisiológica, bajo rendimiento abandono voluntario y transitorio; para contrarrestar los efectos de estas crisis existen estrategias que ayudan a que el ser humano se adapte a su medio ambiente manteniendo relaciones cálidas y…. para lograrlo se retoman las metas de la promoción de la salud es conseguir salud para todos, incrementar la prevención, fomentar el autocuidado, fomentar la ayuda mutua y crear ambientes saludables

La autoestima es uno de los elementos importante para conservar la salud mental, por lo que es una necesidad básica en el ser humano y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida e implica la capacidad de amarse así mismo (Carl Rogers). La estima propia incide directamente en la capacidad de “actuar con efectividad en la interacción con otros seres humanos y ser capaces de dar y recibir amabilidad, cooperación, confianza, amistad, respeto, amor; mostrar la capacidad de ser responsables, de ser firmes y de aceptar firmeza de los demás”(Richard Branden).

La División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco ha tenido una fuerte demanda del área de Psicología, la mayoría de los casos se relacionan con la falta de habilidades para satisfacer sus necesidades de estima, situación que hace que los jóvenes tengan pensamientos de rechazo, pesimismo, se han dejado influir por los demás o se han faltado al respeto del propio cuerpo haciéndose daño a sí mismo, problemas familiares por falta de habilidades en la comunicación con sus familiares, sentimientos de inferioridad, depresión, rezago escolar, bajo rendimiento escolar, aislamiento, relaciones amorosas tormentosas etc.

Al experimentar un acercamiento físico y/o emocional con las personas significativas como pueden ser los padres, los adolescentes se dan la oportunidad de fortalecer sus habilidades de contacto y las varillas de acero (Dr. Norman Shub), y se fortalecen los pilares de su autoestima (Dr. Richard Branden) como la base de un enfoque integral

centrado en la acción, que les permita manejar adecuadamente sus sentimientos no resueltos alcanzando su identidad, cumpliéndose este objetivo mediante la aplicación de talleres con estrategias de psicoterapia GESTALT que permita atender las necesidades de autoestima , ofertándoles la propuesta de ampliar algunas habilidades de contacto y fortalecer sus varillas de acero minimizando sus creencias negativas, facilitándoles la oportunidad de vivir un estilo de vida configurado a través de un conjunto de preceptos Gestálticos que el individuo genera internamente logrando un proceso de maduración más consciente, así como el desarrollo de destrezas para aumentar su autoexploración y autoconocimiento y capacidad para vivir en el presente.

Se ha implementado estrategias para el desarrollo del Potencial Humano, que implica un conjunto de conocimientos, habilidades y competencias en una persona, lo que posibilita su rendimiento exitoso.

un programa de atención personalizada para situaciones emergentes que es atendido por la Académica de Psicología de la División Académica de Comalcalco y se ha implementado talleres que se promueven en la semana de Salud Mental, y en la Asignatura de Desarrollo Humano se ha implementado talleres en los cuales se desarrollan habilidades para satisfacer las necesidades de autoestima, en los cuales se promueven habilidades para la toma consciencia, reconocer la identidad, cambiar creencias negativas por positivas, habilidades para establecer relaciones cálidas con los demás y habilidades para el manejo asertivo del estrés, favoreciendo de esta forma la autoconfianza y autocuidado en los jóvenes de nuestra comunidad universitaria.

METODO:

Se realizó un estudio descriptivo aplicando el test de Autoestima (Rosemberg, 1989) y el Test de Autoestima (Gastón De Mérzeville) con el propósito de identificar en los alumnos las necesidades antes de la aplicación de los talleres

El proceso grupal se apoyó en el modelo Polster y el modelo ineractivo y se analizaron los resultados cualitativamente, obtenidos mediante la observación fenomenológica

Se implementó la aplicación de diez talleres con estrategias para fortalecer habilidades que permitan satisfacer las necesidades de Autoestima; Las sesiones 1, 2 y 3 fortalecen destrezas de autoexploración y autodescubrimiento a través del desarrollo de habilidades de contacto; Sesiones 4, 5, 6 y 7 Se instruye para minimizar creencias negativas y aumentar creencias positivas. Las Sesiones 8, 9 y 10 desarrollan habilidades para identificar acciones necesarias para conseguir metas a corto y largo plazo.

RESULTADO:

En la interpretación cualitativa se observa en alumnos una mejora en su capacidad de satisfacer sus necesidades de autoestima y comportamiento asertivo en situaciones de estrés, así como habilidades para detectar problemas emocionales en sus compañeros y tener la capacidad de brindarles apoyo emocional. La mayoría de los alumnos que recibieron los talleres, reportan que esta experiencia ha sido la oportunidad para tener un acercamiento y o emocional con las personas significativas, fortaleciendo sus habilidades de contacto, varillas de acero y fortalecimiento de los pilares de la autoestima cumpliéndose con los objetivos de los talleres.

CONCLUSIÓN:

Las estrategias enfocadas al desarrollo del potencial humano en alumnos de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco (DAMC) para satisfacer las han desarrollado habilidades que contribuyen a satisfacer sus necesidades de autoestima, facilitando la identificación logro de sus metas a corto y largo plazo, fomentando el autocuidado, ayuda mutua y creando ambiente saludables.

DISCUSION

Es necesario aplicar un estudio comparativo y cuantitativo para analizar los resultados después de haber realizado los talleres, para conocer el impacto en las necesidades de autoestima.

BIBLIOGRAFIA

-Anne Katherine. Donde terminas tu empiezo yo. Cómo conocer y establecer límites sanos entre las personas . España 1999. ED. EDAF.

-Antología" fundamentos filosóficos de la psicoterapia humanista. Declaraciones centrales de la filosofía existencialista y de la fenomenología. Pag. 68 y 69.

-Branden, Nathaniel. El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso

psicológico. 1ª. Edición México D.F. 2003. ED. PAIDOS.

-Centro Gestalt de México. Encuentro con la psicoterapia Gestalt. Ed. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, S. C.Salama, Hector Penhos. S.f.

-Cuerpo y Autoestima: una estrecha relación en la adolescencia a tener en cuenta en el entorno educativo. Revista académica semestral. Cuadernos de educación y desarrollo, vol. 1, No.2, abril 2009, de http://www.eumed.net/rev/ced/02/cdm4.htm

- De Mézerville, Gastón. Ejes de Salud Mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. 1ª. Edición México D.F.2004. ED. TRILLAS

-Estévez, López Estefanía. Musitu, Ochoa Gonzalo. Herrera, Olaizola Juan. (2005). Revista de Salud Mental, vol.28, No.4, 81-89. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente.

-Frederick S. Perls, Hefferline, Ralph F., Goodman Paul.Terapia Gestalt: Excitación y

Crecimiento de la Personalidad Humana. ED. LOS LIBROS DEL CTP-4

-Haeussler, P. Milicic N: Confiar en uno mismo: Programa de Autoestima. Ed. Dolmen, Santiago, 1995.

-Shub, Norman. Ser padres desde el corazón, psicoterapia guestalt para padres. México. 2006.

-CEIG Editorial. Shub, Norman. Ser…en el momento. Un enfoque de la Psicoterapia Guestalt para el cambio. México.2004. CEIG Editorial

-Shub, Norman. La autoestima en enfoque guestalt. Xalapa, Ver. México. 2003. CIEG Editorial Shub, Norman. Peleando con el tigre: trabajo con introyectos. México. 2003. CEIG Editorial

-Shub, Norman. Las resistencias en la psicoterapia guestalt. México. 2002. CEIG Editorial.

-Shub Norman. El self en guerra con el self. ED. Centro Gestalt De México. s.f.

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD AMBIENTAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS COMUNIDADES HUMANAS Y ECOSISTEMAS, LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y EL BIENESTAR

Autor y afiliación: María Guadalupe Garibay Chávez. Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental, Instituto de Medio Ambiente y Comunidades Humanas. Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias. Universidad de Guadalajara. guadalupe.garibay@redudg.udg.mx

Resumen

La Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental, inicia en 1995, en la Universidad de Guadalajara como el primer posgrado en Red y con un modelo interdisciplinario, entre el Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Se origina a partir de la catástrofe provocada por las explosiones de hidrocarburos, el 22 de abril de 1992 en Guadalajara, que evidenció la necesidad de contar con capacidades humanas y sociales para comprender la estrecha relación que existe entre la salud humana y la calidad del entorno ambiental en que viven y se desarrollan las personas.

Quien sustenta este posgrado, es un grupo de académicos, que se planteó ser una comunidad de aprendizaje, con la misión de formar recursos humanos competentes para la investigación, y enseñanza de las interrelaciones que existen entre la salud de las comunidades humanas y los servicios de los ecosistemas, considerando tres espacios de estudio: el lugar donde se vive, se trabaja y se recrean los individuos.

A 19 años de este posgrado, se ha generado un compromiso orientado principalmente a la investigación, educación y comunicación a nivel profesional y en vinculación con sectores y grupos sociales, para la generación de una mejor comprensión de la interrelación que existe entre la salud humana, el estado del medio ambiente, y los efectos benéficos o adversos que se tienen de un entorno saludable o cuando se rompen los equilibrios y se pierden los servicios que brindan los ecosistemas; generar conocimiento que apoye a la toma de decisiones gubernamentales o de grupos o sectores vulnerables, y la contribución a la solución de problemas que afectan el bienestar de las comunidades humanas, donde el aspecto medular es la generación de capitales humanos y sociales para la prevención de riesgos y daños a la salud y un ambiente saludable.

El objetivo de este trabajo interdisciplinario comprometido socialmente, es presentar la experiencia de 19 años, en el abordaje y atención de los problemas de salud ambiental que afectan a los grupos y sectores sociales a nivel local, estatal, nacional y global, desde tres grandes líneas de acción: salud y ambiente, cambios ambientales globales y opciones de futuro, y desarrollo sustentable.

Palabras claves: salud ambiental, programas universitarios, promoción de la salud, prevención de riesgos, salud de las comunidades humanas, salud de los ecosistemas.

Abstract

The Master of Environmental Health Sciences, initiated in 1995, at the University of Guadalajara as the first degree in Network and whit interdisciplinary model, between the University Center for Biological and Agricultural Sciences and the University Center for Health Sciences. The origin of this Master comes from the disaster caused by the explosions of hydrocarbons, at April 22nd, 1992 in Guadalajara, which showed the need for human and social capacity to understand the close relationship between human health and environmental quality environment in which people live and develop.

This graduate is attended, by a group of academics, who was raised to be a learning community, with a mission to train competent human resources for research and teaching of the interrelationships between the health of human communities and services ecosystems, considering three areas of study: the place where we live, where we work and where we fun.

After 19 years of this graduate started, has been generated primarily oriented research, education and communication on a professional level and in relation to sectors and social groups, to generate a better understanding of the interrelationship between human health commitment the state of the environment, and beneficial or adverse effects that have a healthy environment or when the balance is broken and the services provided by ecosystems are lost; generate knowledge that supports the government decision-making or vulnerable groups or sectors, and contributing to the solution of problems affecting the welfare of human communities, where the key aspect is the generation of human and social capital for the prevention of risks and damage to health and a healthy environment.

The aim of this interdisciplinary work socially engaged, is to present the experience of 19 years in the boarding and care of environmental health problems affecting social groups and sectors at local, state, national and global, from three lines action: health and environment, global environmental changes and future options, and sustainable development.

Keywords: environmental health, university programs, health promotion, risk prevention, health of human communities, healthy ecosystems.

Introducción

La Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental, de la Universidad de Guadalajara, tiene su origen en uno de los desastres más importantes experimentados en la metrópoli de Guadalajara, las explosiones de hidrocarburos a lo largo de 10 kilómetros, ocurridas el 22 de abril de 1992, donde se denotó un limitado conocimiento y capacidades para prevenir y responder a esta catástrofe.

Desde 1995, se propone este programa académico por un grupo interdisciplinario de académicos que se propone ser una comunidad de aprendizaje formadora de recursos humanos para la investigación y enseñanza de las interrelaciones múltiples que existen entre la salud humana y los ambientes donde viven, trabajan y recrean los individuos y de

los riesgos agudos y crónicos que se originan de las condiciones de deterioro y degradación del ambiente.

Este programa tiene como propósito contribuir a la generación de capacidades humanas y sociales para lograr comunidades con mayor bienestar, donde los servicios y beneficios que nos brindan los ecosistemas y un ambiente saludable son la base para su logro.

Documentar y socializar la experiencia que la Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental ha tenido durante 19 años de trabajo en la promoción de la salud ambiental de comunidades y ecosistemas, la prevención de riesgos y bienestar, queda como antecedente y permite a otros interesados en el tema acceder a esta información, y para quienes forman parte del desarrollo de estas experiencias enriquecer el trabajo a través de la retroalimentación o generación de nuevos conocimientos.

El objetivo es dar a conocer las experiencias que este programa académico hace desde el ámbito universitario en la promoción de la salud de las comunidades humanas y de los ecosistemas, la prevención de riesgos y el bienestar. Se parte de la hipótesis de que contar con recursos humanos especializados a nivel posgrado en el campo de la salud ambiental contribuye a la generación de capacidades humanas y sociales para promover la salud de las comunidades humanas y de los ecosistemas, la prevención de riesgos y el bienestar en México. Las evidencias con que se cuentan son los 81 profesionales egresados de la Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental e investigación en tres líneas de generación del conocimiento: salud y ambiente, desarrollo sustentable, cambios ambientales globales y opciones de futuro, así como programas de educación no formal e informal que atienden problemas sociales pertinentes que promueven la salud de los ecosistemas y sus servicios, previenen riesgos e inciden en el bienestar de las comunidades humanas.

Método

Se realizó una revisión de las principales contribuciones que la Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental ha realizado desde su inicio en 1995 al 2014, en la promoción de la salud ambiental de las comunidades humanas y los ecosistemas, considerando experiencias en formación de recursos humanos, investigación para responder a problemas sociales, educación no formal e informal al público general y grupos vulnerables para lograr ambientes sanos para gente sana. La información se obtuvo de archivos de la Maestría, documentos oficiales, bases de datos de indicadores, informes, publicaciones y actividades de vinculación con sectores y grupos sociales.

Resultados

Experiencias en promoción de la salud de comunidades humanas y de los ecosistemas desde el ámbito universitario

a) Formación de recursos humanos a través de la Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental (MCSA)

El marco teórico conceptual en que se basa este Programa académico es en el paradigma de la complejidad. Se forman profesionales con un enfoque interdisciplinario para incorporarse a la investigación y enseñanza en salud ambiental en las áreas de a) Biomedicina ambiental, b) Ecosistemas y salud, c) Cambios ambientales, riesgo y salud y d) Epidemiología socioambiental, donde se generan competencias para la fundamentación epistemológica, el empleo de metodologías cuantitativas, cualitativas y

complementarias y gestión del conocimiento, desde abordajes positivistas, interpretativos y crítico social.

Las lecciones aprendidas son que la interdisciplina ofrece la posibilidad de una mejor comprensión de los problemas ambientales, abordar y revertir las tendencias de deterioro ambiental y del bienestar consecuentes de las transformaciones de los sistemas vitales planetarios, regionales y locales.

El actual deterioro ambiental, la pérdida de los servicios de los ecosistemas y del bienestar de las comunidades plantea grandes retos a la ciencia, a las instituciones gubernamentales y a la sociedad. Desde este programa hemos incidido en la generación de profesionales con capacidades para abordar la salud de las comunidades en interacción con su ambiente, donde se reconoce la estrecha relación que existe entre ambos que se desarrollan en la investigación, la formación de recursos humanos, la educación y alfabetización de grupos estratégicos y vulnerables de la población, diseño e implementación de políticas públicas y procesos de gestión con el propósito de generar sociedades con entornos más saludables y con mayor bienestar, bajo el principio "ambientes sanos, gente sana".

Al 2013 el programa contaba con 81 profesionales egresados insertos en universidades, institutos y centros de investigación y enseñanza, instituciones gubernamentales e iniciativa privada o desarrollando estudios de doctorado.

b) Investigación para responder a problemas sociales pertinentes en el contexto social, disciplinar e institucional

Las líneas de generación del conocimiento desde las cuales se desarrolla la investigación son: a) salud ambiental, aborda problemas relacionados con la salud de los individuos y las comunidades y los ecosistemas y las consecuencias de la exposición al deterioro, contaminación y degradación ambiental en la calidad de vida y bienestar social. Las principales contribuciones han sido en calidad del aire, considerando los efectos en la salud y medidas para reducir exposición a contaminantes atmosféricos en grupos vulnerables y comunidades con altos niveles de contaminación.

b) desarrollo sustentable, que concibe a este como resultado de la interacción de sistemas sociales, económicos, ecológicos y políticos, que tiene como propósito detener y revertir el deterioro resultado de cambios globales, vulnerabilidad social, inequidad, uso ineficiente de los recursos e inadecuadas decisiones. La contribución se hace mediante la comunicación, evaluación de riesgos, comunicación, educación ambiental y alfabetización, la regulación y ordenanza ambiental, participación social y el cambio institucional; se han desarrollado proyectos de ordenamiento territorial y participación social a nivel del estado y evaluación de riesgos en ciudades y con grupos vulnerables.
c) cambio global y opciones de futuro; se analizan procesos globales que tienen repercusiones locales y demandan acciones que atiendan y reduzcan la vulnerabilidad social y conserven la resiliencia de los ecosistemas para mantener el bienestar de las comunidades. Se desarrollan escenarios posibles que den opciones de actuación ante la degradación global con efectos regionales y locales.

Se han realizado proyectos y acciones estatales sobre cambio climático y adaptación de sectores estratégicos como la agricultura, ganadería, biodiversidad, asentamientos

humanos, con el propósito de reducir la vulnerabilidad que estos tienen ante las amenazas al cambio climático.

c) Educación informal y no formal a la población general y grupos vulnerables
En la Maestría se ha trabajado desde un inicio en la evaluación de riesgos agudos y crónicos en comunidades y grupos de la población en condiciones críticas de exposición, realizando programas de educación para la salud ambiental, promoción de la salud a través de la prevención de riesgos y daños a la salud y al ambiente, programas de reducción de la vulnerabilidad social ante ciertos riesgos o peligros derivados de ambientes degradados y contaminados. Los grupos objetivo son niños, mujeres, agricultores, ganaderos, jóvenes, profesores, autoridades gubernamentales y consultores privados.

Se ha participado en programas sobre " 21 acciones para mejorar la calidad del aire", "10 acciones para mejorar el medio ambiente" "Educación para reducir la vulnerabilidad al cambio climático de agricultores, ganaderos y comunidades", "Divulgación científica en diversos temas relacionados con la salud ambiental: alimentos para la prevención y protección contra enfermedades, contaminación del aire, incremento de calor y salud, cambio climático y sus efectos en la seguridad alimentaria, la biodiversidad y salud física y mental de la población, servicios de los ecosistemas para el bienestar, los parques urbanos, sus servicios eco sistémicos y beneficios para la salud de la población.

Conclusiones
La investigación, enseñanza y atención de problemas de salud ambiental actuales y futuros debe realizarse desde abordajes interdisciplinarios, que permiten una mejor comprensión e intervención de las interrelaciones entre la salud y el ambiente en que viven, trabajan y se recrean los individuos.
La generación de conocimiento interdisciplinario y estratégico es básico para la toma de decisiones con mayor pertinencia en salud y ambiente. La formación de recursos humanos en salud ambiental es una prioridad a nivel global, nacional y local para responder a los problemas de salud y ambiente que repercuten o posibilitan el bienestar de las comunidades. La promoción de la salud queda limitada si no es mediante enfoques interdisciplinarios. Las universidades deben ser en esencia promotoras del bienestar y desarrollo sustentable de las comunidades donde la salud y el ambiente son dos componentes indispensables.

LAS REDES SOCIALES NO VIRTUALES Y SU INFLUENCIA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LOS UNIVERSITARIOS

M.S.E. Luis Fernando Calcáneo Flórez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.H. Yesenia Peralta Jiménez
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Delfina Pedrero Martínez

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN

La información que se aborda en las redes sociales influye en la concepción que las y los jóvenes tienen de su sexualidad y de otras personas; en este sentido, en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, las redes sociales no virtuales se están utilizando como medio de interacción en la salud sexual de la comunidad universitaria para fortalecer y fomentar la educación proyectándola hacia la salud sexual en la comunidad universitaria.

NON VIRTUAL NETWORK AND ITS INFLUENCE IN SEXUAL EDUCATION IN COLLEGE STUDENTS

ABSTRACT

The information found in the network has an influence in the conception that students have about their sexuality and from others. In this sense, at Division Academica Multidisciplinaria de Comalcalco, the non-virtual network is being used as interaction media on sexual health at the college community. The purpose is to use the network to improve and promote the education focused on the sexual health in college students.

INTRODUCCIÓN

Una Red Social es un sistema humano abierto, cooperativo y de propósito constructivo que a través de un intercambio dinámico (de energía, materia e información) entre sus integrantes permite la potencialización de los recursos que éstos poseen (Reales, Bohórquez y Rueda, 1993). Los miembros de una red y la manera en que éstos interactúan son fuente de información de la persona e inciden en su forma de vivir y de pensar desde el momento del nacimiento, donde se presentan circunstancias y elecciones que determinan quién hará parte de la red social del individuo (McCarty, Molina, Aguilar y Rota, 2007).

Una Red Social no Virtual constituye una herramienta muy valiosa para sostener psicológicamente a las personas que los integran, considerando que todas ellas comparten situaciones estresantes originadas por una causa común, donde los jóvenes pueden aprender a confiar en sí mismos y en sus percepciones, desarrollar su propia autoestima, recuperar su dignidad, superar su impotencia y el sentimiento de soledad frente a diversas circunstancias, Intercambiar experiencias con otras personas, complementarse con las experiencias y las ideas que surgen en el grupo, apreciar su propia fuerza entendiendo los problemas de los demás, desarrollando capacidades para actuar correctamente en sus propios conflictos.

Las redes de comunicación no virtual son una estrategia óptima para favorecer la educación sexual integral en la escuela, actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital en las personas y, por ello exige particular atención. La Escuela, en la mayoría de los países, es la única institución con la que casi todas las personas tienen contacto en algún momento de su vida. Éste es el entorno ideal para impartir la educación de la sexualidad… (OPS y OMS, 2000).

Para conseguir una buena salud sexual, se requieren tres elementos básicos: la posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social; el ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, ni falacias, en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones

sexuales; y el desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan (OMS, 1975)

Las actividades prevención y promoción de la salud son la pieza fundamental en Educación Sexual, por lo tanto en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco se han implementado las Redes de apoyo no virtuales abordando temas con jóvenes y adolescentes con la finalidad de mantener e incrementar el nivel de información, promover valores culturales positivos hacia la adopción y el mantenimiento de conductas saludables y seguras, utilizando los medios de difusión social y los canales de distribución más adecuados para mantener e incrementar el nivel de información sobre la Educación Sexual.

MÉTODOS

La academia de Psicología ha iniciado trabajos de investigación diagnóstica lo cual ha permitido el diseño e implementación de cursos y talleres en la comunidad universitaria utilizando métodos Educativos, Psicoeducativos y de Promoción Social.

RESULTADOS

Las redes sociales no virtuales ha promovido la salud sexual en jóvenes universitarios mediante talleres de educación Sexual, en los que se fortalecido habilidades para confiar en sí mismos, habilidades para intercambiar sus experiencias, superar conflictos, recuperar su dignidad y manejar sus propias necesidades de Autoestima, experiencias que han permitido que los jóvenes estudiantes de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco reflejen comportamientos saludables.

DISCUSIÓN

Las redes sociales son una plataforma ideal para que la atención y acompañamiento de los estudiantes en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, sea más integral a través de la creación de grupos de apoyo, donde los estudiantes puedan participar analizando o compartiendo sus ideas de algún tema que se proponga para discusión.

Es indispensable medir cuantitativamente el impacto de esta estrategia para tener datos más precisos.

REFERENCIAS

Arón, Ana María (2007). Familia y redes sociales, seminario “Estrategias efectivas para educar hoy”. Santiago

McCarty, C., Molina, J.L., Aguilar, C. y Rota, L. (2007). A comparison of social network mapping and personal network visualization. Field Methods, 19 (2), 145-162.

OPS y OMS (2000). Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la acción. Guatemala.

OMS (1975). Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de Profesionales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Reales, E., Bohórquez, M. y Rueda, A. (1993). Lienamientos conceptuales de las redes sociales. Una aproximación de la aplicación a la relación de la violencia. Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

LA UNIVERSIDAD COMO PROMOTORA DE SALUD EN LA COMUNIDAD

Teresa Iveth Sotelo Quiñonez
Universidad de Sonora

Micaela Ortiz Pacheco
Universidad de Sonora

Lydia Esther Martínez Ortega
Universidad Autónoma de Sinaloa

Resumen

Las instituciones de educación superior, además de formar profesionales competentes en sus áreas disciplinares, tienen la función sustantiva de vincularse con la sociedad; una vía para cumplir este deber social es la transferencia de conocimiento y engranar los contenidos disciplinares con los problemas sociales actuales. De tal forma que una escuela de salud debe expandirse e interactuar con su entorno inmediato; sus profesionales deben ser gestores de bienestar y salud, dentro de la institución y fuera de ella. El objetivo del presente trabajo fue implementar un plan de prácticas en donde el estudiante adquiriera los conocimientos y habilidades de una intervención psicosocial en una comunidad y que promoviera en la misma un cambio social. Dicho plan se efectuó en un asentamiento ubicado cerca de la institución de educación superior, el cual presenta un importante grado de vulnerabilidad social debido a la pobreza y la marginación en las que se encuentra. El programa consiste en varias fases, entre ellas el reconocimiento de las necesidades de la comunidad. En esta fase se utilizaron entrevistas semi-estructuradas y la observación directa de los miembros. En la segunda fase se diseñó el plan de intervención de corte psicosocial y en la tercera y última fase se implementó el programa con niños, familiares e instituciones. Entre los logros destacan: el despertar el interés de algunos miembros de la comunidad por el problema a tratar, gestión de enlaces con instituciones encargadas de programas preventivos y el aprendizaje de los alumnos del proceso de intervención psicosocial.

Palabras claves:

Promoción de la salud, intervención psicosocial, vinculación universidad-sociedad

Abstract

Institutions of higher education in addition to training competent professionals in their subject areas have substantive function linked with society; this can be through knowledge transfer, it is necessary to engage the disciplinary content with current social problems. So that a school has to expand health and interact with their immediate environment, managers must be professional health and wellness within the institution and beyond. The aim of this work was to implement a plan of practice in which the student acquired knowledge and skills of a psychosocial intervention in a community and to promote the same social change. This plan was implemented in a settlement located near the center of higher education that has a significant degree of social vulnerability due to poverty and marginalization in which it is located. The program consists of several phases, including the recognition of the needs of the community. In this phase, semi -structured interviews

and direct observation of the members were used. In the second phase the psychosocial intervention plan cut and the third and final phase of the program with children, families and institutions designed implemented. Among the achievements are awakening the interest of some members of the community for the problem at hand, managing links with institutions responsible for prevention programs, and the student learning process of psychosocial intervention.

Key Words:

Health Promotion, Psychosocial Intervention, University and Society

Introducción

La UNESCO, uno de los organismos que marcan pautas para la generación de políticas en los distintos países, emitió un comunicado en 2009 en donde decía que las universidades tenían como compromisos principales enfrentar los retos que plantea el vivir en un mundo globalizado; tienen la obligación de contribuir al avance en el entendimiento de los temas relacionados con lo social, económico, científico y cultural, además de mejorar nuestras habilidades para responder a los retos que nos plantea cada uno (UNESCO, 2009).

Para ser pertinentes y cumplir con estas obligaciones, las IES deben ser capaces de ajustar sus objetivos al cumplimiento de las funciones impuestas por la sociedad (De la Orden et. al., 2007). Estas demandas sociales se pueden agrupar en tres rubros íntimamente relacionados: a) Creación y transferencia de conocimientos y tecnología; b) Generación y transferencia de conocimiento y tecnología a través de la educación y el desarrollo de capital humano, y c) Promoción del desarrollo cultural y comunitario (OCDE, 2007).

Los compromisos mencionados son parte de las llamadas funciones sustantivas de las universidades, donde la formación de recursos humanos y la investigación son retos medulares. La adecuación de lo producido por la universidad para responder al contexto, es decir, la transferencia de conocimiento científico y tecnológico, no siempre ha existido, sobre todo en las IES de América Latina en donde esto se hace evidente, debido sobre todo al nivel de desarrollo económico y social de las distintas regiones (Rodríguez, Treviño y Urquidi 2007; Grediaga, Padilla y Huerta, 2003; Fresán y Huescar, 2000).

La vinculación y la transferencia son la vía para desarrollar el proceso de comunicación Universidad-Sociedad a través de diferentes formas de manifestación, como prestar servicios a la comunidad universitaria y a la población en general, dar respuesta a las necesidades de capacitación y contribuir al desarrollo cultural integral; esto se puede dar por medio del currículo o en instancias dentro de los departamentos. Uno de los objetivos es formar recursos humanos integrales, que tengan conocimiento científico y tecnológico sólido, pero que además sean solidarios con la comunidad. Esto último, según diversos autores, se puede lograr si se tiene contacto con los sectores sociales y se está en exposición constante a lo que pasa en el entorno inmediato y global (Malagón, 2006; Del Huerto, 2007; Carlevaro, 2008).

Del Huerto (2007) plantea la promoción de la salud como una forma de vinculación y transferencia entre la universidad-sociedad, lo fundamenta sobre todo como un compromiso de las áreas dentro de las universidades que forman especialistas en salud, como los médicos, las enfermeras, trabajadores sociales, sobre todo. Ella dice que es una

función fundamental de este tipo de escuela, debido al compromiso que tiene y a la posibilidad que esto brinda de formar de manera más completa a los futuros profesionales.

Una estrategia que ha resultado benéfica para estos propósitos son las prácticas profesionales, ya sea en empresas o en comunidades, pues tienen esa doble función: la vinculación-transferencia y la formación integral de los estudiantes. El presente documento narra una experiencia en este sentido, es decir, la intervención en una comunidad por parte de estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Salud, que buscó contribuir a la promoción de la salud (una forma de transferencia) con respecto a las adicciones y, a su vez, que los estudiantes adquirieran habilidades y estrategias de manera supervisada in situ. La comunidad seleccionada lo fue debido a su nivel de marginalidad y a la presentación de problemáticas relacionadas con el contacto temprano de los niños y jóvenes con la droga.

La forma de intervención fue la psicosocial, que ha probado ser un diseño de investigación viable en estos casos, en donde lo que se busca es que las comunidades generen sus propias formas de prevenir el problema y de hacer conscientes a los miembros que las integran, a través de grupos de trabajo, entrevistas, intervenciones y búsqueda de empoderamiento, para que la comunidad misma sea capaz de decidir si acuden a instancias gubernamentales o no, a solicitar ayuda o intervención (Buelga, 2001; Gómez y De la Torre, 2006; Alvis, 2009).

Objetivo General

En el marco de la vinculación universidad-sociedad para la promoción de la salud, se buscó implementar un plan de prácticas en donde el estudiante adquiriera conocimientos y habilidades promoviendo en la comunidad un cambio social que buscará prevenir el consumo de drogas en niños en situación de riesgo, mediante un programa de intervención psicosocial.

Objetivos del programa de intervención psicosocial

Los jóvenes estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la Salud de la Universidad de Sonora, tenían que cumplir con los objetivos del programa de intervención psicosocial para acreditar su práctica profesional; los objetivos son los siguientes:

Objetivo general: Prevenir el consumo de drogas en niños en situación de riesgo en la comunidad de Las Areneras, mediante un programa de intervención psicosocial.

Objetivos específicos: Identificar las necesidades de la comunidad por medio de visitas domiciliarias a las familias de Las Areneras; diagnosticar la problemática dentro de la comunidad respecto al consumo de drogas por medio de un cuestionario semi-estructurado; sensibilizar a los niños y padres de familia para la prevención del consumo de drogas, por medio de la técnica narrativa; guiar a los padres de familia para que identifiquen el riesgo de posible consumo de sustancias adictivas en los niños de la escuela primaria 20 de noviembre de Las Areneras por medio de un grupo de trabajo; promover el interés de los padres para buscar soluciones a través de un segundo grupo de trabajo; analizar los resultados obtenidos en la intervención psicosocial a través de un tercer grupo de trabajo.

Método

Tipo de estudio

Es una intervención psicosocial (Gómez y De la Torre, 2006) en una comunidad vulnerable, con problemática relacionada con adicciones.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en Las Areneras, un asentamiento que se encuentra en la periferia norte de Ciudad Obregón, Sonora, México; frente al sitio está establecida la Universidad de Sonora. Las Areneras se caracteriza por estar extendida a lo largo de un canal de riego y porque su primer actividad económica es la elaboración de ladrillos para la construcción. La comunidad cuenta con aproximadamente un total de 354 habitantes, 123 son menores de 14 años, 155 se encuentran en una edad entre los 20 y los 59 años; 41 personas son adultos mayores. En cada casa viven en promedio 4.6 personas, con un máximo de 12 y un mínimo de 2. La mayoría de la población cuenta con educación primaria y secundaria. En sus casas tienen agua potable y luz eléctrica, aunque carecen de drenaje, pavimento, alumbrado público, servicios de salud y seguridad pública; según el reporte de los propios habitantes, se han incrementado los robos de casa habitación y asaltos, junto con el desempleo y las adicciones.

Instrumentos

Entrevista semi-estructurada diseñada específicamente para esta intervención, se dividía en ocho partes: en la primera se solicitaba a los entrevistados datos generales como nombre, edad, estado civil, nombre del jefe de familia, estudios de los padres o tutores y ocupación de los mismos; la segunda era sobre la relación familiar; la tercera, sobre el cuidado de los hijos; la cuarta, sobre el tiempo libre de los niños y de los padres; la quinta, sobre problemas y necesidades; la sexta, sobre las redes de apoyo; la séptima, sobre la percepción del riesgo; y en la octava se preguntaba del programa de intervención que estaba aplicándose y para conocer la disposición de los padres.

Procedimiento

En un primer acercamiento se reconoció geográficamente la comunidad y se ubicaron los puntos de reunión como iglesia, escuela, tiendas, centros comunitarios, entre otros. Posteriormente se realizó la detección de necesidades mediante una encuesta a aquellas personas de la comunidad que firmaron el consentimiento informado. También se entrevistó al director de la escuela primaria, a los niños y a sus padres.

Con base en los datos encontrados se diseñó un plan de intervención psicosocial en tres momentos. El primero tuvo el objetivo de sensibilizar a los padres de familia de los niños de la primaria mediante visitas domiciliarias para motivarlos a participar en la intervención. En seis visitas se trabajó con los niños la presión social del consumo de drogas, mediante la técnica narrativa. Durante el primer encuentro se estableció contacto con los padres o tutores de los niños, también se recaudó información sobre el contexto familiar mediante la observación; asimismo se les dio una breve introducción sobre las actividades a realizar en las siguientes visitas; por último se les pidió su participación voluntaria a través del consentimiento informado. En la segunda visita se buscó establecer una relación de confianza con el niño, explicarle las actividades que se realizarían y se le pidió su participación voluntaria mediante un asentimiento informado. En la tercera cita se dio

inicio a la intervención mediante la técnica de la narrativa, por lo cual se le pidió al niño hacer una historia con el siguiente guión: “Había una vez en un planeta de color amarillo y bolitas naranjas llamado…, un niño que se llamaba… ¿Qué nombre te gusta?… Y a este niño le gustaban mucho… y él tenía amigos que… pero un día un ser malvado que llegó en (¿En qué te imaginas que llegó?)… Tenía el maléfico plan de que todas las personas probaran las drogas y ¿Sabes qué hizo?… Atrapó a un grupo de personas y las hipnotizó dándoles drogas, y les ordenó ir en busca de más personas…” Al final se le pidió al niño que realizara un dibujo relacionado con lo narrado. La cuarta visita al domicilio tenía como objetivo continuar con la historia. Se le pidió al niño que se imaginara con superpoderes y salvándose a sí mismo y a sus amigos del villano que quiere drogar a más gente. Al final se le pidió que realizara un dibujo. En la quinta visita se continuó con la historia, pero ahora planteando preguntas que le ayudaran al niño a pensar en cómo podría defender a la ciudad del villano con sus superpoderes. Se le pidió de igual manera que hiciera un dibujo. El objetivo de la última visita era terminar con la historia; el niño tenía que narrar el final donde él fuera el vencedor y hacer un dibujo de ello. Para cerrar, se invita al niño a que cuente la historia a sus padres o familiares apoyándose en cada uno de los dibujos.

Al término de estas seis sesiones de trabajo con los niños dentro de sus hogares, se invitó a los padres a asistir a tres sesiones de trabajo grupal. En la primera sesión se tuvo como objetivo reflexionar y evidenciar la forma en que se gesta el problema del consumo de drogas en la comunidad, cómo afecta a sus hijos, a sus familias. En una segunda sesión de trabajo se analizaron alternativas de solución basadas en los recursos de la comunidad, además se realizó un balance decisional, se diseñó y se puso en marcha un plan de acción. En una tercera reunión se supervisaron los logros obtenidos del plan de trabajo.

Resultados

En este apartado se describen, en primer lugar, los resultados de cada uno de los informantes de la comunidad y posteriormente los resultados de los grupos de trabajo. Las necesidades reportadas por el director de la escuela primaria modalidad multigrado, son producto de distintos problemas sociales que aquejan a los niños de la comunidad, entre ellos se encuentran las adicciones, el embarazo en adolescentes, conductas de higiene y alimentación de los niños. De todos estos problemas el director mencionó como prioritario atender a la prevención de las adicciones, pues tenía el reporte de que un par de niños en la primaria estaban iniciando el consumo de drogas y muchos de sus exalumnos aún adolescentes son actualmente consumidores. El director consideraba que la problemática social de las adicciones es común debido a que en la comunidad las personas dedicadas a construir ladrillos usan la marihuana para poder soportar el cansancio producto de la actividad física que implica su trabajo, además para poder realizar este trabajo físico bajo las altas temperaturas que se registran en el verano del estado de Sonora.

Los resultados, producto de la entrevista a 44 padres y 5 abuelos responsables del cuidado de los niños de la primaria, indican que los padres en promedio tenían una edad de 35 años con una edad mínima de 22 y una máxima de 55. El 50% de los padres vivían en unión libre; el nivel estudios más frecuente fue de secundaria; el 50% consideraba que su relación familiar buena, un 32% regular, un 22% muy buena y 2% mala. Las 49 personas entrevistadas refieren pasar su tiempo libre en familia, y la actividad que realizan con mayor frecuencia para divertirse en familia es ver la televisión. Como

problemas o necesidades relacionados con los niños, los padres reportaron problemas de enseñanza y una falta de control conductual por parte de los maestros de la primaria, problemas de conducta de los niños en casa, problemas económicos, familiares, preocupación de que los niños inicien el consumo de drogas y la falta de tiempo de los padres para el cuidado de los niños debido a largas jornadas de trabajo. De estos problemas el que más frecuentemente les preocupaba era que los niños iniciaran en el consumo de las drogas. En cuanto a las drogas, la mayoría de los padres dijeron conocer los riesgos del consumo y han hablado de ello con sus hijos; las 49 personas entrevistadas comentaron que en sus familias se consume algún tipo de droga (legal o ilegal).

Se entrevistó a 26 niños de la comunidad entre 9 y 13 años que cursaban cuarto y quinto de primaria, 16 eran niñas y 10 fueron niños. Las entrevistas indican que de los 26 niños que respondieron, a 24 de ellos les gusta la escuela; 11 respondieron que cumplen con todas sus tareas; 24 han escuchado hablar sobre drogas; 7.69% han visto algo referente a la drogas en la escuela; 53.84% en su comunidad, entre familia, vecinos y amigos, y 76.92 % han escuchado o visto sobre drogas en redes sociales como televisión, radio, internet y periódico. Todos respondieron que para ellos las drogas son malas. Todos los niños identifican que la consecuencia de consumir drogas es la muerte, 15 mencionan enfermedad ya sea física o mental y dos mencionan que no saben sus consecuencias. De los niños entrevistados, 22 han visto a alguna persona consumir drogas entre amigos, vecinos, familia y actores en televisión. Con respecto a dónde se consigue la droga, 10 niños creen que las drogas se consiguen en la calle, 12 dicen que con conocidos, 1 dice que en internet y 4 piensan que en la escuela. Al preguntar si sus amigos consumen drogas, 4 niños respondieron que sí y 3 dijeron que no sabían; 2 niños contestaron que sí les han ofrecido droga, el resto contestó que no. En caso de que sus amigos les ofrecieran droga, ¿qué tan difícil sería difícil sería decir que no? A ese cuestionamiento 4 niños contestaron que era fácil, 4 de ellos dijeron que era difícil y 18 contestaron que no sabían. Al preguntar que si en su familia se consumen drogas, 7 contestaron que sí, 16 contestaron que no, 3 dijeron que no saben y 1 no contestó. En cuanto a sus vecinos, 13 dijeron que consumían drogas, 10 dijeron que no, 2 dijeron que no saben y 1 no contestó.

En los grupos de trabajo con los padres se lograron los objetivos planeados en la intervención psicosocial. En el primer grupo de trabajo los padres reflexionaron sobre la problemática, el origen y las consecuencias del consumo en edades más tempranas en sus hijos, su familia y su comunidad. Ellos identificaron como riesgo para el consumo de los niños factores relacionados con la comunidad como: el alto consumo de los miembros de la comunidad (“se ponían a fumar marihuana aquí en el canal y todos los niños se ponían a su alrededor”, ”ya veo a gente con el cigarro de marihuana, ya ni se cuidan los jóvenes”); el aprendizaje social del consumo de las drogas (“muy mal todo lo de las drogas porque los niños van aprendiendo todo lo que hacen los tíos, primos”); reconocen que la alta frecuencia del consumo lleva a la normalización del problema, lo cual se refleja en que los niños tienden a incluir conductas de venta y consumo de drogas en sus juegos (“también yo hablé con los niños cuando jugaban a ser narcos”, “es lo de hoy, la música de narcocorridos, el narcotráfico y todos lo miran normal, cuando esto absorbe a la gente, se empieza como un juego”); asimismo, mencionan el fácil acceso de las drogas en la comunidad (“hay muchos que la venden aquí”) y relacionan estas variables con el inicio temprano en el consumo: “es raro el joven que está sano ya de los 15 para arriba”; también hablaron de problemas familiares que están asociados a que los niños inicien en el consumo, como la falta de vigilancia de los padres: “muchas veces porque la mamá los descuida mucho, les vale a la hora que llegan, no sabe a qué hora llegan o cómo llegan”;

las largas jornadas de trabajo de los padres llevan a esta falta de vigilancia también: “se va a trabajar uno, le falta tiempo para ver más por ellos”. Hablaron de consecuencias importantes del consumo, como la salud mental del propio consumidor: “se perjudican los jóvenes, se quedan arriba”. Mencionaron el suicidio como otra de las consecuencias importantes del consumo de drogas: “algunos se matan”, dejan de ser productivos, “ya no trabajan”, “dejan de estudiar”, “ya no quieren hacer nada”, se incrementan los problemas, las discusiones familiares; “hay quienes sí quieren internarlo y los otros no”; incrementa la preocupación por sus hijos: “yo tengo un primo que consume y tengo miedo por mi hijo”; también dijeron que las consecuencias en la comunidad es que ha incrementado la inseguridad: “sí, ahorita andan robando mucho los chamacos de 14 y 15 años, se les acaba y ahí andan buscando qué robar para conseguir más, ya no puede dejar nada uno afuera”, “nos roban la tranquilidad, tenemos que estar pendientes de todo porque nos roban en nuestra casa o involucran a nuestros hijos”.

En un segundo grupo de trabajo los padres de familia propusieron varias alternativas de solución como las actividades recreativas manejando el exceso de tiempo libre que tienen los niños, fomentar el interés de los padres en participar en estas actividades, incrementar las denuncias anónimas, actividades dentro de la escuela, fomentar un mejor ambiente familiar, ser cuidadores comunitarios. Se eligió como una alternativa de solución con mayor posibilidad de cambio es el manejo del tiempo libre de los niños, se propusieron varias estrategias entre ellas que las mismas madres de familia o familiares formaran grupos de deporte o manualidades con los niños, otra opción es que las instituciones con programas sociales para el trabajo en prevención del consumo de drogas en niños se involucraran en la problemática de la comunidad. Se inició un plan de acción en el cuál se enseñó a los padres de la comunidad a identificar aquellas instituciones encargadas de estos programas, se les apoyó en la elaboración de cartas de solicitud, se les acompañó a dejarlas y a entrevistarse con los directivos de las instituciones.

Como resultado de esta vinculación de los miembros de la comunidad y las instituciones encargadas de prestar servicios sociales se logró que por primera vez en la comunidad los niños participaran en el verano en actividades recreativas como deportes, manualidades y programas específicos para la prevención de adicciones ya diseñados por el gobierno del estado. Sólo una de las instituciones no atendió a la solicitud de la comunidad en los tiempos programados para la intervención. Los padres refirieron estar satisfechos porque era la primera vez que los niños tenían este tipo de actividades en su comunidad. Entre los logros destacan el despertar el interés de algunos miembros de la comunidad por el problema a tratar, gestión de enlaces con instituciones encargadas de programas preventivos, y el aprendizaje de los alumnos del proceso de intervención psicosocial. Cabe señalar que en todo momento estuvieron acompañados por los estudiantes de psicología de la salud, quienes colaborar en hacer contacto con las instituciones.

Conclusiones

Tanto el objetivo general de la práctica como los objetivos particulares más relacionados con la intervención, se cumplieron, los estudiantes realizaron la aplicación de la intervención psicosocial (Buelga, 2001; Gómez y De la Torre, 2006; Alvis, 2009) de forma adecuada y con resultados satisfactorios, lograron sensibilizar a la comunidad y promover comportamientos preventivos de las adicciones, además de empoderar a los miembros con información para la gestión ante instituciones gubernamentales, los jóvenes estudiantes estuvieron presentes en todos los pasos acompañando a los miembros, pero siempre tratando de dejar a ellos la posibilidad de hacer las cosas por sí mismos.

Esta es una forma clara en la que la universidad puede cumplir con su compromiso de vinculación con la comunidad, es una estrategia viable de transferencia de conocimiento hacia la población vulnerable, con una problemática detectada muy específica, considerando las necesidades y opiniones de los miembros, como lo sugiere la literatura sobre el tema (Malagón, 2006; Del Huerto, 2007; Carlevaro, 2008).

No solo se busca formar a los recursos humanos, sino que estos comprendan formas de intervención y apoyo hacia la comunidad que los rodea, como la promoción de la salud (Del Huerto, 2007). Lo que habría que trabajar ahora, son formas de seguimiento a corto, mediano y largo plazo, para conocer como las estrategias y habilidades formadas siguen funcionando, que la universidad misma se comprometa a hacer este seguimiento con las siguientes generaciones, y que además vaya integrando otras comunidades con otras problemáticas en donde se puede seguir la misma ruta, claro siempre considerando las necesidades particulares de los individuos.

Referencias

Alvis, A. (2009). Aproximación Teórica a la Intervención Psicosocial. *Poiésis,* 1(17) 1-6. Recuperado de http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/189/178

Buelga, S. (2001). Psicología comunitaria. Proyecto docente, titularidad. Facultad de psicología. Universidad de Valencia. España.

Carlevaro, P. V. (2008). Universidad y sociedad: proyección y vínculos. *Reencuentro,* (52) 19-37. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34005203

De la Orden, A., Asensio, I., Biencinto, C. et. al. (2007) "Niveles y perfiles de funcionalidad como dimensión de calidad universitaria. Un estudio empírico de la Universidad Complutense", *Archivos Analíticos de Políticas Educativas,* 15 (12), consultado el 20 de Marzo de 2010, disponible en http://epaa.asu.edu/epaa/.

Del Huerto Marimón, M. E. (2007). La Extensión Universitaria como vía para fortalecer los vínculos Universidad-Sociedad desde la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública,* 33(2) Recuperado de http://redalyc.org/articulo.oa?id=21433205

Fresan, Magdalena y Taborga, Huáscar. 1998. *Tipología de las instituciones de educación superior*. México: ANUIES.

Gómez Gómez, F. & Torre Hernández, M. Á. D. L. (2006). Una nueva lógica de investigación e intervención psicosocial. *Portularia,* VI(1) 109-119. Recuperado de http://redalyc.org/articulo.oa?id=161016087009

Grediaga, Rocío, Rodríguez, Raúl y Padilla, Laura.2005. *Políticas públicas y cambios en la profesión académica. Méxic*o: ANUIES.

Malagón Plata, L. A. (2006). La vinculación Universidad-Sociedad desde una perspectiva social. *Educación y Educadores,* 9(2) 79-93. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83490210

OCDE (Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico) (2007), *Higher education and regions. Global competitive, locally engaged*, Paris: OCDE

Rodríguez, Raúl, Laura Treviño y Laura Urquidi. 2007. La Educación Superior en Sonora. *Revista de Educación Superior*, XXXVI (1), 23-39.

UNESCO (2009). *World Conference on Higher Education: The New Dynamics on Higher Education and Research for Societal Change and Development*. París: UNESCO.

LA POSTURA SOCIAL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD*

EJE TEMÁTICO: Educación para la salud
Formación de recursos humanos en promoción de la salud

Dra. Georgina Contreras-Landgrave
Profesora de Tiempo Completo y Coordinadora de la Licenciatura en Educación para la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México
gcontrerasl@uamex.mx
Dra. Silvia Cristina Manzur Quiroga
Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de México y Directora General del Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología
Doctorante Camila Pereira Abagaro
Profesora de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de México
Maestrante Brenda Yoltzin Apolinar Velasco
Profesora de Asignatura de la Universidad Autónoma del Estado de México
Dr. Oscar Donovan Casas Patiño
Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Estado de México
Dra. Luisa Ruano Casado
Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia, España
Dra. María Luisa Ballestar Tarín
Profesora del Departamento de Enfermería de la universidad de Valencia, España

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.
En México hoy día las enfermedades crónico-degenerativas han puesto en el primer lugar de las estadísticas mundiales tal es el caso de la diabetes. Esta enfermedad al igual que otras tiene sus orígenes en los estilos de vida de las personas. Las políticas actuales mexicanas están dirigiendo sus esfuerzos para que los prestadores de servicios del área de la salud amplíen su mirada y consideren a los determinantes sociales de la enfermedad. Como política pública el Estado de México ofertó por primera vez en el año 2007 la Licenciatura en Educación para la Salud (LES), la cual está ubicada en el área de las Ciencias Sociales.

OBJETIVO.
Identificar los objetos de estudio y metodología que han utilizado los egresados de LES en sus investigaciones motivo de su titulación.

MATERIAL Y MÉTODOS.
Es un estudio retrospectivo, analítico, documental y descriptivo utilizando las tesis de los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud. En ellas se identifican los objetos de estudio y la metodología utilizada.

RESULTADOS.
Los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud han retomado en sus investigaciones las tres áreas de los conocimientos indicadas en el programa de estudio considerando los determinantes sociales y los estilos de vida, los programas de intervención educativa así como la propuesta de programas educativos.

CONCLUSIONES.
El programa de la Licenciatura en Educación para la Salud considera los factores sociales identificando a los determinantes sociales de la enfermedad y los estilos de vida como su objeto de estudio, cumpliendo así con las actuales políticas de salud.
*La presente es parte de una investigación mayor colaborativa sobre la evaluación de la Licenciatura en Educación para la Salud.

INTRODUCCIÓN

En México ha ido en aumento las enfermedades crónico degenerativas, esta situación se ha reflejado en incremento del costo de atención mismo que afecta a las instituciones de salud y a las propias familias; además existen repercusiones sociales las cuales pueden llegar a la muerte de la persona y la disfunción familiar.

Esta situación convertida en reto a planteado a la estructura del estado a plantearse nuevas estrategias. En este tenor hoy día se habla de la prevención de la enfermedad atendiendo para ello a los determinantes sociales de la salud como lo son los estilos de vida.

En el Estado de México en el año 2007 se ofertó por primera vez en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) la Licenciatura en Educación para la Salud. Según el “Proyecto Curricular” o Programa de Estudios de esta licenciatura tiene como objeto de estudio a los estilos de vida.

La actuación del egresado está ubicada en la comunidad, en donde parte de un estudio socioeconómico, identifica las características socioculturales y necesidades en salud. Posteriormente diseña una estrategia de acción educativa y la implementa, procediendo a evaluarla.

El programa educativo establece que el Licenciado en Educación para la Salud tiene una formación multidisciplinaria para que intervenga en la comunidad. Por lo que se requiere orientar las competencias de los profesionales que estarán en contacto con las comunidades. Este quehacer implica la suma de conocimientos de diferentes áreas tales como las Ciencias Sociales, las Ciencias de la Salud y la Pedagogía, esta tripología la ubica en las Ciencias Sociales.

El Licenciado en Educación para la Salud identifica los determinantes sociales que generan la enfermedad y debe desde una mirada preventiva promover el auto cuidado en la salud de cada individuo que de manera sumatoria se favorece a la sociedad. Con lo anterior al término el egresado de la Licenciatura en Educación para la Salud con: a) el potencial de aprendizaje y habilidades académicas básicas que contribuyan a la solución sistemática y crítica de problemas, b) los conocimientos, metodologías, técnicas, herramientas y lenguajes necesarios para desempeñarse en las áreas de Ciencias de la Salud, Sociales y de la Educación, c) las competencias académicas que le permitan aprender en dimensiones

complejas de los entornos laboral, productivo, académico, social, institucional y de la investigación, d) el conocimiento de las prácticas culturales que influyen en el allegamiento de la calidad de vida, e) la capacidad de incorporar la cultura y prácticas

sociales propias de su entorno y de otros ámbitos culturales, en prácticas propias, y f) el conocimiento para identificar en la diversidad, la multiculturalidad y el medio ambiente los factores propicios para la conservación de la salud y de estilos de vida saludables. Así el licenciado en Educación para la Salud es el profesionista universitario para desempeñar adecuadamente las siguientes funciones y tareas profesionales: Investigación y sistemas de información, Promoción, Gestión y Educación para la Salud, Administración, planeación y gestión de proyectos para la Salud.

A siete años de haber iniciado la licenciatura, ya han egresado cuatro generaciones de las cuales se han utilizado diferentes modalidades de titulación, entre ellas la publicación de artículos científicos en revistas indexadas, tesis y tesinas. Productos generados de investigaciones en las cuales

Al considerar lo anterior se ha planteado como fin de la presente investigación el identificar los objetos de estudio y metodología que han utilizado los egresados de LES en sus investigaciones motivo de su titulación.

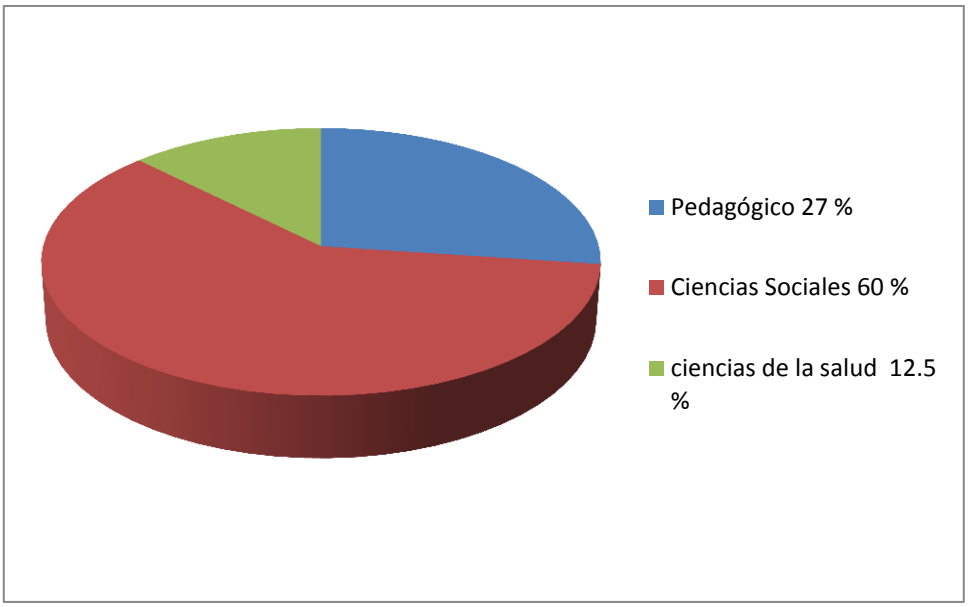
MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, analítico, documental y descriptivo utilizando el Proyecto Curricular o Programa de Estudios de la Licenciatura en Educación para la Salud y las diferentes modalidades de titulación utilizadas por los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud que fueron 1 tesina, 1 ensayo y 46 tesis. En ellas se identifican el enfoque de las investigaciones, el objeto de estudio y las funciones profesionales que en ellas se desarrollan. Esta información se contrasta con las competencias y funciones profesionales expresadas en el Programa de estudios.

RESULTADOS

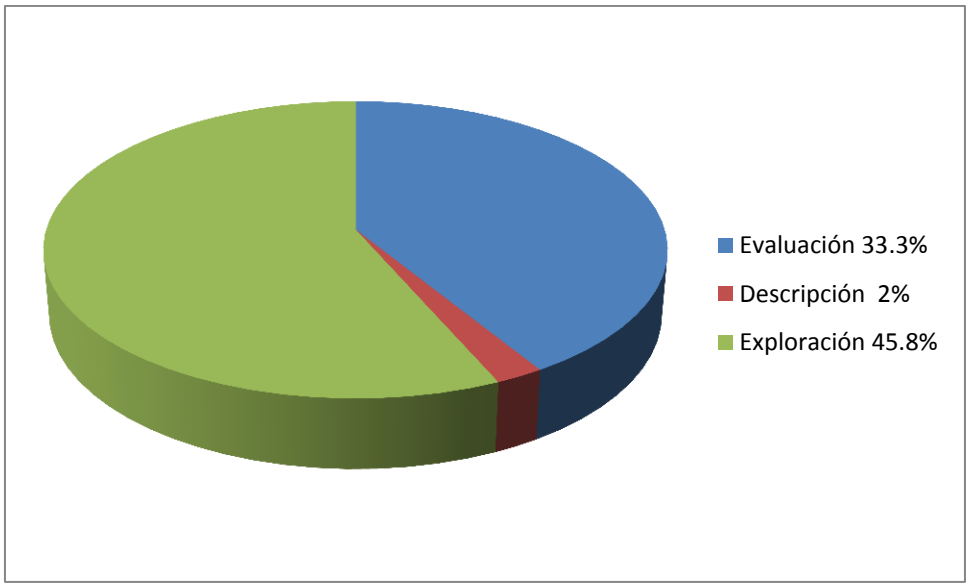
Los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud han retomado en sus investigaciones el enfoque social considerando a los determinantes sociales y los estilos de vida. En cuanto a la metodología han sido investigaciones cuantitativas, cualitativas y cuali-cuantitativas.

En cuanto al enfoque las investigaciones realizadas 27 % tienen un enfoque pedagógico, 12.5 % están ubicas en Ciencias de la Salud y 60 % en Ciencias sociales.



Por el objeto de estudio, el 4.2 % ha evaluado las competencias, 12.55 % los hábitos, 35.4 % han investigado sobre programas de Educación para la Salud y 47.9 % lo han hecho sobre los Determinantes de la Salud.

Finalmente considerando las competencias y funciones profesionales que se desarrollan el 2 % ha sido sobre descripción de situaciones sociales, 33.3% sobre evaluación de programas y 45.8% sobre la exploración de situaciones sociales.



DISCUSION

El programa de la Licenciatura en Educación para la Salud considera los factores sociales identificando a los determinantes sociales de la enfermedad y los estilos de vida como su objeto de estudio, cumpliendo así con las actuales políticas de salud.
Los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud han retomado en sus investigaciones las tres áreas de los conocimientos indicadas en el programa de estudio considerando los determinantes sociales y los estilos de vida, los programas de intervención educativa así como la propuesta de programas educativos.

LA FAMILIA COMO PROMOTORA DE LA SALUD: RESILIENCIA

Acosta Romero Nayely, Ramos Romero Maria Guadalupe, Díaz Barajas Dámaris.
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen
La resiliencia es la capacidad de una persona para recobrarse de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos (Walsh, 2012). Este tipo de conductas son aprendidas y promovidas en la familia, pues como Minuchin (2008) menciona esta un grupo natural, que elabora pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción .
El presente trabajo tiene como objetivo determinar si existe relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en adolescentes. La investigación es de corte cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional; participaron 81 adolescentes a quienes se les aplicó el Cuestionario de Resiliencia (González-Arratia y Valdez-Medina, 2005) y la escala de Funcionamiento Familiar (Epstein, Bishop y Baldwin, 1982).
Como principales resultados se observaron correlaciones entre Comunicación familiar con autoestima (r=.364; p=.000), baja autoestima (r=.246; p=.005), altruismo (r=.282; p=.001) y filiación (r=.287; p=.001); compromiso afectivo con seguridad personal (r=-.497; p=.000),

autoestima (r=-.435; p=.000) y altruismo (r=-.402; p=.000), roles con baja autoestima (r=.300; p=.001); respuesta afectiva con baja autoestima (r=.236; p=.008) y altruismo (r=.424; p=.000); control conductual con seguridad personal (r=-.395; p=.000), autoestima (r=-.349; p=.000), altruismo (r=-.271; p=.002) y familia (r=-.274; p=.002). El Funcionamiento Familiar general correlaciona con seguridad personal (r=-.334; p=.000), autoestima (r=-.272; p=.003) y familia (r=-.322; p=.000).
Se concluye que el funcionamiento familiar está estrechamente relacionado con el nivel de resiliencia que presentan los adolescentes, por lo que se considera que la familia es clave en la promoción de resiliencia y por lo tanto de la salud mental de la persona.

Palabras clave: Resiliencia, familia, adolescencia, salud.

ABSTRACT
Resilience is the ability of a person to recover from the owner of strengthened and more resources (Walsh, 2012) adversity. Such behaviors are learned and promoted in the family, because as Minuchin (2008) mentions that a natural group, that makes patterns of interaction that constitute the family structure, governing the operation of the family members, defines its range of conducts and facilitates their interaction.
This study aims to determine the correlation between family functioning and resilience in adolescents. The research is quantitative-descriptive correlational scope; 81 teens participated and enrolled context and generally apply Resilience Questionnaire (Arratia and González-Valdez-Medina, 2005) and the scale of Family Functioning (Epstein, Baldwin and Bishop, 1982).
The main results correlations between family communication with self-esteem (p = .000 r = .364) were observed, low self-esteem (r = .246, p = .005), altruism (r = .282, p = .001) and affiliation (r = .287, p = .001); affective commitment to personal security (r = - 497,. p = .000), self-esteem (r = - 435,. p = .000) and altruism (r = - 402,. p = .000), low self-esteem roles (r = .300, p = .001); affective response with low self-esteem (r = .236, p = .008) and altruism (r = .424, p = .000); behavioral control with personal safety (r = - 395,. p = .000), self-esteem (r = - 349,. p = .000), altruism (r = - 271,. p = .002) and family (r = -.274, P = .002). General Family Functioning correlated with personal safety (r = - 334,. P = .000), self-esteem (r = - 272,. P = .003) and family (r = - 322,. P = .000).
We conclude that family functioning is closely related to the level of resilience that have teenagers, so it is considered that the family is key in promoting resilience and therefore mental health of the person.

Keywords: resilience, family, adolescence, health.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es común observar noticias que hacen referencia al aumento de conductas riesgo entre los adolescentes, observándose conductas que perjudican el desarrollo de estos al involucrarse en situaciones como embarazos a temprana edad, violencia, abusos de sustancias, delincuencia entre otras.
En el caso de tener relaciones sexuales el inicio temprano entre los adolescentes sin la debida protección los expone a enfermedades de transmisión sexual o a embarazos no deseados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2012, “la proporción de adolescentes (12 a 19 años) que han iniciado vida sexual alcanza 23%, en los varones es mayor (25.5%) que en las mujeres (20.5 por ciento). Estas cifras son superiores a las reportadas en la ENSANUT 2006, donde 15% de los adolescentes habían iniciado vida sexual (17% entre los hombres y 14% entre las mujeres), en 2012

del total de adolescentes sexualmente activos 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual" (INEGI, 2013, s/p).

En cuanto al consumo de sustancias nocivas para la salud, según la Encuesta Nacional de la Juventud 2010 se reporta que: tres de cada diez jóvenes de 15 a 29 años alguna vez han fumado o tomado bebidas alcohólicas; destacando patrones similares entre hombres y mujeres de este grupo de edad (INEGI, 2012).

En este sentido la encuesta que se realizó en el Estado de México se reporta que el consumo de alcohol en mujeres fue del 71.9% y en hombres del 69.7%. En contraste con las mediciones del 2006 y 2009 realizadas en la Ciudad de México permiten analizar la evolución del consumo de alcohol ya que en el 2006 la prevalencia en hombres fue del 68.2% y en mujeres del 69.4% para 2009, esta cifra incrementó en ambos sexos (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

La expresión de muchas de estas problemáticas está asociada a la crisis propia por la que atraviesa el adolescente, en específico en el adolescente temprano ya que como lo describe González (2001), es el momento en que se inicia el alejamiento con los padres estableciendo nuevas relaciones. Sus valores, reglas y leyes son independientes a los que se les plantearon en un primer momento en su familia. Es decir todo lo aprendido anteriormente en los diferentes entornos con los que ha convivido pueden tender a quebrantarse. Por lo tanto es importante promover en ellos un aprendizaje de nuevas pautas de interacción con su entorno, de tal manera que sus conductas no afecten su salud e integridad como persona.

Además en el adolescente como lo menciona Dispenza (2008) el lóbulo frontal no se ha desarrollado en su totalidad, lo que ocurre hasta aproximadamente los veinticinco años de edad, y por lo tanto es impulsivo. Al mismo tiempo su amígdala está más activa que los centros superiores de razonamiento (como el lóbulo frontal). Por lo tanto los adolescentes suelen elegir sobre la base de sus sentimientos, es decir reaccionan antes de pensar.

Es así que resulta relevante el fomentar conductas resilientes en los adolescentes, sin perder de vista que estas conductas se aprenden en la familia. Sin embargo a estas problemáticas también se asocian a las crisis que se viven en la familia de manera general, ya que la llegada de los hijos a la adolescencia, requiere a la familia formar nuevas pautas de relación, donde se deben negociar ajustes y modificar reglas. Según Aguirre (1994), en este afán adolescente de independencia y autoafirmación, se establece una fase de crítica hacia el mundo de los padres por parte del hijo adolescente, el querer ser mayor está relacionado con ser independiente con respecto a los padres, y a los valores tradicionalmente admitidos y enseñados por ellos. Inconscientemente rechazan el mundo de los padres, se oponen a este con una actitud crítica, con la conciencia de que ya no son niños.

Así mismo, como lo menciona Minuchin (2009) con la adolescencia, el grupo de los pares cobra mucho poder. Es una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor. A pesar de ello el adolescente requiere de la retroalimentación constante de los padres, pues estos fungirán como principales promotores de salud emocional de los hijos.

Es por lo anterior que resulta relevante el fomentar conductas resilientes, partiendo de que este tipo de conductas son principalmente promovidas en la familia. Por lo que surge la necesidad de determinar si existe relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia.

El conocer las características de resiliencia en jóvenes y la relación que con ello tiene la familia, permitirá implementación de programas dirigido a adolescentes, mismos que promoverán la resiliencia, desde la perspectiva familiar. Ya que como lo menciona Walsh

(2012) el modo como la familia enfrente y maneje las experiencias disociadoras, amortiguará el estrés en los hijos, permitirá que estos se reorganicen con eficacia y sigan adelante con su vida, influyendo en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma.

MÉTODO

La presente investigación es de corte cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional. Los participantes fueron 81 adolescentes de los cuales 39 son hombres y 42 mujeres de entre 12 a 15 años, todos ellos estudiantes del nivel secundaria, pertenecientes a los diferentes grados 1ro., 2do. y 3ro. de la Escuela Telesecundaria "Revolución", San Agustín del Maíz, Mich. A dichos participantes se les aplicó el Cuestionario de Resiliencia (Fuerza y Seguridad Personal) de Gonzales- Arratia y Valdez Medina (2005), evalúa las categorías: Seguridad personal, Autoestima, Baja Autoestima, Altruismo, Familia y Filiación. Consta de 50 reactivos, con un rango de respuesta de diez puntos que van de 0 a 100% para cada reactivo y un formato de respuesta de tipo liker con valores 1 a 5, con un alfa de Cronbach de .9065. Así también se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar (FAD) Epstein, Bishop y Baldwin (1982) el cual evalúa: Comunicación, Solución de Problemas, Roles, Respuesta afectiva, Compromiso Afectivo, Control Conductual y Funcionamiento General. Consta de 60 reactivos y con un formato de respuesta tipo liker con valores de 1 a 4 y un alfa Cronbach de 0.72.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a las pruebas aplicadas y en base a las pruebas de correlación de Pearson, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se observaron correlaciones positivas entre Comunicación familiar con autoestima (r=.364; p=.000), baja autoestima (r=.246; p=.005), altruismo (r=.282; p=.001) y filiación (r=.287; p=.001).

Es decir que entre mayor comunicación familiar exista mejor se encontrará la autoestima, el altruismo y la filiación en el hijo adolescente. Tal como lo menciona Azar de Sporn (2010), que la identidad y la autoestima de los otros dependen de los mensajes comunicacionales que les enviamos a esos otros y del otorgamiento de significado y valoración que les demostramos a través de esos intercambios verbales y no verbales. Así la interacción a través de la comunicación va influyendo en las conductas del otro y en su autoestima.

Como lo menciona Satir (1991), en las cuestiones entre adolescentes y sus padres, la mejor herramienta para la solución de las diferentes problemáticas que se pudieran suscitar, es la implementación de una buena comunicación entre ellos, con el fin de que la confianza entre estos se incremente. Donde además a partir de ese diálogo, se marquen límites, no el sentido de sobreproteger al adolescente, sino en el establecer acuerdos entre las dos partes y hacer aclaraciones al respecto cuando fuese necesario.

La imagen del sí mismo, se moldea en función de lo que se cree que los otros creen de uno, en un espiral de expectativas. Por lo tanto, se va reforzando y/o reformulando a lo largo de los procesos de interacción con los distintos miembros, en los distintos sistemas en los que uno se involucra a lo largo de su vida (Azar de Sporn, 2010).

En cuanto a compromiso afectivo este muestra correlaciones de carácter negativo con seguridad personal (r=-.497; p=.000), autoestima (r=-.435; p=.000), altruismo (r=-.402; p=.000), y filiación (r=.273; p=.002).

En este sentido se puede decir que al existir un mayor compromiso afectivo repercutirá de manera negativa en la seguridad personal, en la autoestima, altruismo y en la filiación. Esto es que, al momento que alguno de los miembros de la familia se entromete demasiado en las problemáticas que se suscitan e incluso de manera egoísta piensan

sólo en el beneficio propio. El adulto debe aprender a ser congruente, y dejar de mostrar una actitud controladora ante los hijos, esto con el fin de no perder la credibilidad de su hijo adolescente. Reconocer sus incapacidades y limitaciones, haciendo que dicho reconocimiento sea símbolo de sinceridad y, por lo tanto, de elevada autoestima (Satir, 1991).

La categoría Roles muestra una correlación positiva con baja autoestima (r=.300; p=.001); es decir que cuando los roles no se encuentran bien establecidos puede repercutir directamente con la baja autoestima. La función de los roles es mantener la estabilidad del sistema familiar (McDaniel, S., Campbell, T., Seaburn, D., 1998). Así como lo menciona Rodríguez, Triana y Hernández (2005) la desestructuración familiar, o cualquier otra circunstancia en la que las funciones parentales no se ejercen de forma correcta, enfrenta a los hijos a situaciones que ponen en peligro su bienestar físico y emocional, afectando también a su concepto de familia.

Por otra parte la respuesta afectiva muestra correlaciones positivas con baja autoestima (r=.236; p=.008) y altruismo (r=.424; p=.000); es decir que al existir una mayor (y no mejor) respuesta afectiva ésta estará afectando directamente a la baja autoestima y al altruismo. Sin embargo y respecto al análisis de los resultados de las frecuencias de esta investigación, se obtuvo un nivel respuesta afectiva medio bajo, es decir que les cuesta trabajo demostrar el afecto que siente el uno por el otro, no responden emocionalmente. Es por ello que la correlación resulta positiva ante la baja autoestima y el altruismo.

Tal como lo menciona Hertfelder (2005) solo cuando desde la familia se atiende a cada hijo como único, se le da respuesta afectiva personal a todas sus necesidades y se les exige de forma coherente, constante y personal para un mejor desarrollo de todas sus posibilidades, se puede hablar de familia en su sentido pleno, en la que la autoestima de sus hijos será, si no existe otro tipo de problemas particulares, una autoestima sana.

Así mismo “cuanto más alta sea nuestra autoestima, más inclinados estamos a tratar a los demás con respeto, benevolencia, buena voluntad y justicia, ya que no tendemos a percibirlos como una amenaza y el respeto a nosotros mismos es la base del respeto a los demás” (Branden, en Lugo, 2008, p.34)

También se observaron correlaciones negativas entre control conductual con seguridad personal (r=-.395; p=.000), autoestima (r=-.349; p=.000), altruismo (r=-.271; p=.002) y familia (r=-.274; p=.002). Por lo tanto al existir mayor control conductual, es decir entre más estrictas y rígidas sean las reglas dentro del círculo familiar más se estará afectando de manera negativa la seguridad personal, la autoestima, el altruismo y la familia (búsqueda de apoyo familiar).

Tal como lo menciona Cox (2009), las atribuciones de controlabilidad se vinculan sobre todo con emociones de enojo, gratitud, culpa, lástima y vergüenza. Así mismo las atribuciones en respuesta al éxito y al fracaso están fuertemente vinculados con sus sentimientos de autoestima y autoconfianza. Por lo que los individuos con baja autoestima tienen más probabilidades que los de autoestima alta de internalizar un fracaso y responder con una emoción negativa.

Finalmente, el Funcionamiento general se correlaciona de manera negativa con seguridad personal (r=-.334; p=.000), autoestima (r=-.272; p=.003) y familia (r=-.322; p=.000). Es decir que si no existe un buen funcionamiento general dentro del ambiente familiar, ésta repercutirá negativamente en la seguridad personal, la autoestima y la familia entendida como el apoyo familiar.

Arón y Milicic (1999), hacen referencia a que una interacción familiar saludable tiene que ver con el uso adecuado del poder, la presencia de una coalición parental estable y cohesionada, la cercanía en las relaciones, la capacidad de negociación, autonomía, y una comunicación adecuada. Así, las características que se adscribes a las familias

funcionales corresponden a la descripción de contextos que fomenten el desarrollo de una adecuada autoestima en los niños (Reasoner, 1982, en Arón et. al., 1999).
Tal como lo considera Chiva (2014), si el funcionamiento familiar no es el adecuado y se dan carencias en el proceso de socialización, puede emerger cierta disposición a comportamientos violentos, problemas emocionales y de relación, de autoestima, etc.
Confirmando lo anterior, Satir (1991) menciona que una autoestima fuerte es el medio que permite ser más humanos, saludables, y felices, crear y conservar relaciones satisfactorias y ser individuos adecuados, eficaces y responsables.
La autoestima es uno de los elementos considerados centrales en el desarrollo de una adecuada competencia social (Arón, et. al. 1999).

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se entiende que existe una alta correlación entre las variables evaluadas por los instrumentos utilizados, es decir el funcionamiento familiar en el fomento a la resiliencia, quedando claro lo imprescindible que es para el bienestar de las personas un buen funcionamiento familiar. El cual está integrado por una buena comunicación y por tanto una alta autoestima, misma que interviene en una seguridad personal, es un posicionamiento adecuado de roles, etc. Así mismo un compromiso afectivo no tan invasivo generará una alta seguridad personal, alta autoestima, altruismo y filiación, de no ser así surgirá un efecto contrario seguridad personal.
Así como también la importancia ratificar que una buena Comunicación familiar se asocia directamente con autoestima y que por lo tanto es de vital importancia fomentar la comunicación en la familia entre padres e hijos ya que, como describe Satir (1991) a la comunicación como el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás.
Tal como lo afirma Azar de Sporn (2010) dar cuenta de la íntima relación existente entre los conceptos de autoestima, comunicación-interacción y resiliencia facilita el camino para planear posibles y eficaces intervenciones terapéuticas, especialmente en situaciones de crisis. Es así como se abren posibilidades a nuevas investigaciones, desde un punto de vista práctico. En el aspecto de intervenir mediante programas psicoeducativos en una población requerida de resiliencia, rescatando esta desde el enfoque familiar.

REFERENCIAS

Azar de Sporn, S. (2010). *Terapia sistémica de la resiliencia*. Primera edición. Argentina: Paidós.
Dispenza, J. (2008). *Desarrolle su cerebro: La ciencia para cambiar la mente*. Primera edición. Argentina: Kier.
Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Primera edición. España: Boixareu Universitaria.
Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima: el libro definitivo sobre la autoestima por el más importante especialista en la materia*. Primera edición. España: Paidós.
Arón, M., Milicic, N. (1999). *Vivir con otros: programa de desarrollo de habilidades sociales*. Cuarta edición. Chile: Universitaria.
Lugo, R. (2008). *Comunicación afectiva: cómo promover la función afectiva de la comunicación*. Primera edición. Colombia: Ecoe ediciones.
Hertfelder, C. (2005). *Cómo se educa una autoestima familiar sana*. Primera edición. España: Palabra.
Cox, R. (2009). *Psicología del deporte: conceptos y sus aplicaciones*. Sexta edición. España: Medica panamericana.
Chiva, O. (2014). *Educación y ethos: bases filosóficas y agentes implicados*. Primera edición. Italia: Quapeg.

González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual moderno.
Minuchin, S., Fishman, Ch. (2009). *Técnicas de terapia familiar*. Primera edición, reimpresión. México: Paidós
Estrada, L. (2006). *Ciclo vital de la familia*. Tercera reimpresión. México: Grijalbo.
Satir, V. (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Décima tercera reimpresión. México: Pax.
Satir, V. (1991). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Primera edición. México: Pax.
Walsh, F. (2012). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Segunda Edición. Argentina: Amorrortu.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2013). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. México: INEGI. Recuperado en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/juventud0.pdf
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. México: INEGI. Recuperado en http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?s=inegi&c=2844&%23038;ep=99
Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

LA ENFERMERÍA COMO PROMOTOR DE SALUD SEXUAL EN EL AMBITO UNIVESITARIO

Autor: P.L.E. Viridiana Delgado Barrientos
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES.

RESUMEN
La realización de acciones promotoras en salud sexual desde el ámbito de enfermería es un soporte para la comunidad universitaria, facilitando información e insumos de métodos anticonceptivos se diseñaron programas educativos para la educación sexual desde la enfermería cuyo objetivo es la toma de decisiones informada de la salud sexual. Se realizó el diseño implementación y evaluación de cursos desde el programa institucional de formación humanista; donde se abordaron temáticas de una vida sexual activa responsable en los siguientes cursos: en consumo responsable de alcohol, autoestima femenina, autoconocimiento, convivencia sana en pareja, actividad física, sexualidad responsable, formación de promotores de salud. Se impartieron más de 70 charlas a 210 alumnos durante los años 2012 y 2013, en conjunto a la organización de jornadas de salud y actividades del programa PREVENIMSS en la Universidad. A través de estas acciones pudimos identificar que el alumnado posee interés en el uso de estos métodos, más no la información completa y veraz, se logró un acercamiento y orientación entre los universitarios, haciendo a la enfermería como promotor y facilitador en promoción de la salud sexual en los universitarios. De esta manera la profesión de enfermería resalta la educación sexual en la comunidad universitaria, ya que es de suma importancia la

información personalizada y crea un vínculo de confianza con el interesado, haciendo efectiva la información otorgada.

SUMMARY

The implementation of actions in promoting sexual health from the field of nursing is a support for the university community by providing information and inputs of contraceptive methods were designed educational programs for sex education from the nursing whose objective is the informed decision-making of sexual health. It is carried out the design implementation, and evaluation of courses from the institutional program of humanistic training; where is addressed themes of an active sexual life responsible in the following courses: in responsible consumption of alcohol, female self-esteem, self-awareness, healthy life as a couple, physical activity, responsible sexuality, training health promoters, there were more than 70 lectures to 210 students during the years 2012 and 2013, as a whole to the organization of workshops and activities of the health PREVENIMSS program at the University. Through these actions, we were able to identify that the learner has interest in the use of these methods, but not the information, a rapprochement was achieved and orientation between the university, making nursing as a promoter and facilitator in promoting sexual health in the university. In this way the profession of nursing highlights the importance of sex education in the university community, as it is of utmost importance the personalized information and creates a bond of trust with the person concerned, making effective use of the information provided

INTRODUCCION

Se distingue que el tema de salud Sexual se torna muy importante entre la comunidad universitaria, con evidencias obtenidas de la Evaluación Integral de Salud realizada cada inicio de ciclo escolar a los alumnos de nuevo ingreso y con el comparativo después de 4 años de haber ingresado, se toman los indicadores de vulnerabilidad de alto riesgo, siendo las prácticas sexuales sin protección una de las más frecuentes causas de conflictos a los que se enfrentan los jóvenes universitario, así mismo resalta como los principales factores de abandono de estudios por embarazos no planeados, las infecciones y enfermedades de transmisión sexual que ponen en riesgo a los estudiantes.

La demanda de información de los alumnos por su paso en la Universidad acerca de los principales métodos de anticoncepción es poca por la incomodidad que hay para hablar de ello así como la facilidad por encontrar en las tecnologías de la información, pero esta no siempre es confiable así que Enfermería con ayuda del Programa Universidad Saludable y el Programa de Formación Humanista resaltando la importancia de esta para acercar información a la comunidad Universitaria.

METODO

Se realizó el diseño, implementación y evaluación de cursos desde el programa institucional de formación humanista; donde se abordaron temáticas de una vida sexual activa responsable en los siguientes cursos: consumo responsable de alcohol, autoestima femenina, autoconocimiento, convivencia sana en pareja, sexualidad responsable, formación de promotores de salud y líderes promotores donde se destinó un día específico para la impartición del tema, con la exposición de videos y actividades didácticas donde ellos se veían involucrados en el tema principal.

Las actividades que el área de enfermería realizo con salud sexual responsable a los estudiantes de la comunidad universitaria, fueron realizadas en 3 procesos diferentes que a continuación se describen.

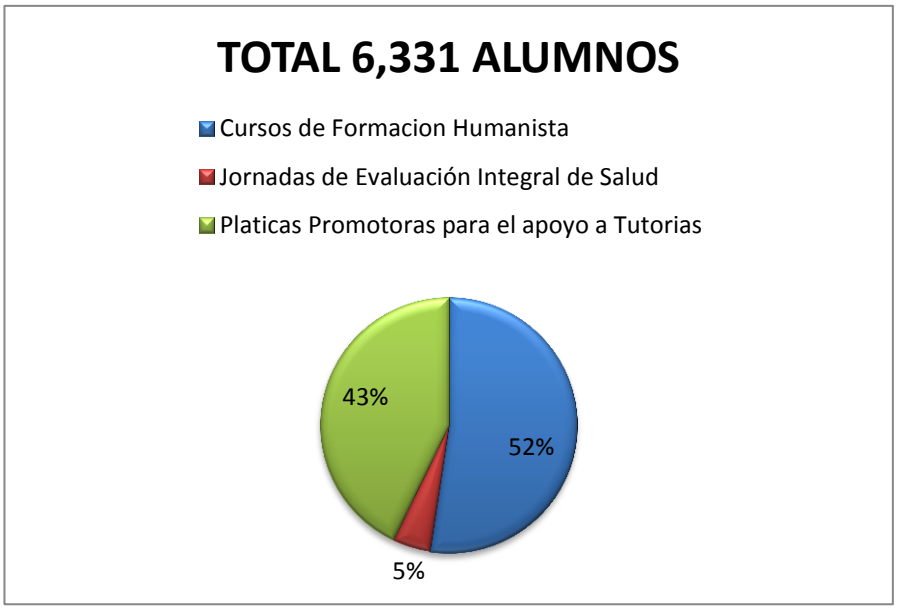
PROCESO	TIPO	PROGRAMA	MODALIDAD	TIEMPO/PERIODO
1	Charla Informativa	Tutor	Grupal	Hora de tutoría por carrera que solicita intervención
2	Charla Informativa	Programa Integral de Formación Humanista	Grupal	Intensivo
				Extensivo
3	Jornadas	PREVENIMSS	Masivo	Ingreso
				Egreso
				Parciales

RESULTADOS.

A través de estas acciones, pudimos identificar que el alumno posee interés en el uso de estos métodos, más no la información, se logró un acercamiento y orientación entre los universitarios, haciendo a la enfermería como promotor y facilitador en promoción de la salud sexual en los universitarios.

Logrando con ellos los siguientes resultados

PROCESO	TOTAL DE ACCIONES	NUMERO BENEFIARIOS
1	18	200
2	18	540
3	13, 693	5,741



DISCUSIÓN

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Desde este punto Enfermería nos brinda a oportunidad de ofrecer distintas formas de aprendizaje a la población en este caso universitaria con el fin de mejorar la calidad de conocimientos con información veraz y confiable para los estudiantes, adecuada para adultos y ofreciendo la seguridad para acercarse a obtener un poco más de lo que enfermería pueda ayudar. …

El ejercicio social de la salud como las circunstancias en la que los universitarios nacen crecen y viven enfocándose en la promoción de habilidades para la vida en el ejercicio de su vida sexual como lo son el autoconocimiento empatía comunicación asertiva. Promoviendo las relaciones interpersonales sanas con habilidades para la vida como la toma de decisiones informada, proceso de solución de problemas aumentando el pensamiento creativo y crítico de los alumnos para favorecer la responsabilidad de ellos en su vida sexual activa.

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Llevando como marco referencial el Glosario de Promoción a la Salud de la OMS, se pretende cumplir con la promoción en este caso de Salud Sexual desde el ámbito universitario con la difusión de temas que se toman con cierto tabú incluso en la comunidad universitaria.

Por esto y más cosas el papel de la Enfermería en el ámbito Universitario en su función en la Promoción y Prevención en salud brinda un estado de confianza para el acercamiento de información hacia los alumnos por medio de actividades de aprendizaje adecuadas para esta población.

BIOGRAFÍA

1. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf
2. Informes anuales de actividades de Programa Universidad Saludable

JUVENIMSS EN ESCUELAS 2011-2014

Autores y afiliación:

Armenta Hernández Carlos Benito
Jaimes Betancourt Leticia
Salvador Omaña Silvia
López Chamlati Cecilia
Silva Batalla Anabel Rosenda
Instituto Mexicano del Seguro Social

Summary:

Introduction:

JuvenIMSS is an Educational Promotion Strategy Health (EPSH), which began operating in 2006 through the formation of Promoters teenagers, with the aim of fostering communication among peers, contributing to changing the culture of health and training healthy generations for that reason he joined public middle schools and higher education since 2009 through collaboration agreements with the aim of incorporating new students to health programs.

Objective: To determine the achievements of the EPSH JuvenIMSS in public middle schools and higher education in 2011-2014 and national delegation.

Methods: An ecological study of 2011-2014 through analysis of the Comprehensive Report EPSH in public schools nationwide average upper secondary education. Simple frequencies and correlation coefficient were performed. From 2012 it has an official information system.

Results: At the national level from 2011 to the second quarter of 2014 were given 14,948 courses in adolescents 10-19 years of age, of these 55.3% at midlevel school (MS) and 44.7% in schools in Mid-Superior (SMS). 563,626 were trained adolescents, 55% (MS) and 45% (SMS). The Spearman correlation coefficient was obtained with the following results: Family Medicine Unit-0.86, MS 0.73 and SMS 0.86.

Conclusions: JuvenIMSS has allowed an increase in the incorporation of preventive health programs IMSS in public schools, encouraging the development of healthy lifestyles, increasing protective factors to health and building healthy generations.

Keywords: JuvenIMSS, Schools, Education Strategy, Health Promotion

Resumen:

Introducción:

JuvenIMSS es una Estrategia Educativa de Promoción de la Salud (EEPS), que inició actividades en 2006 a través de la formación de Promotores Adolescentes, con el objetivo de propiciar la comunicación entre pares, contribuyendo al cambio de la cultura de la salud y la formación de generaciones saludables, por tal motivo se incorporó a las escuelas públicas de educación media y media superior, desde 2009 a través de convenios de colaboración, con el objetivo de incorporar a los alumnos de nuevo ingreso a los programas de salud.

Objetivo: Conocer los logros de la EEPS JuvenIMSS en las escuelas públicas de educación media y media superior de 2011-2014 a nivel nacional y por delegación.

Métodos: Estudio ecológico de 2011-2014 a través del análisis del Informe Integral de EEPS en escuelas públicas de educación media y media superior a nivel nacional. Se realizaron frecuencias simples y el coeficiente de correlación. A partir de 2012 se cuenta con un sistema oficial de información.

Resultados: A nivel nacional desde 2011 hasta el segundo trimestre de 2014 se han impartido 14,948 cursos en adolescentes de 10 a 19 años de edad, de estos el 55.3% en escuelas de Nivel Medio (NM) y 44.7% en escuelas de Nivel Medio Superior (NMS). Se capacitaron a 563,626 adolescentes, 55% (NM) y 45% (NMS). Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman con los siguientes resultados: Unidad de Medicina Familiar - 0.86, NM 0.73 y NMS 0.86.

Conclusiones: JuvenIMSS ha permitido un incremento en la incorporación de programas preventivos de salud del IMSS en escuelas públicas, fomentando el desarrollo de hábitos de vida saludables, incrementando los factores de protección a la salud y formación de generaciones saludables.

Palabras clave: JuvenIMSS, Escuelas, Estrategia Educativa, Promoción de la Salud

Introducción:

Actualmente por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a comportamientos y conductas relacionadas con factores de riesgo modificables, se han implementado estrategias que repercutan en la población de manera positiva como fomentar la alimentación correcta, el consumo de agua simple potable, la actividad física, la prevención de accidentes, adicciones, violencia, para evitar el consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol, factores psicosociales los cuales provocan estrés, depresión, violencia de diferentes tipos, por tanto en el año 2004 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) establece el modelo PREVENIMSS en escuelas superiores, con el objetivo de programar actividades preventivas dentro de los propios espacios escolares, posteriormente en el año 2006 se implementa la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud (EEPS), JuvenIMSS, con el fin de formar Promotores Adolescentes, esto con el objetivo de propiciar la comunicación entre sus pares, contribuyendo al cambio de la cultura de la salud y la formación de generaciones saludables, por tal motivo se incorporó a las escuelas públicas de educación media y media superior, a través de convenios de colaboración. JuvenIMSS se otorga a adolescentes de 10 a 19 años de edad, se destaca por su contenido temático, el cual incluye cinco dinámicas participativas con los siguientes componentes: atención preventiva integrada, consumo de agua simple potable, alimentación correcta, actividad física, autoestima, valores, comunicación, salud sexual y reproductiva, prevención de embarazo, accidentes, violencia y adicciones, así mismo incluye opciones de reforzamiento, que en caso de que el grupo lo requiera (de acuerdo a sus características y necesidades) se otorgan como complemento de las dinámicas. De tal manera que es importante realizar acciones de promoción y prevención de la salud, para contribuir en el impacto en la salud de la población adolescente, permitiendo cambios en el estilo de vida, al conocer los logros de la EEP S JuvenIMSS en las escuelas públicas de educación media y media superior a nivel Nacional y por entidad federativa.

Método: Se realizó un estudio de tipo ecológico en el periodo de 2011 al primer semestre de 2014, se analizaron datos obtenidos del Informe Integral de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud en escuelas públicas de educación media y media superior de los años mencionados. Se tomaron en cuenta las siguientes variables para el análisis estadístico: adolescentes informados por nivel educativo y entidad federativa, así mismo se obtuvieron prevalencias de adolescentes informados por año, tipo de escuela y unidad de medicina familiar. Se realizaron frecuencias simples, así como el coeficiente de correlación.

Resultados: A nivel nacional desde 2011 hasta el segundo trimestre de 2014 se han impartido 14,948 cursos en adolescentes de 10 a 19 años de edad, de estos el 55.3% en escuelas de Nivel Medio (NM) y 44.7% en escuelas de Nivel Medio Superior (NMS). Se capacitaron a 563,626 adolescentes, 55% (NM) y 45% (NMS). De acuerdo al periodo analizado, se observa que las coberturas de adolescentes capacitados han incrementado a través del tiempo, siendo que educación básica en 2011 se informaron 24.07% de los estudiantes de nuevo ingreso, en 2012 (36.1%), 2013 (31.82%), 2014 (36.54%), con una Variación Porcentual (VP) de 51%; en lo que respecta a educación media superior en 2011 (27.23%), 2012 (44.62%), 2013 (52.94%), 2014 (50.34%), con VP de 84%, destacando lo contrario en las unidades de medicina familiar, ya que se observa un decremento porcentual en los adolescentes informados, en 2011 (48.7%), 2012 (19.28%), 2013 (15.23%), 2014 (13.13%), reflejando una VP de -73%. En lo que respecta a las entidades federativas que más han contribuido en la capacitación de adolescentes promotores en educación básica son: Guanajuato, Distrito Federal, Nuevo León Coahuila, Estado de México Poniente y Jalisco en un 67.10%; en educación media superior las entidades federativas son: baja California Norte, Estado de México Oriente, Nayarit, Coahuila, Jalisco y Oaxaca, representado 43.03% del total realizado en 2014. Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman con los siguientes resultados: UMF -0.86, NM 0.73 y NMS 0.86.

Discusión: La implementación de la EEPS JuvenIMSS ha permitido un incremento en la incorporación de programas preventivos de salud del IMSS en escuelas públicas, fomentando el desarrollo de hábitos de vida saludables, incrementando los factores de protección a la salud y formación de generaciones saludables, incrementando año con año las coberturas en la población estudiantil. Esto nos permite explorar nueva investigaciones para determinar el impacto en los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo en los adolescentes que recibieron la EEPS JuvenIMSS, así como establecer acciones de mejora para incrementar las coberturas en la población adolescentes en escuelas de nivel medio y medio superior, y en unidades de medicina familiar; siendo claro que es de relevancia enseñar a los adolescentes a que tengan y fomenten una cultura de prevención de la salud, para que repercuta en su vida adulta, evitando perjuicios en su salud, y realizando promoción de la salud en su entorno social.

JÓVENES EN HEMODIÁLISIS: TRASPLANTE RENAL Y SU RELACIÓN CON EL PLAN DE VIDA

Vasti Merab Cruz-Cancino, Rocío López-Gutiérrez y María Elena Rivera-Heredia
Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen
La insuficiencia renal crónica es el resultado de una serie de situaciones patológicas ocasionando un daño irreversible del riñón, durante la espera del trasplante será necesario que la persona se someta a tratamientos demandantes, invirtiendo gran parte de su tiempo, e impactando en el área familiar, social, escolar y laboral, por lo que será necesario que el joven reajuste su proyecto de vida. Este trabajo tuvo como objetivo describir el plan de vida de los jóvenes en hemodiálisis y la función mediadora que tiene sobre éste el trasplante renal. Es un estudio cualitativo en el que participaron 6 hombres y 6 mujeres entre los 19 y 25 años que se encontraban recibiendo tratamiento de hemodiálisis en Morelia, Michoacán. Cómo técnicas de recolección de datos se utilizaron la visualización dirigida enfocada al plan de vida, previo a la elaboración de un dibujo. Las

narraciones y dibujos fueron analizados mediante análisis de contenido y categorías. Se encontró que los jóvenes perciben al trasplante renal como prioridad, pues les permitiría cumplir sus principales metas: tener una familia propia, empleo, viajar y continuar con sus estudios.
Palabras clave: jóvenes, hemodiálisis, trasplante renal, plan de vida

Abstract
Chronic kidney failure is the result of a series of pathological conditions causing irreversible damage to the kidney, while waiting for the transplant it will be necessary that the patient undergo very demanding treatments, investing great amount of his time, and having a big family, social, school and work impact, so it will be necessary that the patient re-adjust his life project. The objective of this project was to describe the life project of patients in hemodialysis and the mediating function that has this kidney transplantation. It is a qualitative study in which 6 males and 6 females with age range 19-25 participated, they were under hemodialysis treatment in the city of Morelia, Michoacán. As data collection techniques, directed visualization was used focusing in the life plan of the patient, prior to the elaboration of a drawing. Stories and drawings were analyzed using content analysis and categories. We found that youth see the kidney transplant as a priority, because it will allow them to achieve their dreams: have their own family, a job, travel, and to continue with school.
Key words: youth, hemodialysis, kidney transplant, life plan

Introducción
La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que daña ambos riñones de manera irreversible, disminuyendo la función renal, por lo que será necesario someter al paciente a tratamiento de sustitución, ya sea diálisis, hemodiálisis o trasplante renal (Cantú, Uribe y Cirlos, 2011).
El Instituto Nacional de Geografía y Estadística reportó 646 fallecimientos asociados a esta enfermedad en jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad, ocupando el 6° lugar a nivel Nacional; en el estado de Michoacán ocupa el 5° lugar en fallecimientos por esta causa (INEGI,2012). Los datos presentados por la Fundación Mexicana del Riñón estiman que habrá entre 20% a 25% de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, y el resto en alguna variante de diálisis peritoneal (Treviño, 2009). Estos datos estadísticos permiten considerar a la IRC como un problema de salud pública a nivel mundial, por el hecho de no excluir a niños y jóvenes y por el aumento de su prevalencia.
La vida del paciente con IRC se ve condicionada por el proceso de deterioro continuo, y la presencia de interrogantes sobre la mejoría o deterioro de la salud, la persona que lo padece se encuentra en un estado ambivalente, pues ni sana, ni muere. A esta incertidumbre de no saber qué es lo que sucederá, se le suman las propias tareas del desarrollo del joven, las cuales consisten en establecer una red social, lograr mantener relaciones interpersonales más sólidas, cortejar y elegir una pareja, vivir con el cónyuge, iniciar una familia y asumir roles de madre o padre, criar a los hijos, aceptar responsabilidades en el manejo del hogar, escoger e iniciar una profesión u ocupación y asumir responsabilidades cívicas apropiadas (Havighurst, 1972 citado en Lefrancois, 2002).
Por lo que se considera a la juventud, como una etapa de consolidación de los logros alcanzados durante la adolescencia, autodeterminándose la independencia y la autoafirmación (Domínguez, 2008).
A pesar de que la juventud es considerada una de las etapas más sanas de la vida, nadie se encuentra exento de enfermar, por lo que el impacto del diagnóstico de IRC en esta etapa, suele ser más dramático (Morales y Castillo, 2007), pues el joven se verá en la necesidad de reorganizar su vida en base a la enfermedad.

En este nuevo estilo de vida, será necesario que el joven invierta gran parte de su tiempo, así como su esfuerzo físico, económico y emocional, pues el tratamiento de hemodiálisis requiere asistencia a su clínica tres veces por semana, con una duración de tres a cuatro horas por sesión (Treviño, 2009) afectando en las actividades sociales, escolares, laborales y mermando sus relaciones interpersonales (Céspedes y Pita, 2013).

En un trabajo realizado por Morales y Castillo (2007), se observó que los adolescentes entre los 12 y 18 años de edad que se encontraban en diálisis peritoneal y hemodiálisis, preferían no involucrarse en planeaciones que tuvieran que ver con actividades para realizar a corto plazo, esto afectaba la relación con sus pares y a su vez aumentaba su aislamiento social, en esta muestra los participantes no tuvieron el deseo de seguir con el tratamiento; sin embargo, continuaron con él, pues fue aún más el deseo de recibir el trasplante pues mencionaron que sólo así recobrarían la normalidad de sus vidas.

La población joven considera al trasplante renal como un medio esperanzador que le permitirá dar continuidad a su plan de vida, que es considerado el modelo ideal sobre lo que el individuo quiere *ser* y *hacer*, considerando la disposición real y sus posibilidades internas y externas para lograrlo, esto le permitirá definir su relación hacia el mundo y hacia sí mismo (D´ Angelo, 2000).

De ahí surge el objetivo general de este trabajo, describir el plan de vida de los jóvenes en hemodiálisis y la función mediadora que tiene sobre éste el trasplante renal.

Es importante que la población ajena a esta temática, conozca la enfermedad y parte de las vivencias de estos jóvenes, pues los estudios que existen en su mayoría, son sobre jóvenes con otras enfermedades crónicas. También es relevante concientizar a la población sobre la importancia de la donación de órganos especialmente del riñón, ya que impactaría no sólo en un índice estadístico, sino también brindaría la posibilidad de que una nueva persona resurja, con un proyecto de vida fructífero y fortalecido.

Método

Los participantes incluidos en este estudio aceptaron participar por medio de un consentimiento informado, aunado a la autorización del director responsable de la clínica. La selección de los participantes se realizó en base a los siguientes criterios de inclusión: contar con diagnóstico de IRC, tener entre 15 y 25 años de edad, ser originarios del Estado de Michoacán y estar en tratamiento de hemodiálisis dentro de la clínica de la Ciudad de Morelia. En este estudio de corte cualitativo participaron 6 hombres y 6 mujeres de entre 19 y 25 años de edad. Como técnicas de recolección de datos se hizo uso de la visualización dirigida, previo a la elaboración de un dibujo, enfocados al plan de vida.

Procedimiento

La aplicación se realizó en forma grupal, llevándose a cabo en la sala de espera, espacio asignado por la clínica. Se les pidió a los participantes sentarse en una posición cómoda para dar comienzo a la visualización dirigida que se centró en el futuro, durante el desarrollo de la visualización se fue orientando al participante a través de las siguientes preguntas: ¿Qué ha sido de ti en este tiempo?, ¿Cuántos años tienes?, ¿A qué te dedicas?, ¿En dónde vives?, ¿Quién te acompaña ahora?, ¿Conoces nueva gente?, ¿Cómo te sientes?, ¿Cómo eres físicamente?, posteriormente se indicó al participante grabar ese recuerdo, y plasmarlo por medio de un dibujo.

En base a las narraciones y descripciones hechas por los participantes sobre su dibujo “Mi plan de vida” se realizó un análisis de contenido, considerando las siguientes categorías (ver tabla 1):

Tabla 1. Categorías de Análisis generadas a partir de los dibujos de los pacientes con hemodiálisis sobres su plan de vida

Categorías	**Definición**
Metas	Es el Fin a donde se dirigen las acciones o deseos de alguien.
Conceptualización del tiempo	Implica la esquematización mental proyectándola a través del tiempo, pudiendo ser a corto, mediano y largo plazo.
Identidad	Concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme.
Condiciones internas (Emociones ante el futuro)	Implica que la persona esté consciente de sus potencialidades y limitaciones así como de su responsabilidad en la toma de decisiones y su capacidad de flexibilidad y de rectificar. Además de un acto intelectual se requiere la integración de la parte emocional y sensorial.
Condiciones externas	Son las posibilidades que nos rodean para alcanzar las metas propuestas en el contexto social con el que se vive conformado por la familia, la comunidad, el país y el mundo en el que se habita.

Resultados

Se describen a continuación los hallazgos que se observaron en los dibujos, considerando las narraciones que sus autores hacían de estos.

Figura 1. Dibujo elaborado por una participante de 19 años de edad.

Dentro de la categoría de metas, los participantes mencionaron el deseo de formar su propia familia, sin dejar de lado su familia de origen pues es de ella quienes han recibido más apoyo, la mayoría de los participantes refieren ya estar trasplantados, eso les va a permitir emprender cosas nuevas, como aprender un oficio, estudiar, trabajar, y viajar. También se encontró que incluso ya existen personas que pasaron por el proceso de trasplante y su deseo es volver a iniciar el proceso de donación.

"tengo mi casa y un negocio, ya tengo mi trasplante y soy muy feliz" (véase en la figura 1).

Generalmente los participantes proyectan su futuro en un plazo de 1 a 10 años, sólo uno de ellos menciona *en un tiempo muy lejano* sin conceptualizarlo a años.

"*este proyecto lo realizaré dentro de 5 años".*

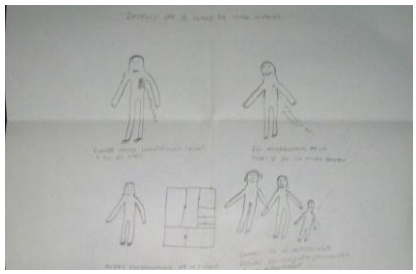


Figura 2. Dibujo elaborado por un participante de 21 años de edad.

Cuando los participantes describen y narran sobre su dibujo, se percibe que existe en su mayoría dificultades para definirse, pues les cuesta trabajo identificar el papel que tienen dentro de su contexto, tienen claro que quieren

realizar alguna actividad como estudiar o trabajar; sin embargo, no han logrado conceptualizar en concreto qué trabajo o qué carrera estudiar.

"quiero estudiar algo, por ejemplo algo sobre belleza, aunque no lo tengo muy claro".

Se encontró que los participantes tienen una actitud esperanzadora hacia el futuro, siempre y cuando hayan sido trasplantados *(véase en la Figura 2*), pues de no serlo temen que su salud empeore y que incluso lleguen a fallecer, refieren que unas de sus principales habilidades y fortalezas es ser pacientes y tolerantes pues la enfermedad consiste en eso, en esperar.

"este soy yo haciendo muebles, ya estoy trasplantado de un riñón y me está permitiendo trabajar en la elaboración de muebles, somos yo, mi esposa e hijo, felices sin ninguna preocupación de mi enfermedad"

Todos los participantes incluyen a la familia dentro de su proyecto de vida, pues los participantes valoran el apoyo que de ella han recibido, ya que el contexto en general no les ha brindado las oportunidades necesarias, que ellos necesitan.

"*las puertas me han cerrado por mi enfermedad" "los horarios de la escuela no son accesibles, no se acoplan con mis horarios para el tratamiento"*

Discusión

Hablar de trasplante para estos pacientes, es entrar a su mundo con un lenguaje que cabe dentro de lo cotidiano, como pudimos observar muchos de ellos esperan ser trasplantados, incluso aquellos pacientes que ya han pasado por el proceso de trasplante y que por alguna razón lo han rechazado.

De acuerdo a los resultados presentados y a los supuestos de trabajo con los que se partió en esta investigación se encontró que efectivamente los jóvenes ven en el trasplante una opción para dar continuidad a su proyecto de vida, pues durante la espera el contexto no les ha brindado las oportunidades necesarias para seguir en crecimiento, recordemos que es una enfermedad demandante e invasiva.

En comparación con el estudio realizado por Morales y Castillo (2007) nuestra muestra fue con jóvenes de mayor edad que los de su población, sin embargo, los resultados fueron similares, pues en ambos estudios los participantes ven en el trasplante el medio más óptimo para regresar a su vida normal; la diferencia que se observó es que a menor edad, los participantes se encuentran más preocupados por sus relaciones con sus pares a diferencia de lo que se encontró en esta población, pues el deseo de formar una familia y convertirse en padres coincide con lo esperado normativamente para las personas de esta etapa, pues es parte de lograr una independencia con su núcleo, es común que estos jóvenes se sientan dependientes del contexto familiar y de la enfermedad.

En ambos trabajos, las condiciones internas son importantes pues los jóvenes, refieren ser pacientes. Es por ello que el apoyarlos en esta transición y orientarlos en el reajuste de su proyecto de vida, les estamos permitiendo hacer una conexión interna, para auto conocerse y reconocer las habilidades con las que cuentan y de la mano les permitimos definirse, ya que al encontrarse en dificultad de insertarse en el área laboral y escolar, orilla a que estos jóvenes realicen actividades mal remunerados y que sin duda afecta en la identidad del joven, pues se le dificulta saber que aporta a la sociedad y por lo tanto como lo definen.

Desde nuestra función como psicólogas dedicadas al campo de la salud al trabajar orientando y apoyando a estos jóvenes en la reestructuración de su plan de vida, no tiene como objetivo primordial ayudarles a elaborar un instructivo para ellos mismos, la implicación de este trabajó trasciende más allá, implica dar sentido a ese transcurso que es el vivir.

Referencias

Cantú, R., Uribe, B. y Cirlos, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicologia y salud, 21* (1), 91-102.

Céspedes, M y Pita, C. (2013).Modo de adaptación de autoconcepto en el hogar del adulto joven que padece insuficiencia renal crónica, Chiclayo 2012. Tesis de licenciatura. Repositorio de tesis USAT.
D´Angelo, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Rev. Cuba. Psicol, 17* (3),1-15
Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, 4(1), 69-76.
INEGI (2012). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado en http://www.inegi.org.mx
Lefrancois, G. (2004).*El ciclo de la vida*. México: Thomson.
Morales, L y Castillo, E. (2007). Vivencias de los (as) adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. *Colombia Médica, 38* (4). 44-53.
Treviño, J. (2009). Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Cirugía y Cirujanos*, *77* (5), 411-415.

INCIDENCIA DE CARIES EN LA REGIÓN SURESTE DE LA REPÚBLICA MEXICANA (CASO CHIAPAS)

Flor de María Esquinca Ortiz
Jiménez Muñoz Mario Alberto
Adriana Villanueva López
Facultad de odontología y salud pública (UNICACH)

Resumen
Actualmente las enfermedades bucodentales como son la caries, la gingivitis, la periodontitis, entre otras patologías bucales son consideradas como principales problemas de salud pública, ya que a partir de éstas pueden surgir otras complicaciones para la salud general de los individuos, como halitosis (mal aliento), fracturas, y pérdida de órganos dentales. Sabedores de esta situación y con el objetivo de implementar programas para la prevención de enfermedades bucales relacionados con la educación de la salud dental en estudiantes de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas se realizó un estudio tipo transversal y descriptivo de salud bucal en 116 estudiantes, de los cuales 58 pertenecen a la sede universitaria de la región sierra, municipio de Motozintla y 58 a la sede universitaria de la costa municipio de Tonalá, del estado de Chiapas. La población se compuso por estudiantes que acudieron voluntariamente a los talleres de salud bucodental realizados en ambos municipios; los datos del estudio se obtuvieron a través de las historias clínicas y revisión dental personalizada; los resultados indican que el 83% de los estudiantes de la sede motozintla presentan caries; a diferencia de la sede Tonalá con una prevalencia de 52% de caries. Esto indica que existe una mayor prevalencia de caries en los estudiantes de la región sierra del Estado, por lo que se sugiere implementar más programas de prevención de enfermedades bucodentales, la necesidad de modificar la conducta individual realizando medidas preventivas con el fin de reducir el riesgo de adquirir caries, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública; para lograr esto y promover comportamientos saludables, debemos de informar dicha enfermedad, la forma como se adquiere y como prevenirlo.
Palabras claves: caries, universitario, prevalencia

THERTH CARE IMPACT IN THE SOUTHEST REGION
OF MEXICO (CHIAPAS)

ABSTRACC

Nowadays the teeth diseases such as cavities, gingivitis, periodontitis among other teeths patologies are considerated as main problems of public health; in addition to teeth careless may lause other care problem in a person if it is not threath.
In the other hand , being aware of all the problems the carry out the careless teeth in a person A study has been held with the main goal of making people aware and orge them to take actions in order to prevent possible illness.
The study was made by the Unicach University studens in two differents areas of Chiapas , one of them located in the coast called Tonalà and the other in the high mountains called Motozintla.
The number of patients who participed in a voluntary way were 135 in each region .
The resesult of the research was obtained through out the individual threatement and health background at the end gathering all the information, its shows that 27.41% patients from Motozintla have cavities and 33.3% patients from Tonalà have the same problem.
As a conclution we found that there are more cases of teeth care there are more cases of teeth care less in patients of coast region. That is why we suggest to apply teeth care`s programs in order to promotore the important of “teeth care “.
Main words vocabulary: cavities,students.

Introducción

La alteraciones bucodentales presentan un serio problema a nivel mundial de acuerdo con la organización mundial de la salud OMS de ellos la patología frecuente más frecuente es la caries dental.
Actualmente el comportamiento de numerosas (EBD) afecta a la población en general, está determinado en gran medida por la conducta y actitud individual hacia el autocuidado de la salud bucal, al mismo tiempo estas conductas están reguladas por patrones sociales económicos, educacionales, conductuales y diversidad de género, así como el significado que el individuo le otorgue a la enfermedad.
La necesidad de modificar la conducta individual realizando medidas preventivas con el fin de reducir el riesgo de adquirir caries, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.
El presente trabajo contiene el estudio de incidencia de la enfermedad bucodental (caries) realizada mediante la revisión de alumnos de las diferentes sedes de la universidad de ciencias y artes de Chiapas (UNICACH), localizadas en diferentes municipios del estado de Chiapas, durante el periodo correspondiente del mes de octubre 2013 a mayo 2014. Dicho trabajo tiene la importancia y el objetivo, de dar a conocer y crear más conocimiento sobre el estado de salud dental, de una población de ESTUDIANTES atendidos en las brigadas odontológicas que realizan en las sedes regionales que pertenecen a la UNICACH.

Método

El proyecto mediante el cual se realizó esta investigación está financiado con recursos de la ANUIES (asociación nacional de la universidad e institución de la educación superior, programa PAFD).). El responsable institucional del proyecto es el Mtro. Florentino Pérez Pérez y los responsables operatorios son la Mtra. María del Carmen Barranco Rodríguez y la Mtra. Adanely Torres, y como responsable de la unidad móvil de la universidad de artes y ciencias de Chiapas (UNICACH) es la Dra. Paola Reyes, en dicho proyecto

colaboraron pasantes de diferentes licenciaturas, odontología, psicología y nutrición con talleres.

Tipo de estudio

El estudio fue transversal y descriptivo.

Población

La población del estudio se realizó de la siguiente manera: fue atraves de las brigadas en todas las sedes UNICACH por medio del programa "UNIVERSIDAD PROMOTORA DE LA SALUD". Se revisaron un total de 116 alumnos, 58 en la sede de Tonalá y 58 en la sede de Motozintla.

Técnicas de recolección de información

La población de estudio se realizó a través d las brigadas odontológicas llevadas a cabo en la sede de Motozintla y Tonalá de la universidad de ciencias y artes de Chiapas.

Variables

- Edad
- Sexo
- Licenciatura
- Semestre
- caries

Análisis de datos

Para el análisis de datos en forma de cuadros se utilizó el paquete informático de Microsoft Word y para las gráficas Microsoft Excel 2010.

Instrumento

Se utilizó la historia clínica valorada por la facultad de ciencias odontológicas y salud pública.

Resultados

De acuerdo a los objetivos se presenta los siguientes resultados.

Cuadro I

Número de alumnos e incidencia de caries en las sedes de Tonalá y Motozintla.

Sede	N° de alumnos	% de caries
Tonalá	58	52 %
Motozintla	58	83 %

Referencia.- historia clínica.

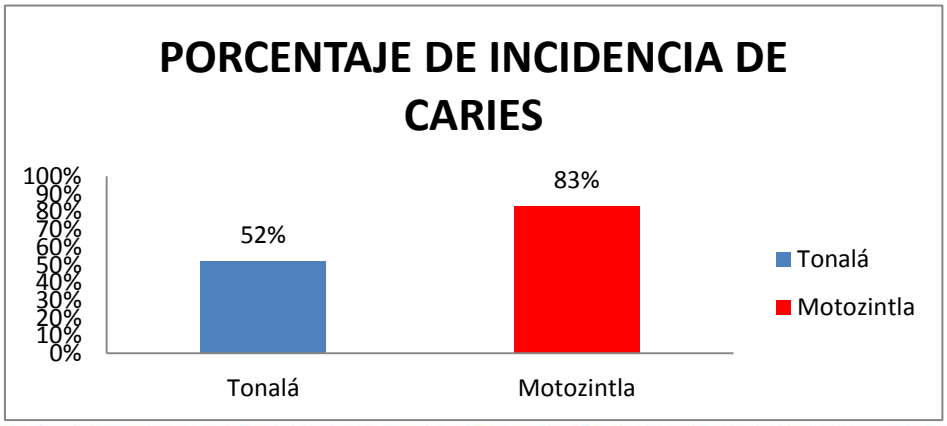


Figura I. Porcentaje de incidencia de caries en diferentes sedes.

Fuente: cuadro I

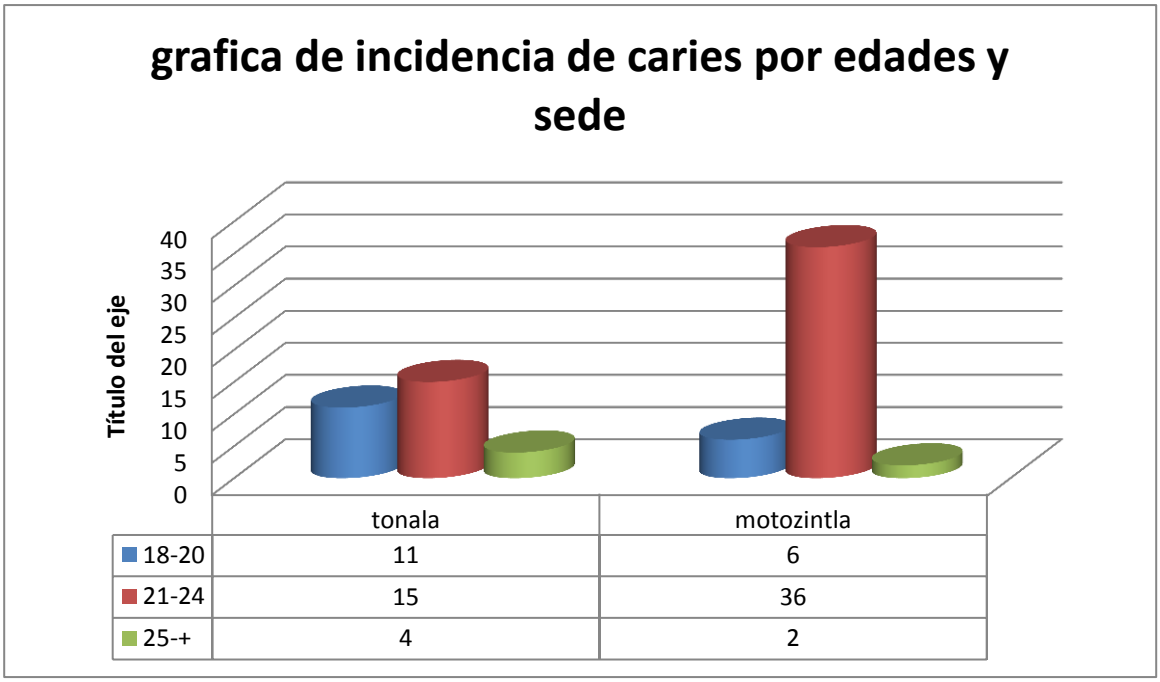
Cuadro II: Este cuadro muestra el número de alumnos estudiados divididos por edades y mostrando la incidencia de caries en cada grupo de edad y el porcentaje de cada sede, observando que el mayor porcentaje de incidencia de caries se obtuvo en el municipio de Motozintla Chiapas y el rango de edad más afectado por caries fue de 21 a 24 años de edad.

Cuadro II

Referencia.- historia clínica

	Total de alumnos	**18-20**	**21-24**	**25- +**	**Porcentaje de caries**
Tonalá	58	11	15	4	52%
Motozintla	58	6	36	6	83%

Fuente: cuadro II



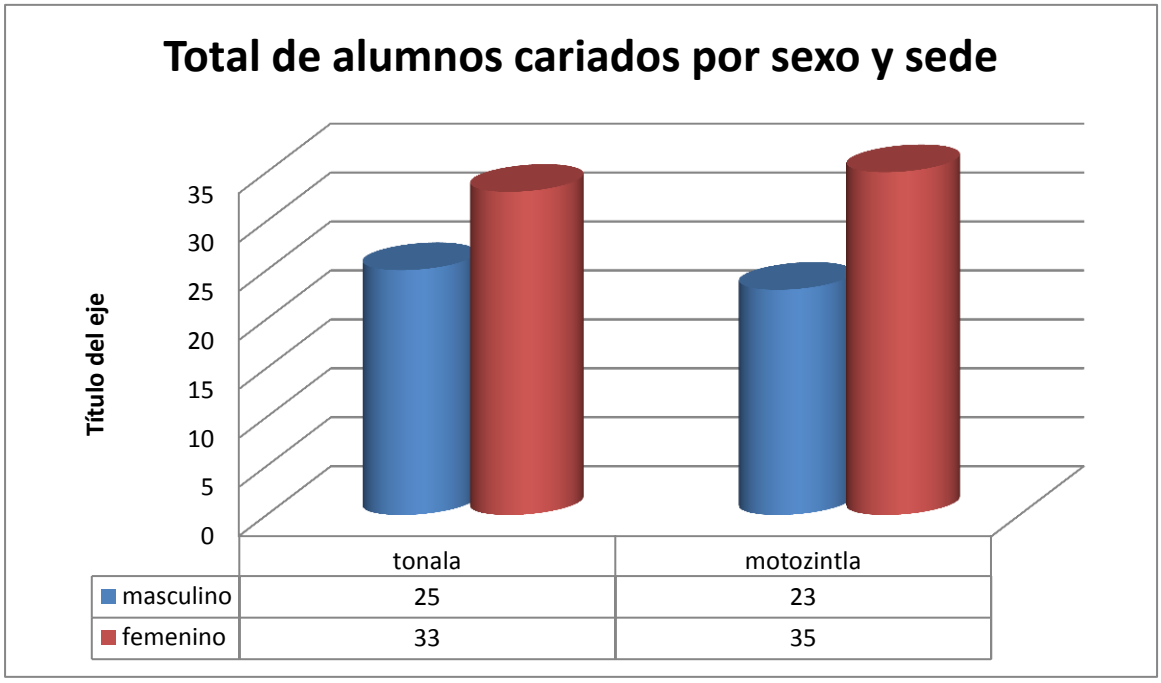
Cuadro III: En este cuadro se observa el total de alumnos cariados por sexo y sede, verificando que el sexo más afectado por caries es el sexo femenino en el municipio de Motozintla. De los cuales los factores pueden ser : mala técnica de cepillado, por no llevar una dieta sana libre de carbohidratos, por los cambios hormonales que pueden presentar, nivel sociocultural.

Cuadro III

Sede		Masculino	Femenino
Tonalá		25	33
Motozintla		23	35
Porcentaje	48%	68%	

Referencia: historia clínica

Fuente: cuadro III



Discusión

La odontología en la actualidad ha sufrido drásticamente modificaciones conforme a las exigencias de la vida moderna .Las diferentes enfermedades que se presentan en la cavidad bucal, obligan a nuestros especialistas a prepararse mejor para poder atenderlas de manera profesional.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima los recursos de muchos países en desarrollo (Rojas,2012).

A pesar de que la reducción de la incidencia y prevalencia de la caries dental en muchos países se relaciona en gran medida con el uso sistemático del flúor en las pastas dentífricas y la mejora de la higiene dental, se debe tener presente la importancia de los hábitos alimentarios en la prevención primaria y secundaria de la caries dental. En este

sentido, destacan los carbohidratos fermentables, determinadas características de los alimentos, la frecuencia de consumo, distintos tipos de alimentos, algunos como factores protectores, la cantidad y la calidad de la saliva, en tanto que ello determina el índice de remineralización de los dientes etc. Todos estos elementos son analizados a través de los factores sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos relacionados directa o indirectamente con dieta y caries. (Rojas,2012)

IMPACTO DEL AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL MODULO DE UNA UNIDAD MÉDICA

AUTORES:
DRA. FABIOLA DE LA CRUZ RAMIREZ
DR. ANGEL RICARDO PEREZ MUÑOZ
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
DIRECCION REGIONAL SUR
DELEGACION NORTE
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR 61, VERACRUZ, VERACRUZ.
UNIVERSIDAD VERACRUZANA (UV)

RESUMEN:

Objetivo general. Determinar el impacto en el nivel de autoestima en adolescentes que acuden al módulo de una unidad médica.
Material y métodos. Se efectuó una intervención en adolescentes que acudían a un Módulo de Centro de Atención para adolescentes (CARA), los cuales se invitaron a todos aquellos que fueron a la consulta externa acompañado de sus padres o tutores, y se anotaran para las sesiones en el mismo, por medio de Trabajo Social, que los integraron en un Aula en la Unidad de Medicina Familiar para ser sometidos mediante sesiones de dos horas de tres veces a la semana y durante cinco semanas, se aplicó un cuestionario antes y después que valoro el autoestima de ahí se analizó con medias y desviación estándar para variables categóricas e inferencial con T de Student, o Chi cuadrada con significancia de $p<0.05$.
Resultados. Se intervinieron 43 adolescentes, de los cuales presentaron una edad de 17 ± 1 año de edad, de los cuales fueron 44% (19) del sexo masculino y 56% (24) del femenino; con 14% (6) con baja autoestima antes de la intervención. Padres separados fueron 5% (2) con $p<0.262$, y familia nuclear 9% (4) $p<0.568$, de los cuales todos tuvieron al final de la intervención elevada autoestima $p<0.05$
Conclusiones. El Módulo del CARA elevo la autoestima de los adolescentes que recibieron sesiones
Palabras claves. Impacto autoestima adolescentes-Modulo del Centro de Atención para adolescentes-Autoestima
ABSTRACT

General objective. Determine the impact on self-esteem in adolescents who go to a medical unit module.
Material and methods. Intervention was performed in adolescents who attended a Spotlight module teen (CARA), which invited all those who were at the clinic, accompanied by their parents or guardians, and recorded for sessions in the same through social work, that integrated into a classroom in the Family Medicine Unit for submission by two-hour

sessions three times a week for five weeks, a questionnaire was used before and after I value self-esteem there was analyzed with mean and standard deviation for categorical variables and inference with Student t or chi-square with significance of p <0.05.
Results. It involved 43 adolescents, which showed an age of 17 ± 1 years old, which were 44% (19) males and 56% (24) females, with 14% (6) with low self-esteem before intervention. Separated parents were 5% (2) with p <0.262, and 9% nuclear family (4) p <0.568, all of which were at the end of the intervention high esteem p <0.05
Conclusions. The FACE Module elevate self-esteem of adolescents who received sessions
Keywords. Adolescent self-Module Impact Care Center teen-Esteem

INTRODUCCIÓN

La autoestima la definen como el sentido que un individuo tiene de su propio valor o valía, o el grado en el cual una persona se valora, se aprueba, se aprecia, o se gusta a sí mismo. Cuando se trata el tema de la autoestima como aspecto clave de la educación emocional, suele apelarse a todo lo que tiene que ver con el desarrollo integral de la persona, a su posibilidad de aprender a vivir mejor [1. 2.] La autoestima es importante en todos los aspectos de la vida, Branden, la considera una necesidad básica humana, indispensable para el autodesarrollo normal y sano, y con un valor para la supervivencia. Además menciona a la autoestima como sustento de la capacidad de la persona de accionar de manera positiva a las situaciones que se presentan en las relaciones de pareja [3, 4.]
La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo [5, 6.]
En la adolescencia se experimentan diversos cambios de toda índole y cuando un adolescente decide aislarse puede experimentar sentimientos como soledad y tristeza, al no sentirse comprendido por nadie, sus cambios psicológicos pueden confundirlo e impedirle un desarrollo sano, por ello se hace importante que durante esa etapa los adolescentes expresen sus sentimientos y compartan sus emociones con personas de su edad mediante relaciones sociales como ola amistad, el compañerismo y el noviazgo pues a través de ellas los cambios se harán menos difíciles [7] .

En la "crisis de identidad" de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado.

Puede revelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. La autoestima influye en el adolescente en: cómo se siente, como piensa, aprende y crea; como se valora y relaciona con los demás, como se comporta [8,9.]
En México, la Secretaría de Salud (SSA) inició el Programa Nacional de Adolescentes en 1994 con énfasis en salud sexual y reproductiva, y con acciones contra las adicciones y el abuso de sustancias tóxicas. El acceso desde entonces ha sido abierto y gratuito a los

servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención, aunque la eficiencia de este programa fue evaluada para incrementar su desempeño, y así nace en 1997 dentro del programa IMSS-Solidaridad los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA), con el fin de reducir la brecha de atención en las zonas rurales. Estos servicios al adolescente centran su trabajo en su reunión para la identificación de sus necesidades, consejería, información, educación para la salud y el autocuidado. Se estima que la cobertura de los CARA es aproximadamente de cinco millones de adolescentes. A la atención se adicionan los materiales de educación para la salud que se integran a los textos formales, en la escuela, y a los audiovisuales, en las secundarias rurales por televisión y radio. Y fue extendido desde principios de este siglo a todas las Unidades de Medicina Familiar del IMSS que por lo regular sesionan en Julio y uno de sus propósitos es elevar el autoestima en el adolescente [10, 11, 12].

Uno de los cuestionarios más reconocidos para valorar el autoestima en adolescentes, es el realizado por García Gómez donde algunos ítems se basa en el cuestionario para valorar el Autoestima de Rosenberg. Este cuestionario para adolescentes, presenta una estructura factorial, en la que se pueden señalar los siguientes factores o dimensiones de la autoestima: autoestima física, autoestima general, autoestima de competencia académico/intelectual, autoestima emocional y autoestima de relaciones con los otros.
A estas dimensiones señaladas hay que añadir: un índice independiente de autocrítica; y un índice de autoconcepto total, que representa la suma de las puntuaciones de todas las dimensiones del autoconcepto. En el índice general no se toman en cuenta las puntuaciones de la escala independiente de autocrítica.
La prueba arroja un coeficiente ALPHA de fiabilidad de 0,70. mediante el procedimiento de las dos mitades, a través de la fórmula ideada por Spearman Brown, también se obtiene un coeficiente de fiabilidad de 0,70 [13].

MATERIAL Y METODOS

Mediante un diseño cuasiexperimental, efectuado en la UMF 61 se efectuó un estudio en adolescentes que acudieron a un Módulo de Centro de Atención para adolescentes (CARA), los cuales se invitaron a todos aquellos que acudían a la consulta externa acompañado de sus padres o tutores, y se anotaron para las sesiones en el mismo, por medio de Trabajo Social, que los integró en un Aula en la Unidad de Medicina Familiar para ser sometidos mediante sesiones de dos horas de tres veces a la semana y durante cinco semanas, donde se expusieron los siguientes esferas educativas:
a). Sexualidad humana
b). Desarrollo humano
c). Salud Reproductiva
Y cada esfera educativa contenía los módulos: “el placer de aprender” (Módulo I), “conociéndome soy muy feliz” (Módulo II) y “el último y nos vamos” (Módulo III).
Previa entrevista y explicación en que consiste el cuestionario, se hizo la recolección de variables sociodemográficas que consistieron en: edad, genero, padres separados (si, no), tipo de familia (nuclear, en expansión y reconstruida).

Se realizó un tamaño de muestra que abarco el Universo de los adolescentes que se sometieron a las Sesiones educativas y por medio de un muestreo por conveniencia se invitaran a los adolescentes que deseaban participar.

Al inicio del módulo se aplicó el Cuestionario de Autoevaluación de autoestima, previo consentimiento informado firmado por los padres o tutor que consistió de 19 ítems; 16 de

los cuales se referían a cualidades propias de la autoestima y 3 pertenecían a una escala de autocrítica que evaluó en qué medida los alumnos estaban contestando o no sometidos bajo los efectos de la deseabilidad social y consto de las siguientes dimensiones:

- Autoestima física.
- Autoestima general.
- Autoestima de competencia académico/intelectual.
- Autoestima emocional.
- Autoestima de relaciones con los otros.

Además contenía una escala de autocrítica que fue independiente de la suma de los ítems que respondían bajo el efecto de la deseabilidad social, cuyo punto de corte se estableció en 32 que consistía en alta y baja autoestima.

Y al final de la Sesión de exponer las esferas educativas expuestas se aplicó nuevamente el Cuestionario de Autoestima en Adolescentes y se comparó

De ahí se codificó en Excel 2010 y se hizo análisis descriptivo para variables categóricas mediante medias y desviación estándar e inferencial por análisis univariado mediante T de Student o Chi cuadrada, según el comportamiento de los datos, con una significancia de $p<0.05$.

RESULTADOS

Ingresaron 43 adolescentes a la intervención en el Módulo del CARA, de los cuales todos completaron su adiestramiento, con edad promedio de 17 ± 1 año de edad; EL 14% (6) resultaron con baja autoestima antes de la intervención de ahí 44% (19) fueron del género masculino, de los padres separados 2% (5), los tipos de familia fueron reconstruidas 12% (5), nuclear 9% (4), el resto de las características se muestran en el Cuadro I.

Además en el cuadro I se muestra la asociación con la baja autoestima antes de la intervención como de padres separados con $p<0.262$ y con un OR de 7 (IC 95% 0.38-134.2); tipo de familia con $p<0.568$

De la intervención se observó que los 43 adolescentes al final presentaron elevada autoestima como se muestra en la gráfica 1, con $p<0.000$

CUADRO I

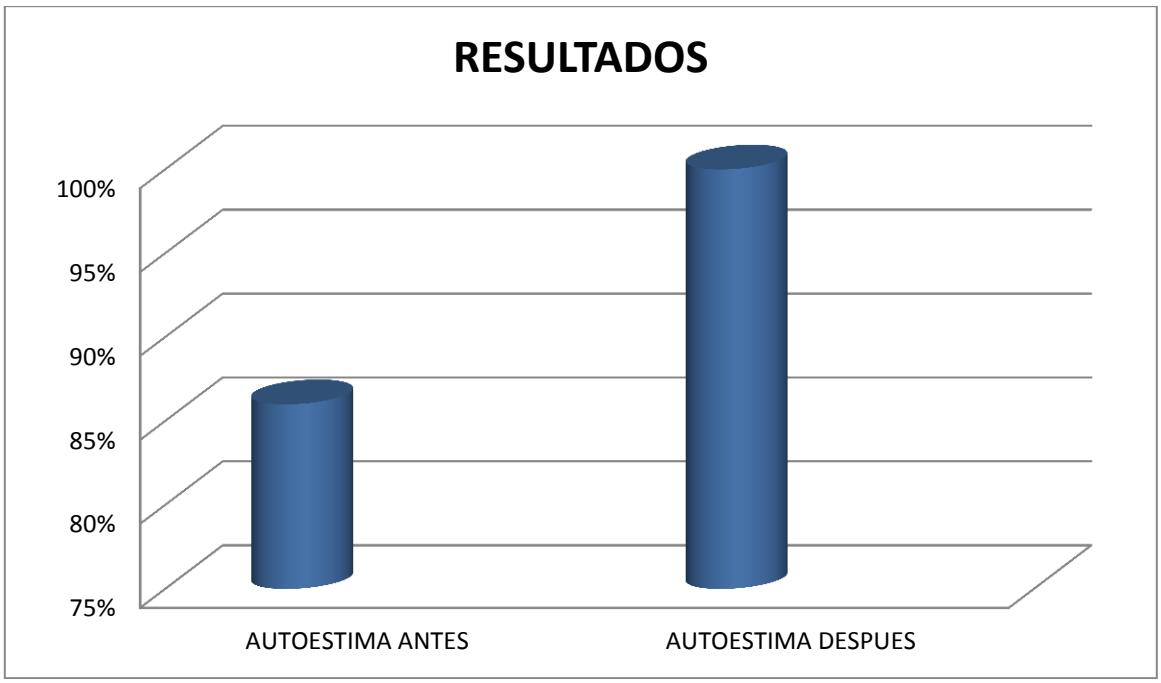
CARACTERISTICAS DE LA AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES DEL MODULO CARA

N=43

CARACTERISTICAS	ABSOLUTO	RELATIVO	p
GENERO			
MASCULINO	19	44<0.453	
FEMENINO	24	56	
PADRES SEPARADOS			
SI	2	5<0.262	
NO	41	95	
TIPO DE FAMILIA			
NUCLEAR	4	9<0.568	
EN EXPANSION	34	79	
RECONSTRUIDA	5	12	

GRAFICA I

PORCENTAJE DE AUTOESTIMA ALTA DE LOS ADOLESCENTES DEL MODULO DEN CENTRO DE ATENCION DEL ADOLESCENTE EN LA UMF 61



DISCUSION

En este estudio realizamos una intervención a un grupo de 43 adolescentes durante 6 meses ya que ha detectado en la literatura científica violencia escolar en numerosas

ocasiones se ha vinculado la estrecha relación desde la década de los 90 entre los problemas de victimización y baja autoestima (10) en estudios realizados en España se ha observado que en un grupo de agresores – victimas que presentaron un cuadro más negativo de autopercepciones donde ellos se valoran así ; y recomiendan adaptar una intervención de autoestima en víctimas y victimarios. Aunque nuestro estudio no se observó asociaciones entre la autoestima del género masculino y femenino (11). En estudios realizados por Jesús Cava encuentran correlaciones positivas y significativas en el rol de padres separados y la comunicación familiar que en nuestro estudio no encontramos asociación significativa además que los promedios del género femenino fueron significativamente más altas en la autoestima que en nuestro estudio se reflejó de manera similar al final al responder que se observó una buena estima posterior a la intervención en un 56% representado por el género femenino (12).
Stefania Estévez y colaboradores mostraron en un estudio de autoestima en adolescentes que el 84% estuvo compuesto por familias en expansión similar a nuestro trabajo que se encontró en el 79% y ellos mostraron una correlación donde demuestran la correlación existente entre una familia completa y los problemas de ansiedad y stress (13). La comunicación negativa con el padre mencionan algunos autores que se relaciona con la victimización del adolescente en la escuela y ellos representa un mayor riesgo de problemas de juste psicológico que llevan por común denominador a la baja autoestima y sugieren la intervención para elevarla en este grupo de adolescentes (14,15).

Aunque nuestro estudio no investigo el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes que constituye un factor que afecta negativamente el aspecto intelectual y social con posibles repercusiones que aumentan en la edad adulta por lo que es importante restablecer una intervención para elevar el autoestima según menciona Henríquez en sus investigaciones que en nuestro estudio aunque no investigamos pero consideramos que si esta población la cual intervenimos continua siendo motivada es difícil que caigan estas adicciones (16,17).
La escuela y la familia como instituciones sociales adquieren un papel importante y complementario en la formación del autoestima le permitirá al sujeto el desarrollo de habilidades y destrezas; para ellos es importante que el niño se sienta aceptado y valorado por sus compañeros maestros y familiares (19) .Por eso el IMSS desarrollo el módulo del CARA que se observó como en nuestro estudio entre una de sus funciones como eficaz para elevar el estima ya que se observó con una significancia que el 86% de los adolescentes ingresados a este estudio presentaron baja autoestima y después de la intervención todos ellos presentaron buena autoestima; sin embargo aún falta a completar este efecto por la influencia de la funcionalidad familiar como mencionan algunos autores que el mantener elevada la estima abarca aspectos familiares como la mala relación con los padres problemas de comunicación mala relación del sistema parental y cuya desintegración familiar puede llevar a bajar el estima hasta causar decepción y retraso estudiantil (20,21).

Conclusión. El Módulo del CARA mostro por medio de sus programas que logra elevar la autoestima a los adolescentes que son intervenidos en el mismo mediante sesiones.

FORMACIÓN DE ALUMNOS PARA PROMOCIONAR LA SALUD SEXUAL

M.P.H. Yesenia Peralta Jiménez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Delfina Pedrero Martínez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M.P.G. Viridiana Galmiche Hernández.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

RESUMEN.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS) la Sexualidad es "La integración de los aspectos somáticos emocionales e intelectuales del ser sexual, de manera que enriquezcan y amplíen su personalidad, la comunicación y el amor"; para obtener la salud Sexual es necesario formar profesionistas capaces de brindar Educación Sexual eficaz y oportuna proporcionando al niño, adolescente y adulto conocimientos necesarios para que logren internalizar sentimientos de bienestar emocional, que se manifieste en una adaptación flexible y constructiva a la vida, con relaciones personales empáticas, estables y comportamiento asertivo, congruente con su cuadro de valores humanos, y con la capacidad de integrar una pareja amoroso- sexual satisfactoria y estable. Para lograr las metas de la educación Sexual es necesario formar profesionales de la salud capacitados para la promoción de la Salud Sexual de manera que se desarrollen hábitos saludables en nuestra sociedad.

RESUME

According to HWO, Sex health is "The integration of the emotional and intellectual somatic aspects of sexual being in order to enrich and expand it's personality, communication and love.

The Sex education is the fact of providing the child, teenager or adult the knowledgement about his sexual health to assume attitudes, norms and form their own values; its goal is to provide appropriate information, to form attitudes, values and discernments, to encourage relations and healthy Interpersonal skills and to promote the responsibility, to achieve this requires communication with parents, scientific information in the schools, formation of beliefs and positive attitudes, skills to communicate assertively and skills for self-care of health, the formation of students trained to provide sexual health in a holistic manner to meet the goals of sex education to train people sexually healthy.

INTRODUCCIÓN

Debido a la falta de Educación Sexual oportuna y eficaz, se ha incrementado en nuestra sociedad problemas que afectan la salud sexual en la población en general, tales como

altos índices en embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, y falta de habilidades para elegir y relacionarse con una pareja amorosa de manera estable, violencia familiar y/o social etc. Situaciones en la que se puede contribuir para que los índices disminuyan de manera considerable a través de la prevención y promoción de la salud, iniciando con las primeras etapas de vida donde se espera que el niño aprenda a internalizar las primeras responsabilidades, inicie su dependencia y maneje relaciones interpersonales cordiales y asertivas a través de la interacción de las figuras significativas. Durante la adolescencia, se espera que se manifiesten comportamientos sexuales que indiquen si el de niño logró satisfacer sus necesidades de acuerdo a las etapas de vida, si estas no fueron superadas adecuadamente el adolescente puede mostrar comportamientos poco responsables que se reflejan en falta de valoración de su cuerpo, desconocimiento su sexualidad, en la necesidad de buscar parejas para satisfacer necesidades no cubierta por las figuras significativas, desconocimiento de los derechos sexuales, y la necesidad de buscar relaciones de pareja no duraderas entre otros comportamientos que en la mayoría de los casos finalizan en embarazos no deseados, ITS, relaciones de parejas toxicas donde se violentan sus derechos y donde no existe equidad de género. Posteriormente, durante la edad adulta si no se ha tenido una adecuada educación sexual, las experiencias vividas afectan la calidad de vida de una persona y pueden manifestarse en disfunciones sexuales que en muchos casos tienen como causa principal, no haber recibido una educación sexual desde temprana edad con metas definidas que a su vez interfieren directamente en la aparición de causas psicológicas, biológicas, sociales y espirituales.

Ante la situación social en la que vivimos es necesario formar hábitos de autocuidado en salud sexual para mejorar la calidad de vida en la personas de manera que se refleje en las diferentes etapas del ciclo de vida, estando libre de perturbaciones, enfermedades y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexual y reproductiva y factores psicológicos que inhiban, la respuesta sexual y limitan las relaciones socio- sexuales.

Al recibir Educación Sexual oportuna y adecuada se pretende formar personas sexualmente sanas capaces interactuar con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada, afirmando su orientación sexual y respetan la orientación sexual de los demás, expresa su amor e intimidad de forma asertiva, afirmando su orientación sexual y respetando la orientación sexual de los demás, mostrando destreza que mejoren las relaciones personales, capaz de identificarse y vivir de acuerdo con sus propios valores, ser responsable de sus propios actos, practicar la toma de decisiones eficazmente, comunicarse de manera eficaz con sus compañeros, familiares y su pareja amorosa, practicar comportamientos que promueven la salud, evitar el abuso sexual, tener la capacidad de busca atención prenatal oportuna, entre otros

La Educación Sexual pretende que las personas logren conseguir sentimientos de bienestar emocional producto de la relación equilibrada y armónica entre su realidad interna y externa; que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a la vida, con relaciones personales empáticas, estabilidad y positividad del comportamiento, congruente con su cuadro de valores humanos; capacidad en su oportunidad biológica y social, de integrar una pareja amoroso- sexual satisfactoria y estable (Dr. Cabildo); para alcanzar las metas de la Educación Sexual en nuestra sociedad es necesario formar en la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco profesionales en Educación Sexual capaces de cubrir las metas de la educación sexual, facilitando información oportuna, formal actitudes, valores y discernimientos, fomentar relaciones y habilidades

interpersonales asertivas y promover la responsabilidad; centrándose en la promoción de la salud principalmente más que en la promoción de las enfermedades sexuales.

MÉTODO

Los métodos y procedimientos que se aplican son descriptivos y son utilizados en Salud teniendo la finalidad de transmitir conocimientos y actitudes para que los individuos conserven conductas favorables para la salud, estos métodos pueden ser educativos, psicoeducativos, y sociales. Los métodos Educativos tienen como finalidad transmitir conocimientos y actitudes tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud con el objetivo de lograr un cambio conductual; los Psicoeducativos generalmente se utilizan las dinámicas de grupo, lo fundamental es provocar cambios internos, que hagan durable el cambio conductual; los Sociales por su parte tienen la función de transformar a nivel institucional, con grupos grandes, para lograr cambios a nivel social.

Se ha implementado en el programa de la asignatura de Sexualidad Humana de la licenciatura de Médico, cirujano y L.E., un enfoque con las meta de educación sexual el cual aborda como medida preventiva y de promoción a la salud sexual, haciendo énfasis en las primeras etapas de vida, logrando así internalizar en el personalidad del niño, adolescente y adulto, actitudes, valores y discernimientos, desarrollando de esta forma habilidades interpersonales asertivas, internalización de la responsabilidad y el hábito del autocuidado personal.

Se brinda orientación personalizada a jóvenes estudiantes dentro de la División académica Multidisciplinaria de Comalcalco.

Se realizan Talleres de salud sexual en el que se utilizan estrategias para promover actitudes asertivas, habilidades de comunicación para lograr acercamiento con sus figuras significativas, amigos, y parejas.

Se implementan programas en colaboración con la secretaria de salud dentro de las instalaciones de la DAMC, sensibilizando a alumnos mediante conferencias, obras de teatro y difusión de información sobre formación de actitudes y hábitos de autocuidado en salud sexual.

En la comunidad Universitaria se ha implementado las jornadas de autocuidado de la salud en la que se brindan espacios de expresión para los estudiantes en temas de sexualidad.

Alumnos de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco realizan pláticas y talleres de Educación Sexual con Adolescentes en escuelas de nivel secundaria y Bachillerato para brindar información eficaz y oportuna, promoviendo las metas de la educación sexual

RESULTADOS

En la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco se trabaja en la formación de profesionales de la salud capacitados para el manejo de la prevención y promoción de la Salud Sexual en base a las metas de educación sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), iniciando con la prevención y promoción de la salud en los primeros años de vida, durante la adolescencia y adultos desde una perspectiva holística que atiende las necesidades propias de cada etapa del ciclo de vida del ser humano.

CONCLUSION

Con las actividades que se han implementado para formar profesionales capacitados para brindar Educación sexual eficaz y oportuna se pretende cumplir las metas de la educación sexual propuestas de la Organización Mundial de la Salud.

DISCUSION

Es necesario medir las capacidades desarrolladas en la formación de profesionales la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco para brindar Educación Sexual oportuna y eficaz a la sociedad.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Janet Shibley Hyde, Sexualidad Humana, Novena edición, México 2006 Ed. Mc Graw Hill.
- James Leslie McCary, Juan Luis Alvarez-Gayou Sexualidad Humana de McCary, México, D.F. Ed. Manual Moderno.
- Monrroy, A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y juventud. México 2002 Ed. Pax
- Grace j. Craig, Don Baucum, DESARROLLO PSICOLOGICO 9na ed. Ed. Pearson, México D. F. 2009.
- Ana Infante García, Angela París Angel; Manual de Educación Sexual para Jovenes.

FATIGA CRÓNICA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

García Morones Martha Isabel[1], Jiménez Cruz José Antonio[1], Paz Camacho Miguel Ángel[1], Rangel García Ana Gabriela[1], Castañeda Cano Ana Karen[1.], Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos.[2*]

[1]Estudiantes de medicina en (ICSa-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo' Pachuca Hidalgo, México.
[2*]Profesor Investigador de Tiempo Completo (ICSa-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo' Pachuca Hidalgo, México.

Ex Hacienda la Concepción n/n, carretera Actopan Pachuca Hidalgo México

Artículo de investigación

Resumen

La fatiga crónica es un tema de interés social y profesional que afecta el desempeño laboral provoca una atención médica condicionada y pobre para los pacientes. La persona no responde a la demanda de mano de obra y generalmente se encuentra irritable y deprimido. Existen también otras actitudes un poco más difusas. Profesionales o empleados, personal de enfermera, médicos, etc., que trabajan en estrecho contacto con otras personas que por lo general tienen este síndrome, durante los últimos momentos, el estrés laboral se convirtió en uno de los factores importantes de incapacidad laboral.

Las horas de trabajo de los internos son excesivas para el rendimiento físico y mental. No somos conscientes de la importancia del sueño y el descansar bien. Tanto es así que la

privación de sueño provoca que nuestro sistema inmune detenga su acción, lo que refleja como el estrés.
Los médicos residentes son en la capacitación de personal de salud en virtud de un sistema de educación especial, cuya difícil académica y las condiciones de trabajo pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico comienza su formación con la práctica clínica en los libros y sus maestros. Pero lo que sucede en la práctica y en el trabajo diario puede originarle choques emocionales violentos.

Palabras clave: Interno, Fatiga Crónica, Atención médica, Depresión, Síndrome de Burnout

ABSTRACT

Chronic fatigue is an issue of social and professional interest that affects job performance causing a conditioned and *poor medical attention* for the *patients.*The person does not respond to labor demand and is generally irritable and *depressed*. There are other slightly more diffuse attitudes. Professionals or employees, nurse, doctors, etc., who work in close contact with other people usually have this *syndrome*. In the last while, job stress became one of the important factors of disability.
The working hours of interns are excessive for mental and physical performance to be performed. We are not aware of the importance of sleep, to rest well. So much so that being deprived of sleep causes our immune system into action, reflecting as stress.
Medical residents are in training health personnel under a difficult special education system whose academic and working conditions may affect the mood and mental *health* of students. The doctor begins his training with clinical practice legacy of ethical maxims learned in books and their teachers. But what happens in practice and in the daily work can originarle violent *emotional shocks*.
KEY WORDS: Interno, Fatiga Crónica, Atención médica, Depresión, Síndrome de Burnout

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un problema presente en profesionistas, particularmente médicos dado que en su profesión se presentan factores que influyen en el desarrollo de este síndrome[1]. El termino Burnout fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger para definir el desgaste extremo de un empleado, definiéndolo sindicatos y abogados como los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo; aplicado actualmente como una de las causas más importante de incapacidad laboral centrando su origen principalmente en los profesionales de la salud.
En el actual mundo globalizado, agitado y complejo los trastornos mentales –como la ansiedad y la depresión–tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial[5] padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.
Sin embargo en la actualidad son las instituciones de salud mexicanas en general en las cuales se relega la mayor parte de la existencia del síndrome depresivo debido a la saturación académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo médico[9] en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona.
Ante esta situación los internos en la mayoría de los casos desarrollan procesos adaptativos[3] .En ocasiones de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad individual esta adaptación no se realiza y se evidencian los trastornos del estado de ánimo y problemas mentales más complejos que afectan su desempeño y habilidades cognitivas para el desarrollo puntual y correcto de su labor médica.[7]

Más concretamente, la ansiedad y la depresión son desproporcionadas[6] con la situación e incluso, a veces, se presenta un peligro inminente para el interno y los individuos que dependan de su desempeño laboral; principalmente los pacientes que acuden a él o ella.
El proceso de desarrollo de este síndrome inicia con una carga emocional y la tensión correspondiente que conduce al agotamiento del sujeto[2], se trata de un conjunto de síntomas físicos y emocionales de los cuales se identifican el agotamiento emocional y la despersonalización que conducen a una reducción en el desempeño profesional que repercute a los médicos en el ejercicio de su actividad laboral, afectando su entorno de manera significativa, pero más aún su salud mental[4].
Métodos.

RESULTADOS
De los 50 Médicos residentes de pregrado encuestados los resultados son los siguientes:

TABLA 1. Referencia de las especialidades que incluyen a los 50 internos de pregrado

Especialidad	Cirujanos	Ginecólogos y obstetras	Médicos familiares	Médicos de urgencias	Pediatras
Total	7	11	13	9	10
Porcentaje	14%	22%	26%	18%	20%

La población de estudio consistió en 50 internos, de los cuales eran 50 cirujanos (14%), 11 ginecólogos y obstetras (22%), 13 Médicos familiares (26%) ,9 Médicos de urgencias (18%) y 10 pediatras (20%). El grupo de internos más numeroso fue el de Médicos Familiares ,13 (26%), seguido por el de Ginecólogos y obstetras, 11 (22%), y por el de Pediatras, con 10 (20%) sujetos. (Tabla 1)

TABLA 3. Prevalencia del síndrome de Burnout según la escala de Maslach

	Total de Médicos Internos de Pregrado	Prevalencia del síndrome de Burnout
Total	50	45
Porcentaje	100%	90%

TABLA 4 .Prevalencia del síndrome Burnout por dimensiones obtenidas por la escala Maslach Burnout Inventory

MIP Encuestados	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Enfermos
50	48	47	5	45

En cuanto a la carga horaria semanal, 45 (90%) médicos refirieron trabajar 30 horas y 10 (10%) dijeron tener un horario de 40 horas a la semana. La prevalencia de *burnout* en los médicos de familia de ambas instituciones fue del 90% (Tabla 3). Para cada una de las dimensiones, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 96% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 94% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 10 % estaba desmotivada para realizar su trabajo (Tabla 4).

TABLA 5. Prevalencia del síndrome Burnout por dimensiones obtenidas por la escala Maslach Burnout Inventory por especialidad

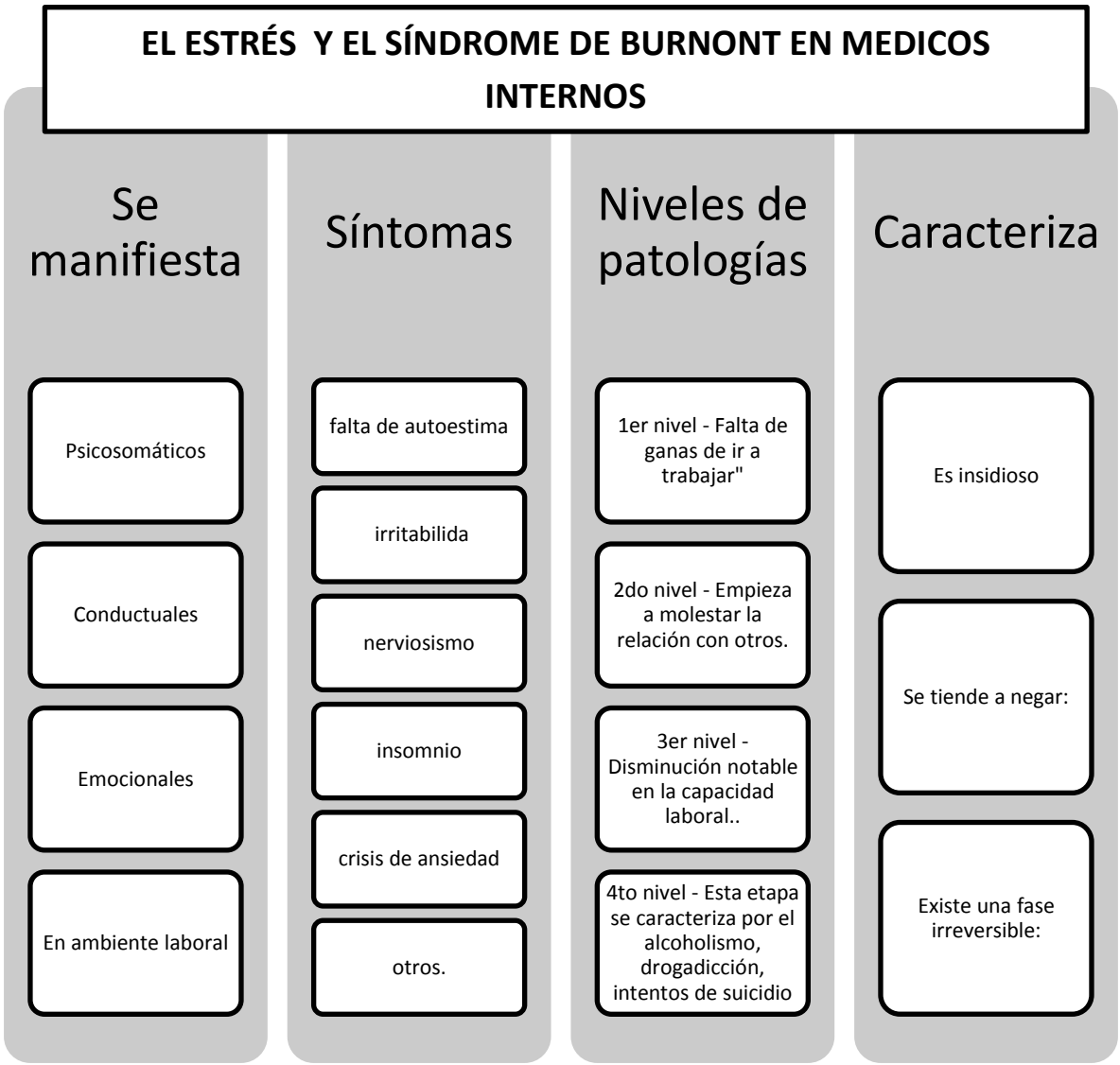
TOTAL DE MIP	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Enfermos	MIP Encuestados
	48	47	5	45	50
	96%	94%	10%	90%	100%
Cirugía					
7	7	7	1	6	7
100%	100 %	100%	14.28%	85.71%	14%
Gineco- obstetra					
11	11	10	1	10	11
100%	100%	90.90%	9.09%	90.90%	22%
Medicina familiar e interna					
13	12	11	0	11	13
100%	92.30%	84.61%	0%	84.61%	26%
Urgencias					
9	9	8	1	8	9
100%	100%	88.88%	11.11%	88.88%	18%
Pediatría					
10	9	10	2	2	10
100%	90%	100%	20%	20%	20%

Las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: para los médicos internos de pregrado en CIRUGIA el 100% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 100% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 14.28 % estaba desmotivada para realizar su trabajo. En la especialidad de GINECO-OBSTETRA el

100% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 90.90% manifestaba síntomas de despersonalización y el 9.09 % estaba desanimada para realizar su trabajo. Del 100% de Médicos Internos de Pregrado en URGENCIAS el 100% presento cansancio emocional, el 88.88% despersonalización y el 11.11% esta desalentada para realizar su labor.
Los pediatras presentan 90% agotamiento emocional, 100% de despersonalización y 20% abatida para ejecutar sus actividades. (Tabla 5)

DISCUSIÓN
El desarrollo del proyecto llevo a desarrollar diversas medidas que ayudaron a determinar cómo afectaban nuestros determinantes establecidos en la investigación el desarrollo laboral de un médico residente de pregrado.
Al concluir las entrevistas se obtuvieron resultados que se valoraron, estos están establecidos y nombrados en el documento con anterioridad.
Los resultados obtenidos se adquirieron y analizaron de acuerdo a cuatro especialidades principales las cuales fueron cirugía, ginecología, medicina familiar, medicina de urgencia y pediatría, tomando un estimado de 50 médicos entrevistados.
El análisis de resultados indico que el 90% de los médicos entrevistados presentaron prevalencia del síndrome de Burnout, de los cuales 48 presentaron cansancio emocional, 47 despersonalización ,5 realización personal y por ultimo 45 enfermos.
Se analiza que existe una prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de pregrado, determinando así que los médicos que realizan una especialidad son totalmente propensos a desarrollarlo y por lo tanto esto disminuye su calidad laboral y de la misma manera afecta su integridad tanto física como mental.
Con estos datos obtenidos se pueden desarrollar nuevas técnicas de desarrollo laboral así como mejores planes de trabajo los cuales disminuyan la prevalencia de este síndrome en los médicos y de esta manera estos recuperen un estado adecuado tanto físico, de igual forma mejoren su atención y desarrollo laboral.

MARCO CONCEPTUAL



CONCLUSIONES

El desgaste emocional surge en los profesionales como una sensación de fracaso que resulta de la sobrecarga laboral y la exigencia extra de energía, lo que desencadena un agotamiento físico, emocional y actitudinal. Sin embargo el desarrollo de este síndrome va a depender de la personalidad del profesionista y de la organización del lugar donde labora ya que la desorganización en el ámbito laboral pone en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del interno, lo cual ocurre cuando no hay claridad en los roles y las tareas que se deben desempeñar, además que hay más factores como tener malas relaciones con la administración, sindicato o la institución, lo que aumenta el riesgo considerablemente y actuando en conjunto con el resto de los factores repercute en el desarrollo o el incremento progresivo del síndrome.

Este síndrome impacta significativamente a médicos y personal de la salud donde sin importar sexo o edad están expuestos a presentarlo, sin diferencia significativa del lugar en el que laboren, ya sea una institución de salud pública o privada.

REFERENCIAS

[1]. Morales Homar Guillermo. La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. Psiquiatria.com [En línea]. 2004 [Fecha de acceso 5 de mayo de 2010] URL disponible en: http://www.cop.es/colegiados/B00722/La%20incidencia%20y%20relaciones%20de%20la%20ansiedad%20y%20el%20Burnout.

[2]. Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, José G. Salazar Estrada, Teresa M. Torres López, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez, María Berenice Pérez Reyes. Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. Investigación en Salud, vol. VI, núm. 1, abril, 2004, pp. 28-34, Centro Universitario de Ciencias de la Salud México.

[3]. Rosales Juan José, Conde María José. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del hospital Juárez de México. Revista de especialidades medico quirúrgicas. Año 2005; 001(10); pag. 25-36.

[4]. Maslach C. Schaufeli WB. 1993. Historical and conceptual development of burnout. En Schaufeli et al. Eds. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Washington, DC: Taylor & Francis. 1993, pp. 1-16

[5]. González Correales R., De la Gándara M. El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. IM&C: Madrid. 2004.

[6]. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. Psychother Theory Res. 1975. Paginas 72-83.

[7]. Büssing A. Perrar, Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deustchen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) (The measurement of burnout: investigation on the German version of the MBI). Diagnostica. 1992. 38:328-53.

[8]. Dion G, Tessier R.. Validation de la traduction de l'Inventarie d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson (Validation and translation of the burnout inventory of Maslach and Jackson). 1994. 26:210-27.

[9]. Semmer N. Individual differences, work stress, and health. In Handbook of Work and Health Psychology, Ed MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper, 1996, pp 51-86. Chichester, UK: Wiley.

[10]. Coller V.U., McCue, J..,Markus A., Smith L.. Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? Ann Intern Med. 2002; 136:384-390.

[11]. ACGME approves new proposed common requirements for resident duty hours. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education 2002. http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_index.asp Accesado Junio 2007

ANEXOS

EVALUACIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL DE LOS INTERNOS

ESCALA DE MASLACH

De forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

Se consideran puntaciones bajas las **menores a 34**. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Escala de MASLACH Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días

1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "asfixiado" por mi trabajo.
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE ESTUDIANTES INDÍGENAS DE BACHILLERATO DE SAN ANDRÉS PAXTLÁN, OAXACA MÉXICO

[1]Sandra Yazmín Cortés Ascencio, [2] Lourdes Concepción Pérez Ramírez, [3*]Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma.
[1*]M.A, Research Professor of Nursing students at the University La Salle Pachuca, Mexico. Doctoral Student of Environmental Sciences at the (ICBI-UAEH) Hidalgo State University. Pachuca City, Hidalgo, Mexico.
[2] Nursing degree. (UNSIS) University of the Southern Highlands, Oaxaca México.
[3]Full time Research Professor in Academic Area of Medicine (ICSa-UAEH) Institute of Health Sciences, University of the State of Hidalgo. Pachuca Hidalgo, Mexico.

Author's contact details: sandycortes@gmail.com Corresponding author. Master in Health Sciences. Sandra Yazmín Cortés Ascencio. Domicilio La Salle: Ex Hacienda La Concepción, n/n; Pachuca-Actopan Highway, Tilcuautla Road. Pachuca Hidalgo, Mexico.

Resumen

La adolescencia es un periodo en el que se inicia la actividad sexual, se adoptan patrones de comportamiento que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden impedir el potencial de desarrollo del adolescente indígena durante la adultez. Por ello, se propuso como **objetivo** Identificar los factores que influye en el comportamiento sexual, y la información relativa a sexualidad que tienen los adolescentes en una población indígena. **Métodos.** Se realizó un estudio de observacional descriptivo Transversal tipo encuesta, no probabilístico por conveniencia en 86 adolescentes de entre 15 a 18 años y 8 jóvenes de 20 años que estudiaban en el Instituto de "Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca" (IEBO) para el cual se elaboró un cuestionario de autollenado. El estudio se realizó en la población de San Andrés Paxtlán, **Resultados.** El 91.7% de los encuestados mencionó no haber tenido relaciones sexuales y un 8.3% no contesto. En relación con los métodos anticonceptivos, toda la población refirió conocer por lo menos algún método, **Conclusión.** Los adolescentes indígenas que estudian en el nivel bachillerato inician tardíamente vida sexual activa como alternativa para evitar embarazos no deseados y continuar sus estudios, además de que existe desconocimiento sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Palabras Clave: Adolescencia, salud sexual, Vida sexual activa, métodos anticonceptivos

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años de los cual se calcula que existen aproximadamente 175 000 millones de la actual población mundial de jóvenes de 10 a 24 años (González, 2005; OMS, 2008).

La adolescencia es considerada como una etapa complicada de crisis debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales. Entre los cambios físicos podemos mencionar al crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales (García, *et al.* 2006).
Se reconoce que la adolescencia es, hoy en día, un periodo en el que, con el inicio de la actividad sexual, se adoptan patrones de comportamiento que tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden impedir el potencial de desarrollo durante la adultez (Stern, *et al* 2003). Los adolescentes son fácilmente atraídos por ideologías creadas por la sociedad, fuentes como la televisión, revistas, libros, la radio y sobre todo el internet son medios de comunicación que tienen gran impacto en el comportamiento de los jóvenes y las adolescentes con sus ventajas y desventajas que estas implican, las promociones más comunes acerca del consumo de alcohol y moda para ambos sexos, uno de los daños más criticados por la sociedad misma son los embarazos a temprana edad, lleno de muchos prejuicios, situación que ha ido convirtiéndose en un problema social.
Al hablar de sexualidad y adolescencia en México, debe considerarse la heterogeneidad del país, las particularidades de los lugares y de los sectores de la población, así como las desigualdades por género ya que ciertos factores sociales, económicos y culturales interactúan en la construcción de las identidades y los roles de género, así como sus implicaciones en la percepción de riesgos frente a enfermedades de transmisión sexual (ETS), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y embarazo en adolescentes, ya que en las comunidades rurales se vive la “adolescencia” como una breve etapa de transición entre la vida infantil y la vida adulta, durante la cual el individuo busca pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y los requerimientos psíquicos, sociales y culturales del momento que está viviendo(Castañeda, J,C. *et al.* 1997; Stern, *et al* . 2003).

Existen escasos informes sobre los factores que influyen en el comportamiento sexual en los adolescentes de una comunidad indígena (González. *et al*. 2005) considerando que son sectores de nuestro país susceptibles a embarazos tempranos, conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual que son prevenibles si se proporciona servicios de salud sexual y reproductiva con visión de género enfocado a los adolescentes, por ello es necesario identificar los factores que influyen en el comportamiento sexual en los adolescentes de la comunidad rural de San Andrés Paxtlán. Oaxaca, México.

Objetivo

Identificar los factores socio-culturales que influye en el comportamiento sexual de los adolescentes de San Andrés Paxtlán

Los adolescentes se desenvuelven cotidianamente en dos escenarios, el primero el hogar, donde se relacionan con sus padres que no los comprenden y que no se comunican con ellos y el segundo los espacios públicos de encuentro con adolescentes: las calles, las fiestas, las discotecas, el parque y la escuela donde interactúan con personas del mismo sexo y del sexo opuesto. Los contextos de interacción y relación social que se configuran en estos escenarios, son el telón de fondo en el que modelan diversos modos de vivir la sexualidad y la salud sexual y reproductiva; los que no siempre son relacionados con el discurso hegemónico sobre la sexualidad y el género (Yon, 1998).
La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de la vida que transcurre entre los 10 y los 19 años, y se divide en 2 fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía que comprende desde los 15 a los 19 años etapa en la que se producen cambios, físicos,

psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos, en los cambios físicos podemos mencionar al crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales en los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta; entre los cambios sociales, se encuentra la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación, así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida. (García, *et al.* 2006).

Según la (OMS, 2008) La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos garantizarán a muchos una vida más larga y productiva ya que las necesidades específicas de salud y desarrollo, que afectan a su bienestar, incluidos la pobreza, la falta de acceso a información sanitaria y servicios de salud, y la insalubridad del medio ambiente afectan durante la propia adolescencia. En la actualidad existen serios problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a escala mundial por ejemplo Cuba no escapa a ello, a pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la salud y la educación para solucionar los mismos. Se ha visto un incremento de inadecuados comportamientos no saludables del adolescente, como el inicio de las relaciones sexuales tempranas, cambios frecuentes de parejas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, unión premarital, los cuales han causado en ocasiones, deserción escolar, así como variados problemas de salud al adolescente (Lazo, *et al*. 2004a).

En Yucatán, México, se han realizado diversos estudios en jóvenes estudiantes de preparatoria que reportan que el 23% ya había iniciado relaciones sexuales. La edad promedio del debut sexual fue entre los 15 y 16 años, y en los jóvenes del área rural entre los 14 y 15 años (Vera, *et al* .2006)

Género y Salud sexual

Una de las facultades centrales que distingue al género humano es el lenguaje básico para el pensamiento, el conocimiento, la marginación, la construcción e interacción con la realidad que le permite al individuo interactuar con el medio y la circulación de la cultura humana sirviéndole de soporte a la ciencia, la tecnología, el arte, los valores y normas que constituyen su universo simbólico para los adolescentes y con ello consolidan una identidad personal y social el cual les permite asociarse como grupo social con una presencia como sujetos o actores sociales (Velásquez, 2007).

Género como categoría social tiene fundamento en lo sociocultural que hace referencia a atributos y cualidades que distancian y crean poderes de unos sobre de otros, la palabra género se utiliza para describir características socialmente determinadas; el sexo describe aquellas que están biológicamente determinadas a través de un proceso de socialización el cual es constante, mientras que el género y los consecuentes roles de género cambian y varían entre culturas por ello las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, igualmente debido a su función reproductiva donde claramente se observa el impacto negativo de las inequidades de género sobre la salud y la posición de las mujeres y en menor grado sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres el cual aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a probabilidades de contraer enfermedades previsibles o de morir a causa de éstas (Amador, 2005).

Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes

Se reconoce que la salud está asociada a condiciones socio-económicas y a la cultura, los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva que son variados y complejos e incluyen embarazos no deseados, conductas sexuales de riesgo y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como

por ejemplo el VIH/ SIDA que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) calcula que el 45% de las nuevas infecciones por VIH/ SIDA durante el 2007 ocurrió en los jóvenes entre 15 y 24 años.

En general las ETS recién clasificadas sífilis, gonorrea, clamidia, hepatitis B Y C, papilomas o condilomas acuminados (HPV), SIDA, etc., se han convertido en epidemias como consecuencia de los cambios en los patrones de comportamiento sexual. Además de las consecuencias inmediatas de ETS que se encuentran reconocidas sobre la mortalidad materno infantil y sobre la reproducción y fertilidad humana (Loza, *et al*.2004)

Existen pocos estudios en México sobre el comportamiento sexual de los adolescentes ante la vulnerabilidad a ETS, y el uso del preservativo, (Gayet *et al*, 2003), realizaron una investigación sobre lo que sucede en la formación del adolescente frente a diferentes cambios a los cuales se enfrenta y con ello se busca aportar conocimientos sobre el nivel de actividad sexual de adolescentes mexicanos y el uso de medidas de protección para evitar ETS.

En el año 2000, el Instituto Mexicano de la Juventud indica que 60% de los hombres y 51% de las mujeres del grupo 15-29 años de edad se declararon sexualmente activos. Y para el siguiente año en el 2001 en Cuernavaca, incluyó a jóvenes universitarios de 16 años en la cual 93% era menores de 26 años de edad, y el 69.9% de los hombres y 45.8% de las mujeres declararon ser sexualmente activos.

La edad promedio de la primera relación de los sexualmente activos fue muy similar para hombres y mujeres, la edad se estimó en 15.7 años para los hombres y para las mujeres entre 15.6 y 15.4 Asimismo, se observa una gran diferencia en el comportamiento sexual entre ámbitos rural y urbano. Para hombres activos en áreas urbanas fue de 19.8% y en áreas rurales 12.6%. De manera similar, entre las mujeres, activas fue un 17.6% en áreas urbanas contra 13.4% en las rurales.

Diferenciando que en el ámbito rural y el urbano, los hombres rurales tienden a usar menos el preservativo que los urbanos y los factores asociados con el uso o no uso del preservativo en la primera relación sexual para el total de la población adolescente de 12 a 19 años fueron los factores: demográficos, socioeconómicos, culturales y cognitivos, en México se encuentra un diferencial en el uso del condón en la primera relación sexual entre los adolescentes de las áreas urbanas respecto de los de áreas rurales, aun cuando se controle por otras variables como escolaridad y edad estando en condiciones de prevenir ETS

Gonzales *et al* (2005) realizaron una investigación con el objetivo de describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, su grado de conocimiento sobre anticoncepción y obtuvieron que las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen, en general, menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos; en 1976, 79.8% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo; para 1992, 90.9%, lo que ascendió a 93.4% en 1997. La Encuesta Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación familiar (Mexfam), aplicada en 1999 a adolescentes de 13 a 19 años de edad, indica que 93.4% de los hombres y 80.9% de las mujeres declararon tener conocimiento formal o informal de métodos anticonceptivos. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de la Juventud destaca que 81.5% de los hombres y 76% de las mujeres de entre 15 a 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos anticonceptivos y que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual; de los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales 67.7% declaró que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años y de igual manera proporciona información reciente del comportamiento sexual el cual permitió identificar en los adolescentes del país, la edad, el ingreso familiar, la urbanización y la escolaridad, aunque son controvertidos pues en algunos aspectos coinciden con los reportados, permitiendo estimaciones a escala nacional y regional.

Moccia *et al* (2006) abarcan a la adolescencia con el objetivo de conocer el medio donde obtienen información de los métodos anticonceptivos y su correcto uso dicho estudio se realizó en adolescentes que asistieron a consulta a la policlínica dependiente de la Facultad de Medicina, Clínica Ginecológica B de Montevideo, Uruguay, del centro de salud de Piedras Blancas, independientemente de que se encontraran embarazadas o no. Por ello se tomaron a las adolescentes de 16, 17 y 18 años que son las que consultan con mayor frecuencia un médico, siendo las de 13 y 14 años las que consultan menos por que no consideran conveniente iniciar su control ginecológico a esa edad por diversos motivos, siendo el principal el temor que muchas de ellas expresan al examen ginecológico, no descartando el pudor de tener que desnudarse frente a un médico.
En esta investigación se obtuvo que un 95% eran solteras, y un 39% viven con su pareja, y en cuanto a la educación que poseía la población encuestada se obtuvo que 82% presentó primaria completa y un 26% comenzó la enseñanza secundaria pero la abandonó. El tema educacional es de suma importancia, para instrumentar cualquier medida de salud ya que el 97% las pacientes, tenían relaciones sexuales, y la edad de la primera relación sexual varió entre los 13 y 17 años, y la edad promedio fueron los 15 años de edad, resultados encontrados en esta población coinciden con datos publicados en el año de 1992, indicando que las adolescentes iniciaban su sexualidad entre los 14 y 18 años.
Estos porcentajes revelan una realidad alarmante ya que el embarazo en adolescente responde a aspectos difíciles de manejar y cambiar. Entre tantos factores (biológicos, sociales y ambientales, educacionales, actitud y valores individuales, familiares) que tiene relación con la información que poseen las adolescentes de los distintos métodos anticonceptivos y su uso adecuado o no utilización de los mismos concluyendo que un 73% recibió información por educadores en la primaria o secundaria y el 23% no recibió educación.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de observacional descriptivo Transversal tipo encuesta, no probabilístico por conveniencia en adolescentes que estudian en el Instituto de “Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca” (IEBO) para el cual se elaboró un cuestionario de autollenado. El estudio se realizó en la población de San Andrés Paxtlán, 2.2 Universo, Muestra y Muestreo. La población que se consideró como universo de trabajo para esta investigación fueron los adolescentes que estudian en el Instituto de Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca (IEBO) de San Andrés Patán Miahuatlán. Se realizó un muestreo estratificado aleatorio de 94 adolescentes.

Variable de estudio

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa	15 a 20	Según Tiempo transcurrido en años.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicoatómica.	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.
Estado Civil	Cuantitativa Nominal	Categorías	Según instrumento aplicado

Año escolar	Cuantitativa	Primer año de educación media superior Segundo año de educación media superior Tercer año de educación medio superior	Según la SEP por año de aprobación
Conocimiento del uso de métodos anticonceptivos	Cuantitativa	Categorías	Según instrumento aplicado

Diseño del instrumento

El instrumento que se diseño fue un cuestionario de 33 preguntas divididas en las siguientes secciones:

I.- Datos generales: edad, año escolar, sexo, estado civil, dominio de lengua indígena y religión.

II.- Migración.

III.- Estado de salud y utilización de los servicios de salud: conocimiento sobre exámenes de exploración mamaria, métodos anticonceptivos, relaciones sexuales y medidas preventivas contra infecciones de transmisión sexual.

Las respuestas fueron estructuradas como dicotómicas o múltiples de acuerdo a la naturaleza de cada una de ellas.

Criterios de inclusión

Para esta investigación se incluyeron a todos los adolescentes que estudiaran en el Instituto de Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca (IEBO) de San Andrés Patán que tuvieran de 15 a 20 años de edad y contar con su consentimiento verbal para participar en el estudio.

Métodos

Se solicitó los permisos y apoyo al presidente municipal de San Andrés Paxtlán y al director del Instituto para poder aplicar el instrumento. Una vez realizado esto, se asignaron los grupos a encuestar. A cada grupo se le explico la finalidad de la encuesta, y se les solicito su consentimiento verbal para participar en el estudio. Los participantes contestaron de forma anónima, en un lapso de tiempo aproximado de 10 minutos. Durante todo el proceso de llenado se aclararon dudas personalmente.

2.8 Estrategia de análisis

A partir de los resultados obtenidos se construyó una base de datos que permitiera calcular las frecuencias absolutas de cada variable, así como crear gráficas a partir de estos valores, por ello se utilizó el programa de Microsoft Excel 2007.

Aspectos éticos del estudio

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en atención al título segundo, capitulo l, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, (SS, 2005). Las personas incluidas recibirán una explicación clara y concreta de los objetivos y procedimientos del estudio a fin de respetar su dignidad y su bienestar durante la encuesta; se les informó de la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento en que no quisieran seguir participando sin que esto afecte sus intereses personales de acuerdo al artículo 21, fracción I, II, IV y VII. La información fue confidencial y solamente el investigador tuvo acceso a ella como lo establece en lo estipulado el artículo 15, 16, 17. El estudio fue considerado de riesgo mínimo para los participantes.

Resultados

Características sociodemográficas

Los presentes resultados corresponden al 12.8% (12 personas) de los encuestados. Para fines de este ejercicio dicho valor corresponden al 100%.

Respecto a la edad de los adolescentes entrevistados el rango de edad fue de 15 a 20 años, de los cuales la poblacion con mayor representación (84%) corresponde a los adolescentes con edades entre los 15 a 17 años (Gráfica 1)

En cuanto al género se aprecia que la población con mayor frecuencia corresponde al masculino con un 66.7% (Grafica 2)

En cuanto a la religión que profesan los adolescentes se observó que un 91.7% (Figura 3) tiene preferencia por la religión católica.

En la población de adolescentes de San Andrés Patán se observa que el 100% de los adolescentes entrevistados resultaron con estado civil solteros.

Por otra parte y de esta población 41.7% (Figura 4) es bilingüe ya que hablan una lengua indígena

Con respecto a la escolaridad se encontró que un 58.3% (Grafica 5) cursa actualmente el 1er el primer de bachillerato y el 41.7% corresponde a los adolescentes que cursan el 2° año de bachillerato. La población adolescente del IEBO de San Andrés Patán menciono que recibe un ingreso económico, beca denominada oportunidades, dicho apoyo lo reciben un 66.6%, y un 8.3% menciono que la actividad a la que se dedica es campesino el cual le remunera un ingreso (Grafica 6)

Tabla 1. Distribución de la muestra estudiada por género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	63	67 %
Femenino	31	33 %

Fuente: directa, encuesta aplicada a estudiantes de Bachillerato, 2011

Tabla 2. Distribución por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	23	25 %
16 años	32	34 %
17 años	23	25%
18 años	8	8 %
20 años	8	8%

Fuente. Directa, encuesta aplicada a estudiantes de Bachillerato, 2011, promedio de edad 16.5 años.

Tabla 3. Distribución de la muestra estudiada por religión.

Religión	Frecuencia	porcentaje
Católica	8	8.3%
Cristiana	86	91.7%

Fuente. Directa, encuesta aplicada a estudiantes de Bachillerato, 2011

Tabla 4. Distribución de la muestra estudiada por religión.

Dominio de la Lengua indígena	Frecuencia	porcentaje
Español	55	58.3%
Bilingüe	39	41.7%

Fuente. Directa, encuesta aplicada a estudiantes de Bachillerato, 2011

Tabla 5. Distribución de la muestra estudiada por ingreso económico o remuneración.

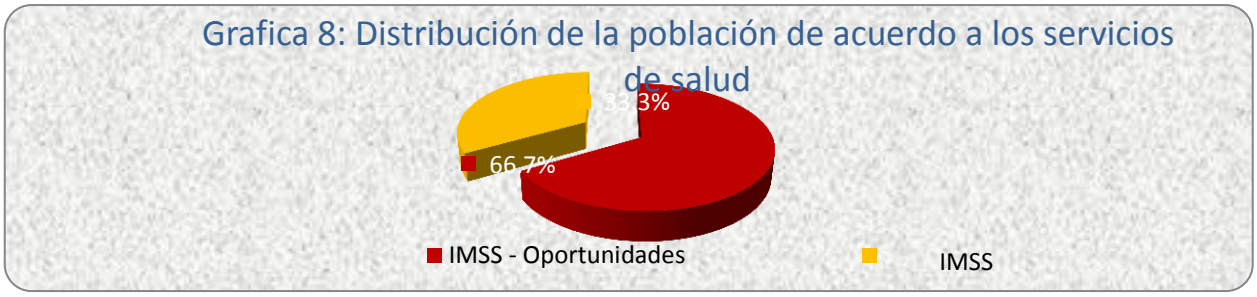
Ingreso económico	Frecuencia	porcentaje
Oportunidades		66.7%
Campesino		8.3%
No recibe		25%

Fuente. Directa, encuesta aplicada a estudiantes de Bachillerato, 2011

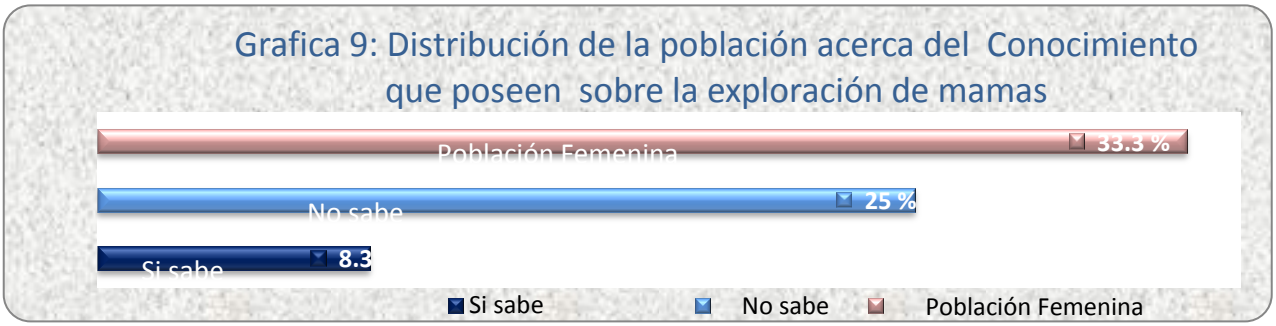
Migración. Con respecto a la migración el 50% refiere no haber estado nunca fuera de su lugar de origen, el 8.3% había estado en otro estado y un 25% respondió haber estado en otra comunidad de Oaxaca y el 16.6% refirió haber estado en Miahuatlán de Porfirio Díaz. De esta población el 41.6% estuvo durante un 1 año fuera y el 8.3% refirió haber estado fuera durante 3 años.

Comportamiento sexual y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

La población entrevistada refirió tener derecho a algún servicio de salud representada en un 100% de los cuales el 66.6% cuenta con el IMSS y el 33.3% cuenta con el IMSS–Oportunidades

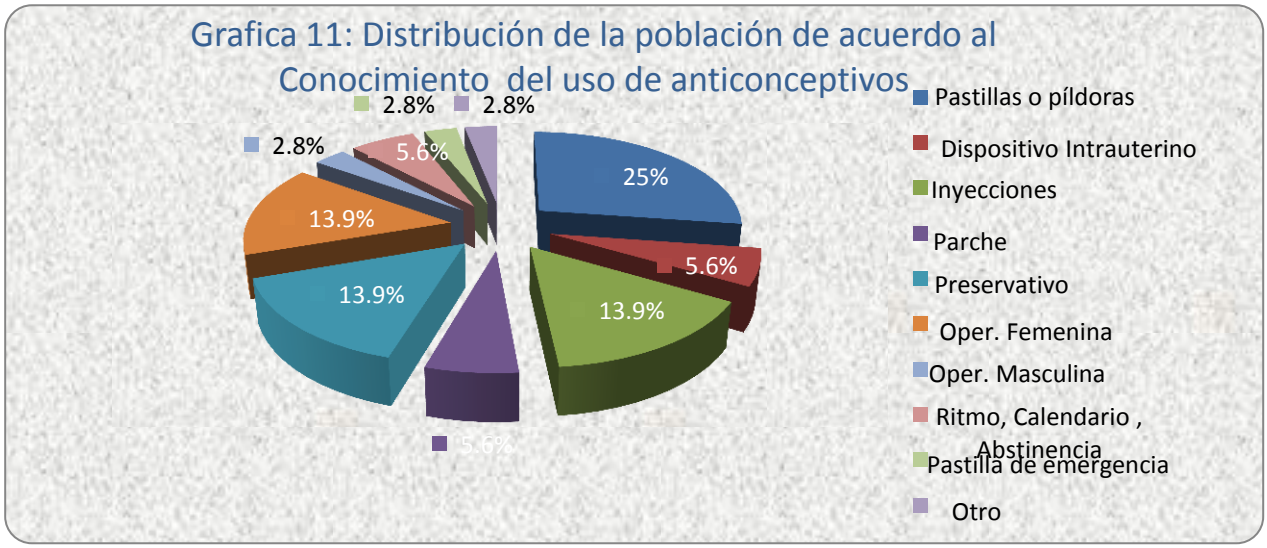


Acerca del conocimiento que tienen las adolescentes sobre la exploración de mamas se obtuvo que de un 33.3% de la población femenina, 25% no sabe cuándo acudir al médico para realizarse la exploración de mamas. Mientras que solo un 8.3% si sabe sobre la importancia de dicho examen médico. (Grafica 9)



En lo que respecta a la historia reproductiva de los adolescentes el 91.7% (Grafica 10) refirió no haber tenido relaciones sexuales y un 8.3% no respondió a la pregunta.

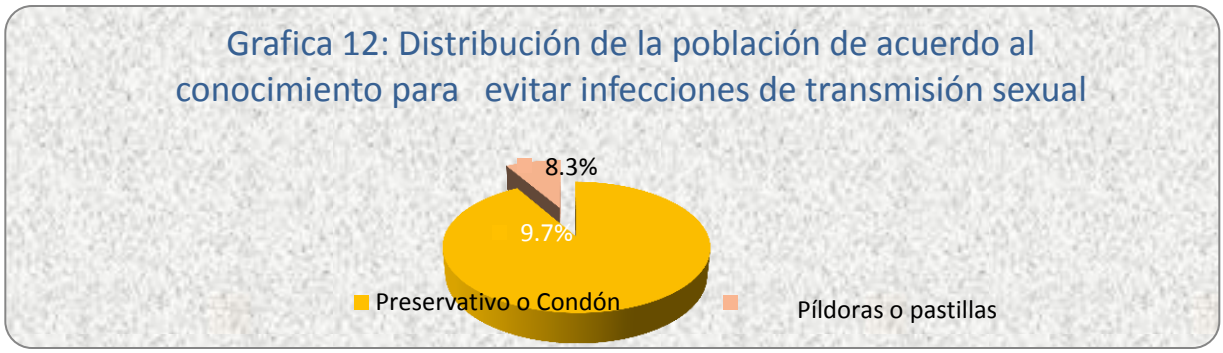
Sobre el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos (Grafica 11) del 100% de la población de adolescentes se encontró que el 25% conoce las pastillas o píldoras, el 13.9% refirió conocer, el preservativo o Condón, las inyecciones, y la operación femenina mientras que el 5.6% menciono conocer del Dispositivo Intrauterino, el parche anticonceptivo, y la operación masculina y el resto de la población equivalente al 2.8% menciono conocer la operación masculina, las pastillas de emergencia, el método del

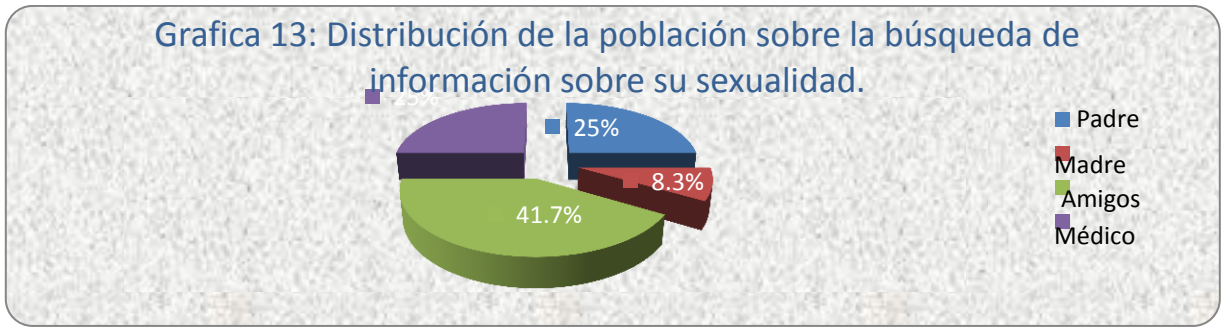


ritmo, el calendario la abstinencia y otros.

Del 100% de los adolescentes entrevistados se les pregunto si sabían o conocían de algún método para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), de los cuales el 91.7%(Grafica 12) conoce el preservativo o condón como método para evitar ITS (VIH/ SIDA). Mientras que un 8.3% cree que evitara ITS por medios de pastillas o píldoras.

En la siguiente figura (Grafica 13) se muestra a quien recurren los adolescentes para preguntar dudas sobre su sexualidad, encontrando que el 25% de los adolescentes recurren ante sus dudas con sus padres, mientras que un 8.3% acude con su madre, resaltando que el 41.7% es mayor ya que los adolescentes acuden a los amigos que quizás sea por la etapa en la que encuentren estos y haya mejor conexión por sus vivencias que cada uno posee ya que siente que sus padres no los comprenden o que quizás sea indebido conversar sobre temas de sexualidad y el otro 25% menciono acudir al médico por poseer más conocimientos sobre el tema y esclarecer sus dudas.





Equidad de género

Se les pregunto a la población adolescente del IEBO de San Andrés Patán si creían que ambos sexos Femenino y Masculino, tienen las mismas oportunidades de superación profesional a lo cual respondió el 100% de manera afirmativa ya que la en la actualidad se maneja la equidad en ambos sexos, para esto también se les pregunto sobre la preferencia de los varones dentro de las familias observándose (Figura , 14), que un 33.3% mencionó que si existe dicha preferencia, ya que mencionan que son los que poseen más derechos y responsabilidades que las mujeres, mientras que el 58.3% menciono que si existe una igualdad en las actuales familias en ambos sexos. Y un 8.3% no respondió a la pregunta.

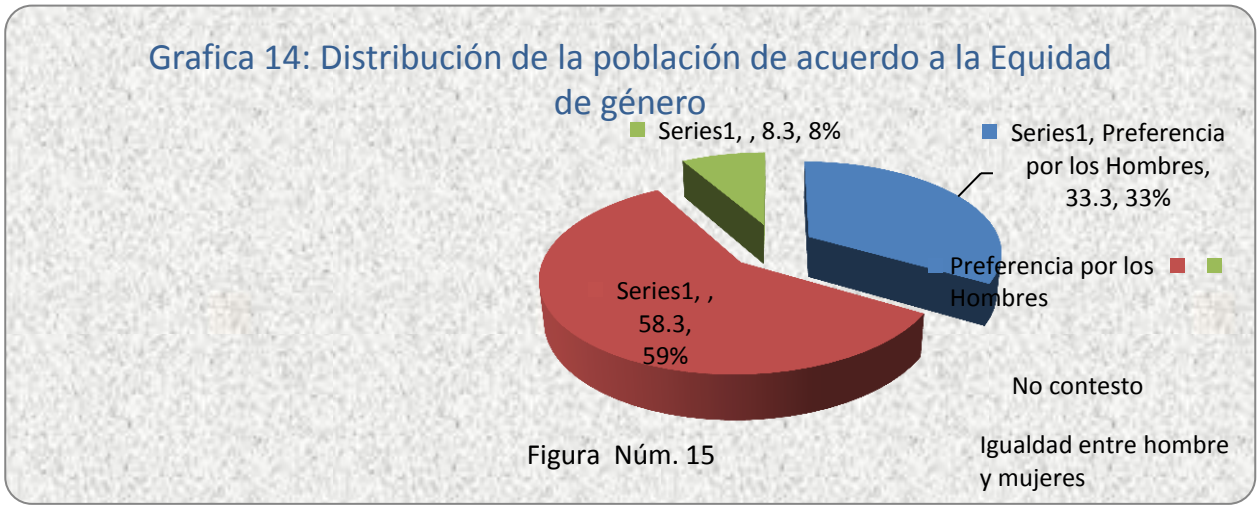


Figura Núm. 15

Discusión

El análisis de las variables se puede apreciar en el comportamiento ante la sexualidad de los adolescentes de la población de San Andrés Paxtlán por la encuesta realizada de los cuales los resultados arrogados muestra que la población masculina es de 66.7 % casi el doble de la población femenina, que acude a la escuela del IEBO y se observa que de acuerdo al conocimiento que tienen los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos es que el 100% de población refirió conocerlos, pero que nunca los han usado ya que 92% de la población no ha tenido relaciones sexuales, y que se sospecha que el 8% que no contesto fue por miedo o desconfianza de comentar sobre su vida

sexual. Las dudas que se siembran en los adolescentes sobre su sexualidad la resuelven en consulta con los amigos menciono el 41.7%, el resto de la población consulta a los padres, personal de salud.

Cabe mencionar que el 8.3% de esta población cree evitar infecciones de transmisión sexual como el VIH/ SIDA mediante el uso de píldoras o pastillas caso que preocupa por que si ha escuchado de los métodos anticonceptivos más no del uso correcto del mismo.

En comparación con otras investigaciones los adolescentes habían comenzado vida sexual activa alrededor de los 15 y 18 años, casos presentados en aéreas urbanas, casos totalmente diferente en adolescentes de San Andrés Paxtlán

Conclusiones

Respecto al comportamiento sexual de los adolescentes se tiene muy poca referencia ya que es un tema complejo de estudio en poblaciones rurales, ya que la edad, el nivel educativo, el género, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, influyen en la vida reproductiva de los adolescentes y la ideología que estos tienen, así como del inicio de una responsabilidad como lo es iniciar su sexualidad reproductiva.

Sugerencias

Implementar medidas de tendencias a mejorar el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos que existen y sean adecuados para los adolescentes en general teniendo en cuenta las características de la población desde el punto de vista educacional, reforzando el trabajo en los centros de atención para la salud desde un nivel Primaria, Secundaria y Bachillerato adecuando la información por niveles.

De igual manera implementar la participación de los padres, aunque cuente con pocos conocimientos sobre el tema se hará con el fin de aprender y seguir siendo jueces en las acciones de sus hijos logrando así un dialogo en el núcleo familiar y social en que se desenvuelven los adolescentes creando un arma ante la educación social.

Referencias.

Amador, M. L. (2005). Mujer y las inequidades de género en salud. http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-6.pdf. Recuperado el 6 de mayo de 2009

Castañeda, J, C; Halperin, D. (1997), adolescencia, género y SIDA en áreas rurales de Chiapas

Estrada, F; Hernández, G, C; Walker, D; Campero, L; Hernández, P, B; Maternowska, C. (2008). Salud pública de México .Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja.50 (6)

García, G, R; Cortés, A, A; Vila, A, L.E; Hernández S, M; Mesquia V.A. (2006). Revista Cubana, Medicina General Integral. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. 22 (1)

Gayet, C; Juárez, F; Pedrosa L.A; Magis C. (2003). Salud Pública De México. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. 45 (5). Pag.632-S640

Gonzales, G, C; Rojas, M, R; Hernández, S, M; Olaiz, F, G. (2005).Salud Publica de México. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. 47 (3)

Gutiérrez, A; Álvarez L, M. S. (2002). http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/index.php?sIdArt=369&cVol=24&nAutor=HERN%C3%81NDEZ,%20BLANCA&identi=50&infocad=Volumen%20No.24%20periodo%20%20a%C3%B1o%202002. Dimensión antropológica: la teoría de la práctica en la prevención y atención a la salud de mujeres campesinas en Veracruz. 24. Recuperado el 7 de Mayo de 2009

Moccia, A.D; Medina M, R. (2006*)*. Revista Médica de Uruguaya. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas, 22, pag.185-190.

Lazo, A, M. A; Berdasquera C, D; Martínez A, A.M; Díaz G, D. (2004) .Revista panamericana de infectología. Comportamientos sobre sexualidad en adolescentes de un policlínico cubano. 7 (1). Pág.28-33.

Rodríguez, L, H.E. (2008). El enfoque de Género en la construcción de conocimiento científico. 9 (7), pág.1067 – 6079

Stern, C; Fuentes, Z, C; Lozano, T, L.R; Reysoo, Fennek. (2004). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. 45 (1), pág. 34 – 43

Velásquez, P, A. (2007). Lenguaje e identidad en los adolescentes de hoy. 7(1). Pág., 1 – 197

Vera, G, L; Sánchez, M, F; Renan, G, B. (2006). Revista Biomédica. Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. 17 (3). Pág. 157-168.

Yon, L, C. (1998).Género y sexualidad: Una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima. Lima. Ed. Manuel Ramos. Pág. 98

http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/. Septiembre 2008. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. Recuperado el 25 de Marzo del 2009.

FACTORES QUE CONDICIONAN EL USO DE ESTIMULANTES ANTI ESTRÉS Y ANSIOLÍTICOS, EN ESTUDIANTES DE MÉDICO CIRUJANO

Jesús Daniel Salaya Ortiz
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Edwin Armando López Arellano
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Jesús Coronel Hernández
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

M. en C. Elizabeth Carmona Díaz
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Factores que condicionan el uso de estimulantes anti estrés y ansiolíticos, en estudiantes de Médico Cirujano.

Resumen:

Las estrategias de afrontamiento al estrés son consideradas factores protectores de la salud cuando no contraiga efectos contra ella. El afrontamiento positivo promueve un estilo de vida saludable favoreciendo la salud mental y la calidad de vida. Actualmente el consumo de estimulantes para combatir el estrés y la ansiedad y mejorar el desempeño académico por parte de los estudiantes se ha vuelto un problema debido que la mayoría opta por consumir sustancias que son nocivas para la salud (Drogas, bebidas energéticas). Resulta por tanto necesario conocer qué estrategias de afrontamiento usan los estudiantes universitarios para gestionar el estrés educativo y generar programas de prevención y de intervención, incluso antes de que alcancen esta etapa educativa.

Palabras clave: estrés, afrontamiento, ansiedad, estimulantes, estudiantes

Abstrac:

Strategies for coping with stress are considered protective factors for health effects when no contract against it. Positive coping promotes a healthy lifestyle by promoting mental health and quality of life. Currently the use of stimulants to combat stress and anxiety and improve academic performance by students has become a problem because the majority chooses to use substances that are harmful to health (Drugs, energy drinks). It is therefore necessary to know which coping strategies used by university students to manage stress and create educational programs for prevention and intervention, even before they reach this stage of education.

Keywords: stress, coping, anxiety, stimulants, students

Introducción

El estrés es una reacción adaptativa del organismo ante las demandas de su medio, cuando éstas se originan en el contexto de un proceso educativo, es frecuente referirse a los mecanismos de adaptación del sujeto en términos de estrés académico. Todos los organismos experimentan reacciones de estrés durante su vida, pero cuando la reacción del sujeto se prolonga puede agotar las reservas del individuo y traducirse en una serie de problemas.

Recordemos primero que para ellos el estrés es el estado emocional negativo con implicaciones fisiológicas resultante de un proceso de desequilibrio percibido entre las demandas del ambiente y los recursos personales. Tanto para ellos como para otros investigadores, una persona experimentará estrés si percibe que los recursos personales para dar respuesta a una situación significativa son insuficientes, ineficaces o inadecuados

La falta de horario para conciliar el sueño es uno de los problemas más sobresalientes del cual los estudiantes universitarios se quejan demasiado. Esto se observa con mayor frecuencia en adultos jóvenes entre 17 – 30 años, resaltando que la falta de sueño afecta la salud. Sin embargo, lo importante es distinguir la causa o descubrir el problema por el cual los estudiantes universitarios no tienen el tiempo necesario o no logran conciliar el sueño.
Esto ha levantado el interés de poblaciones que están muy relacionadas con el ámbito de la medicina, lo cual ha llevado a la conclusión de que algunas instituciones académicas mantienen a los alumnos con horarios de clases demasiado cargados de aproximadamente 10 y 12 horas por día, que es un factor predisponente de estrés y de un gasto grande de energía de parte de los estudiantes.

Método

La presente es una investigación de tipo observacional, transversal, y descriptiva con el fin de conocer la utilización de estimulantes nocivos para el rendimiento académico, en los estudiantes de Medicina de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco. Se colectaron 246 encuestas anónimas a los alumnos que se encontraban cursando materias de 4to. Semestre en el ciclo Febrero-Agosto 2014, la encuesta consta de 15 preguntas estructuradas, 10 de las cuales eran de opciones múltiples y 5 preguntas abiertas.

Resultados

Se aplicó una encuesta para conocer el uso o abuso de sustancias estimulantes un total de 246 alumnos estudiantes de medicina que tenían como promedio general de conocimientos 8.6, encontrándose que la ansiedad o estrés en periodo de exámenes es el 46 % presentan estos problemas, la realización de exámenes como evento estresor, nos sugiere que estamos en presencia de un evento vital de la vida estudiantil y quizás el determinante se encuentre asociado al estatus de permanencia o calidad de desempeño del estudiante así como el nivel elevado de incertidumbre asociado.

Para la variable sobre agotamiento en los estudios, de los alumnos entrevistados el 52.85% menciona que en ocasiones han sentido agotamiento, esto se puede deber a los diferentes agentes que los proporciona (periodo de exámenes, exceso de tarea, etc.).

Como resultado de la variable en el uso de estimulantes para mantener el periodo de vigilia en periodos de exámenes se ha detectado que un 52.03% no utiliza ningún tipo de sustancia, que es mayor a comparación de los que si consumen algún tipo de sustancia para mantenerse en despierto y cambiar horas de sueño por horas de estudio, 6.91%.

La frecuencia del consumo de tabaco es mínima un, 3.66%, siendo mayor en periodos de exámenes. Un 4.07% de los estudiantes encuestados menciono consumir siempre tabaco y un 80.89% afirma no consumirlo, pero el porcentaje restante dice consumirlo en ocasiones.

El consumo de bebidas alcohólicas para calmar el estrés y la ansiedad el 1.63% respondió consumir siempre esta sustancia en periodos de estrés, sin embargo, no hay que descuidarlo ya que un porcentaje no tan alto pero significativo contesto que algunas veces consume bebidas alcohólicas para calmar su estrés y ansiedad y un 84% afirma no consumir este tipo de sustancia.

El 68% de los estudiantes no necesita ningún tipo de estimulante para mejorar su desempeño académico, en cambio el porcentaje restante (32%) respondió que por lo menos una vez ha consumido sustancias estimulante para combatir el estrés y la ansiedad si provoco efectos positivos en su desempeño escolar. Se les pregunto a la población en estudio acerca de la identificación con la Licenciatura en Médico cirujano a lo cual el resultado nos arrojó que casi un 50% por lo menos una vez dudo en elegir estudiar esta licenciatura.

Tabla 1. Uso de estimulantes anti estrés y ansiolíticos en estudiantes de la salud.

n=246	Porcentaje (%)			
Variable	Nunca	En ocasiones	Frecuentemente	Siempre
Estrés / ansiedad en periodo de exámenes	5.69	25.20	40.65	28.46
Agotamiento en estudios	9.76	52.85	28.46	8.94
Estimulantes en periodo de exámenes	52.03	25.61	15.45	6.91
Frecuencia de consumo de estimulantes	54.07	32.93	9.35	3.66
Fumar para calmar ansiedad y estrés	80.89	13.41	1.63	4.07
Consumo de bebidas alcohólicas para calmar el estrés y la ansiedad	84.55	12.20	1.63	1.63
Actividad física	13.82	36.18	24.80	24.80
Consumo de drogas	91.87	4.47	2.85	.81
Mejora del rendimiento escolar	67.89	24.39	5.69	2.03
Identificado con la carrera	63.41	20.73	8.13	7.72

Al ser cuestionados como consideraban el uso de estimulantes el 72 % considera que es malo sin embargo el 27% considera que es bueno. Mientras que cuando se pregunta en que situaciones experimentan más estados de estrés y ansiedad el 75% refiere que es en

el ámbito escolar, seguido del familiar en un 18%, el restante se divide entre el familiar y social. Es importante de comentar que el 18 % dice tener problemas para hacer amigos y el 82% dice no sentir presión por cumplir con sus actividades económicas.

Discusión

En la investigación de estilo de vida y salud en estudiantes de medicina que se realizó en la facultad de medicina de Manizales se encontró que el 50% de los encuestados tiene o ha tenido síntomas de ansiedad y estrés, y que esto están relacionado con el consumo de alcohol y cigarro, por lo que coincidimos con este estudio ya que en nuestra investigación arrojo un promedio del 95% han sentido ansiedad o estrés unos con más frecuencia o que otros y también están relaciona con el uso de estimulantes (cigarros 16% y alcohol15%). (Paéz C. M. L., Castaño C. J. J.; 2008)
Con el estudio de la investigadora de Felmand y colaboradores (2008) coincidimos ya que en su estudio tuvo como resultado que el rendimiento académico está relacionado con el estrés, ya que el 91% de los encuestado siente agotamiento en los estudios y el 33% dice que necesita de algún tipo de estimulantes para su mejoramiento y rendimiento escolar.

Con el estudio de sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina presentado en el 2010, el resultado arrojado fue que el 29% presenta solo ansiedad mientras que el 20% presenta ansiedad y estrés. Mientras que con el autor Collazo y colaboradores (2008) dio como resultado que el 90% presenta un valor de estrés, por lo que coincidimos con los resultado conjunto ya que en nuestro estudio se presentó que el 95% presenta ansiedad y estrés y que esto ocasiona que el alumno no pueda rendir académicamente favorable a sus expectativas.

Bibliografía

Caldera M.J.F., Pulido C.B.E., Martínez G.M.G. (2007) Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de psicología del centro universitario de los altos. Revista Educación y Desarrollo. Nº7: 77-82

Del Toro A.A.Y., Gorguet P.M., Pérez I.Y., Ramos G.D.A. (2011) Estrés académico en estudiantes de medicina de 1er año con bajo rendimiento escolar. 15(1): 17.

García-ros r., Pérez - González f., Pérez-Blasco j., Natividad L.A., (2011) evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. Revista latinoamericana de psicología, volumen 44, nº 2, p. 143-154

Kadapatti M.G., Vijayalaxmi A.H.M. (2012) Stressors academic stress- A study on pre-university students. Indian. 3(1): 171-175.

Moriana E. J.A., Herruzo C.J. (2004) Estrés y Burnout. Vol. 4 Nº pp. 593-621

Polo. A., Hernández J.M., Poza c. (2010) evaluación de estrés

Prabhakar N.P., Ch. G. (2009) Sources of academic stress- A study on management students. Nº 1: 32-42

Pulido R.M.A., Serrano M.L., Valdés e., Chávez M.T., Hidalgo P.Y., Vera, f. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios, psicología y salud, vol. 21, núm. 1: 31-37

Román C.C.A., Ortiz R.F., Hernández R.Y. (2010) Estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina. Nº 46/7,

Tafoya S.A., Jurado M.M., Yépez N.J., Fouilloux M., Lara M.C. (2013) Dificultades del sueño y síntomas psicológicos en estudiantes de medicina en la ciudad de México. 73: 247-251.

EXPERIENCIAS UNIVERSITARIAS EN LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO Y LA SALUD DE LOS ESTUDIANTES

MC. Salud Pública Ma. Del Carmen Barranco Rodríguez; Lic. Nutrición Magda Guadalupe Camargo Rodríguez; Mtra. Psicopedagogía Adaneli Torres Gómez. **“Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas”. Chiapas, México**

Resumen

Debido al estilo de vida actual, sedentario y acelerado, ha crecido la preocupación en torno a la salud de los jóvenes, es por ello que la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, se ha caracterizado por su ardua labor a favor de la promoción de la salud estudiantil, a través de diferentes actividades, destacando la activación física, la atención psicológica, nutricional, odontológica y educación ambiental. Esto con la finalidad de crear en los estudiantes, hábitos de responsabilidad y estilos de vida que favorezcan un desarrollo integral en su entorno biopsicosocial.

Dentro de este proyecto, se realizaron diversos talleres con el fin de promover conductas a favor de la salud integral, favoreciendo la interacción y los vínculos entre los participantes a fin de generar alternativas de enseñanza aprendizaje, mediante una metodología socio participativa y educación entre pares.

Los talleres de alimentación saludable, activación física y acciones preventivas ante el estrés, así como la atención odontológica se impartieron simultáneamente a los estudiantes de 08 las diferentes subsedes universitarias ubicadas en el interior del estado Atendiendo a un total de 2,113 estudiantes universitarios, cubriendo el 30.5% de la matricula total de nivel Licenciatura. Cabe señalar que, la educación entre pares fue muy enriquecedora en el quehacer profesional de los pasantes de las áreas de la salud mencionadas y que además en esta primera etapa se aplicaron instrumentos de evaluación diagnostica de estilos de vida para generar indicadores que faciliten dar continuidad y seguimiento a las actividades de promoción de la salud.

EXPERIENCIAS CON EL ABORTO EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Deyanira González de León Aguirre
Addis Abeba Salinas Urbina
María del Pilar Torre Medina Mora
Fernando Mora Carrasco

Departamento de Atención a la Salud
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX)
Ciudad de México

Resumen:

Introducción: El propósito de este trabajo es presentar datos sobre el aborto obtenidos a partir de una encuesta que exploró necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de primer ingreso. La encuesta fue parte de las actividades que apoyaron el inicio del Programa Universidad Saludable de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimico, ubicada en la Ciudad de México.
Metodología: Una muestra representativa de 315 estudiantes respondió una encuesta anónima y auto-administrada en 2009. Las preguntas sobre el aborto incluyeron: experiencias en mujeres y hombres; conocimiento de la legislación local del aborto; conocimiento sobre píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE); y aceptación del aborto en diferentes situaciones. Los datos se procesaron con el programa SPSS.
Resultados: 54% de estudiantes eran mujeres y 46% hombres; 71% tenía vida sexual; 10% de mujeres había abortado y 9% de hombres había tenido esa experiencia con alguna pareja; 26% de mujeres y 30% de hombres ignoraban que el aborto es legal a solicitud de la mujer durante el primer trimestre del embarazo en la Ciudad de México. Alrededor de 40% consideró que las PAE son abortivas. La aceptación del aborto fue mayor entre quienes eran sexualmente activos; proporciones bajas aceptaron el aborto por razones socioeconómicas; en general, la aceptación fue menor entre mujeres.
Conclusiones: Proporcionar educación sexual y servicios de consejería para evitar embarazos no deseados en estudiantes debe ser una prioridad de las universidades. En el contexto de las universidades promotoras de la salud la eliminación de los mitos y estigmas sobre el aborto es una necesidad urgente.
Palabras clave: aborto, estudiantes, universidades saludables, México.

Abstract:

Introduction: The aim of this presentation is to show data on abortion-related issues obtained from a survey that explored sexual and reproductive health needs in first year students. The survey was part of the activities that supported the creation of the Healthy University Program of the Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, located in Mexico City.
Method: A representative sample of 315 students responded an anonymous self-administered survey in 2009. Questions about abortion included experiences with abortion in females and males; knowledge about abortion local laws; knowledge on emergency contraceptive pills (ECPs); and acceptance of abortion under different circumstances. Data were processed with the SPSS.
Results: 54% of students were females and 46% were males; 71% were sexually active; 10% of females reported abortions and 9% of males reported this experience with a partner; 26% of females and 30% of males ignored that abortion is legal on request during the first trimester of pregnancy in Mexico City; around 40% considered that ECPs cause abortions. Acceptance of abortion was higher among those sexually active; small proportions accepted abortion on social grounds; in general, acceptance of abortion was lower among females than males.

Conclusions: Providing sex education and counseling services to avoid unwanted pregnancies among students must be a priority of universities. In the context of health promoting universities, the elimination of stigma and myths about abortion is an urgent need.
Key words: abortion, students, healthy universities, Mexico.

Introducción:

El aborto ha sido un tema intensamente debatido a nivel internacional y nacional desde la década de 1990. En muchas universidades, sin embargo, el aborto sigue considerándose como un asunto difícil de tratar debido, sobre todo, a los estigmas de carácter moral y religioso que rodean su práctica, y a la amplia difusión de mitos sobre sus consecuencias.

A pesar de constituir un problema social y de salud pública de gran relevancia, el aborto sigue siendo un tema estigmatizado que está ausente o se aborda de manera insuficiente aun en las licenciaturas de medicina y enfermería, como si se tratara de un asunto ajeno a la práctica clínica cotidiana.[1,2] Esto no excluye a las universidades ubicadas en la Ciudad México que es, desde 2007, la única entidad del país cuyas leyes han despenalizado la práctica del aborto y la permiten a solicitud de la mujer durante el primer trimestre del embarazo.

Por otro lado, estudios realizados en países muy diversos —Brasil, China, Estados Unidos y Sudáfrica, entre otros— muestran que el embarazo no deseado y el aborto son eventos frecuentes entre estudiantes universitarias.[3-6] En México la investigación sobre este tema ha recibido muy poca atención. Al igual que en otros contextos, una proporción elevada de quienes recurren al aborto son jóvenes y en la gran mayoría de los casos la razón es un embarazo no deseado. Las jóvenes mexicanas que ingresan a las universidades no son la excepción. Un estudio que incluyó una muestra de 1,255 alumnas de la licenciatura en enfermería, en universidades públicas de Chiapas y Veracruz, mostró que entre 594 que habían iniciado su vida sexual 54% había tenido embarazos no planeados y 32% había tenido al menos un aborto inducido mientras cursaba sus estudios.[7] Estos datos ilustran la alta frecuencia del embarazo no planeado/no deseado y del aborto inducido incluso entre estudiantes de una carrera del área de la salud.

Una proporción importante de la población que ingresa a las universidades en México carece de los recursos de información y atención para proteger su salud sexual y reproductiva.[8-10] Debido a las deficiencias de la educación sexual en el sistema escolar del país, así como al impacto de las agresivas campañas de grupos conservadores para desacreditar la eficacia del condón y de la anticoncepción de emergencia, su nivel de conocimientos en este terreno es en general pobre y similar al de otros grupos de jóvenes sin acceso a la educación superior. Se trata, además, de una población cuyas prácticas sexuales son influenciadas, en mayor o menor medida, por estereotipos de género y mitos sobre la sexualidad profundamente arraigados en el contexto sociocultural del país, que limitan la capacidad de hombres y mujeres para proteger su salud.[10] Estos elementos explican por qué las estudiantes de nivel universitario son vulnerables a los embarazos no deseados y los abortos, y por qué sus pares masculinos carecen de las habilidades para evitarlos en sus parejas. En un contexto sociocultural que propicia la ignorancia sobre la sexualidad, las percepciones y opiniones sobre el aborto en la gente joven suelen ser contradictorias y conservadoras.

Estimaciones para el año 2009 indican que el 55% —más de la mitad— de los embarazos en México no fueron planeados y que, pese a las restricciones legales vigentes en 31 de los 32 estados del país, el 54% terminó en abortos inducidos. La incidencia del aborto ha aumentado, calculándose que ese año ocurrieron 1, 026,000 abortos inducidos, con una tasa de 38 por cada mil mujeres de 15-44 años que es superior a la de 1990 estimada en 25. La tasa más alta correspondió al grupo de mujeres de 20-24 años, con 55 por cada mil; en el grupo de 15-19 años y en el de 25-29 años las tasas fueron también elevadas, con 44 por cada mil mujeres en ambos grupos. Cabe señalar que las mujeres de 15-24 años suelen enfrentar dificultades de acceso a la anticoncepción moderna; entre ellas, incluyendo a las unidas y solteras, la prevalencia de necesidades insatisfechas de anticoncepción fue de 27%.[11]

Información del Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México reafirma la alta frecuencia del embarazo no deseado y del aborto inducido en mujeres jóvenes. Entre abril de 2007 y agosto de 2014 se realizaron 127,237 abortos en servicios del Gobierno del Distrito Federal; en ese total, 47.5% correspondió a mujeres de 18-24 años, 25% a estudiantes y 53% a solteras; 27% de las mujeres atendidas residía en otros estados del país.[12]

El número de mujeres que ingresan a las universidades en México ha crecido en las últimas cuatro décadas y en 2011 representaban el 50% del total de estudiantes.[13] La mayor parte de la población estudiantil pertenece al grupo de los adultos jóvenes —20 a 24 años de edad— que es justamente un grupo en el que los embarazos no deseados y no planeados son frecuentes y en el cual la tasa de abortos inducidos es la más elevada a nivel nacional.

Objetivo:

Presentar la información relativa al aborto obtenida a partir de una encuesta que exploró necesidades de salud sexual y reproductiva en una muestra representativa de estudiantes de primer ingreso en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Metodología:

La encuesta, anónima y auto-administrada, se aplicó en julio de 2009. La muestra incluyó 315 estudiantes con una edad máxima de 24 años. La información sobre el aborto abarcó: a) experiencias con el aborto en mujeres y hombres; b) conocimiento de la legislación sobre el aborto en la Ciudad de México; c) conocimientos sobre píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE); y d) aceptación del aborto en diferentes circunstancias. Los datos fueron desagregados por sexo y en función de que los y las estudiantes hubiesen tenido o no relaciones sexuales. La información se procesó con el programa SPSS.

Resultados:

- El 54% de estudiantes eran mujeres y el 46% hombres. La mayoría (n=224, 71%) había iniciado su vida sexual antes de ingresar a la universidad, con proporciones de 82% en hombres y 62% en mujeres.
- El 10% de mujeres indicó haber abortado y el 9% de hombres reportó que había tenido esa experiencia con alguna pareja, datos que sin duda aluden a la alta frecuencia de embarazos no deseados en una población de jóvenes que ingresan a la universidad. El uso de anticonceptivos fue en general bajo incluyendo al

condón y a las PAE, dos métodos que deberían ser intensivamente promovidos entre la población universitaria.

- En toda la muestra (n=315), la proporción de estudiantes que ignoraba que el aborto es legal a solicitud de la mujer en la Ciudad de México fue de 26% en mujeres y 30% en hombres, datos que llaman la atención al tratarse de jóvenes que ingresaron a la universidad y que deberían tener mayor información.
- Respecto a las PAE, que son altamente eficaces y seguras para prevenir el embarazo cuando se han tenido relaciones sexuales sin protección, alrededor del 90% en ambos sexos conocía el período de eficacia de este método, pero una proporción mucho menor, de 35% en hombres y 50% en mujeres, sabía cómo dosificarlas. Alrededor del 40% en ambos sexos consideró erróneamente que las PAE son abortivas, lo cual remite a los mitos ampliamente extendidos sobre este método.
- En cuanto a la aceptación del aborto, la información obtenida indica una postura conservadora en la mayor parte de estudiantes y particularmente entre mujeres. Proporciones altas aceptaron el aborto en casos de violación y cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, pero el consenso fue menor frente a otro tipo de razones: SIDA en mujeres embarazadas, diagnóstico fetal de Síndrome de Down, adolescentes con embarazos no deseados, estudiantes universitarias que no quieren interrumpir sus carreras, fallas anticonceptivas, y carencias económicas de la mujer o la pareja. Para todas las circunstancias, la aceptación fue mayor entre quienes tenían vida sexual.

Comentario final y propuestas:

Los datos anteriores corresponden a una muestra pequeña de estudiantes de una sola universidad en la Ciudad de México. Sin embargo, consideramos que lo presentado en este trabajo, así como la información obtenida a partir de estudios en otras instituciones, ilustra con cierta claridad que el embarazo no deseado y el aborto son problemas frente a los cuales las universidades tienen que ofrecer una respuesta.

Desde la perspectiva de quienes suscribimos este trabajo, el aborto legal practicado en condiciones de seguridad protege la vida y la salud de las mujeres. El aborto forma parte de los derechos reproductivos de las mujeres, reconocidos como parte de sus derechos humanos fundamentales en numerosos acuerdos y tratados de carácter internacional.

La educación sexual amplia y la anticoncepción moderna ofrecen la posibilidad de evitar una gran cantidad de embarazos no planeados y no deseados. Sin embargo, no todos los embarazos se pueden evitar y existen casos en que aun un embarazo planeado puede, en ciertas circunstancias, convertirse en un embarazo no deseado. No todas las mujeres, incluyendo a las universitarias, saben qué hacer cuando se enfrentan a la realidad de un embarazo no deseado y muchas arriesgan su salud, y en ocasiones también su vida, al someterse a procedimientos riesgosos. Por ello, el aborto legal y practicado con métodos seguros debería ser accesible para todas las mujeres en México.

Nuestras propuestas para abordar el aborto en el ámbito de las instituciones de educación superior son las siguientes:

- Abrir el debate sobre el aborto en las universidades con apoyo de académicos/as expertos y la colaboración de organizaciones civiles con amplia experiencia en sus aspectos políticos, legales, éticos y médicos.
- Establecer programas de promoción de la salud sexual y reproductiva que propicien cambios en el comportamiento sexual de hombres y mujeres, y fomenten el ejercicio del derecho de los y las jóvenes a una sexualidad sana y responsable.
- Visualizar la prevención del embarazo no deseado y del aborto como una prioridad de los proyectos dirigidos a la construcción de universidades promotoras de la salud.
- Ofrecer servicios de consejería en anticoncepción para estudiantes y garantizarles el acceso a métodos como el condón y los anticonceptivos de emergencia en los servicios médicos institucionales.
- Apoyar a estudiantes con embarazos no deseados para que tengan la posibilidad de elegir, con libertad y de acuerdo con sus condiciones particulares, la opción de continuar o no el embarazo.
- Incorporar una perspectiva amplia sobre el aborto en las licenciaturas en medicina, enfermería, leyes, psicología, trabajo social y sociología, entre otras.
- Diseñar estudios interinstitucionales sobre el embarazo no deseado y el aborto inducido en poblaciones universitarias.

Referencias bibliográficas:

1. González de León D, Billings D, Ramírez R. El aborto y la educación médica en México. Salud Pública de México. 2008; 50(3): 258-267.
2. González de León D, Salinas AA. Los médicos en formación y el aborto: opiniones de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13(2): 227-235.
3. Hardy E, Ravello I, Faúndes A. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. Revista Saúde Pública. 1993; 27(2): 113-116.
4. Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Pan X, Zamani S et al. Unintended pregnancy and its risk factors among university students in eastern China. Contraception. 2008; 108-113.
5. Brening RK, Dalve-Enders AM, Patrick K. Emergency contraceptive pills: current trends in United States college health centers. Contraception. 2003; 449-456.
6. Kheswa JG, Takatshana S. Exploring the impact of abortion in female students at a South African university campus: A phenomenological study. Academic Journal of Interdisciplinary Studies. 2014; 3(1): 111-119.
7. Saavedra CH, Sotelo MD, Billings D, Arana MI, Valdez ME, Martínez EC et al. Sexo, anticoncepción, embarazo y aborto: experiencias entre estudiantes de enfermería en Veracruz y Chiapas. México: Ipas México, 2006.
8. Staines HS, Fraga MA, Menchaca R, Salazar J, Vargas AC, Bucardo J et al. Actitudes sexuales y uso del condón en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez. Tecnociencia Chihuahua. 2009; 3(2): 84-96.
9. Leyva A, Chávez R, Atienzo E, Allen B, Ramírez D, Yunes E et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública de México. 2010; 52(2):156-164.
10. González de León D, Salinas AA, Torre P, Mora F. Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública en la Ciudad de México. Global Health Promotion. 2014. DOI: 10.1177/1759975913516653.

11. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. México: El Colegio de México / Guttmacher Institute, 2013.
12. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Cifras sobre la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. De abril de 2007 al 31 de agosto de 2014. México: GIRE, 2014. http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto/cifras
13. De Garay A, Del Valle G. Una mirada a la presencia de las mujeres en la educación superior en México. Revista Iberoamericana de Educación Superior. 2011; 3(6): 3-30.

EXAMEN CLÍNICO INTEGRAL DEL PROGRAMA SU SALUD-UAQ

Moreno-Celis Ulisses[1], Aguilar-Galarza Beatriz Adriana[1], Anaya-Loyola Miriam Aracely[1], Herrera-Ruiz Gilberto[2], Romero-Márquez Rubén Salvador[1], García-Gasca Teresa[1*]
[1]Facultad de Ciencias Naturales; [2]Rector. Programa SU SALUD-UAQ Universidad Autónoma de Querétaro. Av. De las Ciencias s/n Juriquilla, Querétaro. CP 76230. México. *tggasca@uaq.edu.mx

RESUMEN

Introducción: La Universidad Autónoma de Querétaro implementó en el 2012 el Programa de salud, SU SALUD-UAQ, que incluye un examen clínico integral consistente en análisis bioquímicos de laboratorio y exámenes médico general, del estado nutricio y dieta, psicológico, odontológico, postural y de aptitud física así como estudio de calidad de vida. **Objetivo:** Identificar el estado de salud de estudiantes de Universidad Autónoma de Querétaro. **Materiales y métodos:** En una primera etapa participaron estudiantes de nuevo ingreso de 4 facultades: Ciencias Naturales, Ingeniería, Informática y Medicina (2012-2013), en 2013 se integró la Facultad de Química. Los estudiantes acuden en ayuno a la unidad de atención para la toma de sangre y posteriormente se les realizan las encuestas, exploraciones y determinaciones correspondientes. El examen psicológico se realiza previamente. **Resultados:** Se ha determinado el estado de salud de 2192 estudiantes de nuevo ingreso. Los estudiantes con alteraciones han sido canalizados con profesionales de la salud. Se han adecuado y equipado 3 unidades de atención con 8 consultorios. **Conclusiones:** El examen clínico integral permite conocer el estado de salud de estudiantes y canalizar a quienes requieran atención. Actualmente se realizan adecuaciones de más unidades de atención y se incluirán paulatinamente el resto de las facultades y escuela de bachilleres. La atención a estudiantes de reingreso y a personal universitario se ofertará de manera voluntaria y posteriormente se implementará el examen clínico integral sistematizado a estudiantes de últimos semestres. Adicionalmente, el programa permite la participación de estudiantes, facilita la docencia y promueve la investigación en salud.

Palabras clave: Programa de salud, examen clínico, nutrición, odontología, psicología, fisioterapia, aptitud física.

Introduction: Universidad Autónoma de Querétaro implemented in 2012, the program SU SALUD-UAQ, which includes an integral clinical examination based on biochemical laboratory tests and general medical, nutritional status and diet, psychological, dental, and postural physical fitness examination and quality of life. **Objective**: To identify the health

status of students from Universidad Autónoma de Querétaro. **Materials and Methods:** In a first phase of the study 4 faculties participated: Natural Sciences, Medicine, Engineering, Information Technology (2012-2013) and in 2013 the Faculty of Chemistry joined. Students attend fasting for blood collection and subsequently were conducted the surveys, exploration and related determinations. The psychological test is performed previously. **Results**: We have determined the health status of 2192 students, when an alteration is detected the student is channeled to health professionals. Three units of attention have been adequated and equipped with 8 clinical offices. **Conclusions**: The integral clinical examination can indicate the state of health of students and to direct those who require care. Currently more care units are been adequated and gradually will include other faculties and bachelors. Attention to current students and university staff will be offered on a voluntary basis and later the systematized clinical examination will be implemented with last semester students. In addition, the program allows student participation, facilitates teaching and promotes health research.

Keywords: Health Program, clinical examination, nutrition, dentistry, psychology, physiotherapy, physical fitness.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud es muy complejo y ha sido definido como un proceso dinámico en el que participan diferentes factores, entre ellos el entorno, la biología, el individuo y sus estilos de vida. Dicho concepto involucra el bienestar físico, emocional, económico y social pero también implica el obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan al individuo y al colectivo permanecer socialmente activos y sentirse bien con lo que hacen. Por diversas razones, la salud física y mental de la población es un componente crítico de su bienestar. Es un elemento fundamental para desarrollar el potencial de los individuos, forjar su autonomía y concretar sus aspiraciones. La juventud se caracteriza por un periodo particularmente favorable en cuanto al estado de salud de su población, es una fase de vigor y entereza. Paradójicamente, es también, una de las etapas de la vida en la que existe una mayor exposición a diversos riesgos que se derivan de la naturaleza curiosa, ávida de experimentación y afirmación entre los jóvenes, pero que también son reflejo de los estilos de vida que predominan en una época y sociedad determinadas (CONAPO, 2007).

En 1998 en la declaración de la UNESCO sobre la educación superior del siglo XXI se señala, “las universidades deben reforzar las acciones de servicio a la sociedad, con énfasis a aquellas orientadas a erradicar aspectos negativos como la pobreza, la violencia, el analfabetismo, el deterioro del ambiente y las enfermedades”. La promoción de la salud fue definida por la OMS como un bien social, de carácter universal, que proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud y mejorarla. Es un área de la salud pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición propuesta en la carta de Ottawa de 1986, es que la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las áreas de acción que propone la carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud (OPS/OMS, 2009).

La promoción de la salud se lleva a cabo en muchos espacios diferentes y se parte de la base que la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman. Por lo anterior, a nivel internacional se creó el

programa “Universidades Promotoras de la Salud” definiéndolas como aquellas instituciones que incorporan la Promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de desarrollar al ser humano y mejorar su calidad de vida de quienes allí estudian y trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general. La estrategia de Universidades Promotoras de la Salud tiene como propósito sensibilizar a las autoridades universitarias de las instituciones de educación superior de todo el mundo sobre los padecimientos y estilos de vida que afectan a estudiantes, trabajadores, profesores y autoridades incluyendo las sindicales, por medio de un diagnóstico situacional de salud de la comunidad universitaria y estar en posibilidad de proponer alternativas de solución para mejorar su nivel de bienestar (Machado, 2001; Lange, 2006).

Los proyectos sobre “entornos saludables” toman auge a partir de la década de los ochentas como parte del movimiento global de promoción de la salud sin embargo, es hasta mediados de los noventas donde se vincula a los escenarios de comunidades, ciudades, municipios, lugares de trabajo y las escuelas con la salud. Es también, en estas fechas que se dan los primeros pasos sobre la universidad promotora de la salud. En el 2003, se lleva a cabo en Chile, el primer congreso internacional con el lema “Construyendo Universidades Saludables”. El segundo congreso se efectúa en el 2005 en Canadá y uno de sus productos es la elaboración de la “Guía para universidades promotoras de la salud”. En el 2007, en México se realiza el III congreso con la participación de siete países y bajo el concepto “Entornos formativos multiplicadores”. El IV congreso en España, se profundiza en el “Compromiso social de las Universidades”. En Costa Rica, se realiza en el 2011 el último congreso bajo el lema “Comunidades Universitarias Construyendo Salud” (Declaración Costa Rica, 2011).

La Universidad Promotora de la Salud se compromete a crear un entorno físico, psicológico y social que influya a mejorar la calidad de vida de la población universitaria. En este sentido la Universidad Saludable promueve la creación de condiciones ambientales saludables en aulas de clases, oficinas, auditorios en cuanto a iluminación, temperatura, aislamiento de ruido etc; así como en espacios recreativos, jardines, salas de reunión, salones de estudio, cafeterías y cada espacio de encuentro. Sin embargo, la Universidad Saludable debe superar los trabajos de la prevención y modificación de estilos de vida deteriorados por una estrategia encaminada a la protección de la salud de los diferentes grupos poblacionales que confluyen en su interior.

Las Universidad Autónoma de Querétaro en la actualidad realiza acciones con el propósito de crear entornos saludables a través de programas para la prevención de las adicciones, exámenes médicos y psicológicos a alumnos de nuevo ingreso, incluido el examen bucodental, programas de activación física, de vacunación, de mejoramiento de la autoestima o manejo del estrés entre otros. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para crear una cultura de salud en la universidad. Se requiere integrar todos los servicios de bienestar institucional y de personal, todas las actividades tendentes al autocuidado de la salud y de los estilos de vida saludables; así como, de políticas en salud que impulsen la cultura a favor de la salud y del autocuidado en la comunidad universitaria queretana. Por lo anterior, a través del Programa SU Salud-UAQ se pretende formar individuos integralmente sanos comprometidos con su entorno contribuyendo al desarrollo humano, social y laboral de la comunidad universitaria a través de una cultura a favor de la salud. Uno de los alcances del Programa SU Salud-UAQ es realizar un Examen Clínico Integral a los estudiantes por lo que en una primera fase se ha iniciado

con los estudiantes de nuevo ingreso de 5 facultades y se pretende ampliar la cobertura gradualmente hasta cubrir al 100% de estudiantes de nuevo ingreso y de estudiantes del último semestre de facultades y escuela de bachilleres. Asimismo, la atención a estudiantes entre el 2º y penúltimo semestre así como a la comunidad de profesores y administrativos se ofrecerá de forma voluntaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

La implementación del Programa SU Salud-UAQ inició en enero del 2012 como parte de la política de atención integral impulsada por la gestión del rector Dr. Gilberto Herrera Ruiz. El enfoque general se resume en 5 puntos estratégicos principales:

- Integrar un Sistema de Salud Universitaria por niveles de contacto que incluya la protección, la prevención y la atención de los principales problemas de salud.
- Promover un ambiente saludable y seguro que favorezca el aprendizaje en sus aulas, edificaciones, zonas de recreación, de bienestar universitario e impulsar las medidas de seguridad.
- Impulsar en la comunidad universitaria la adquisición de conocimientos, y habilidades necesarias para la toma de decisiones saludables acerca de su salud con el fin de conservarla y mejorarla.
- Ayudar a los jóvenes a alcanzar su máximo potencial físico, psicológico y social y promueva la autoestima.
- Impulsar las actividades de promoción de la salud a la comunidad universitaria y a la sociedad.

El Examen Clínico Integral de Salud forma parte de dichas estrategias y su objetivo es diseñar un sistema de evaluación inicial que permita identificar problemas de salud en los alumnos de nuevo ingreso a la UAQ a través de las siguientes acciones:

- Propiciar la participación y el trabajo interdisciplinario de las Facultades de Enfermería, Medicina, Ciencias Naturales, Química y de las coordinaciones de Estomatología, Nutrición, Educación Física y Fisiatría.
- Elaborar un examen clínico integral que contemple aspectos nutricios, clínicos, estomatológico, psicológico, activación física, evaluación postural, estilos y calidad de vida.
- Diseñar un Examen Clínico Sistematizado en el portal electrónico de la UAQ

RESULTADOS

La implementación del Examen Clínico Integral ha mejorado paulatinamente. Es un programa soportado financieramente por 3 partes: el cobro de 600 pesos a estudiantes, recursos propios universitarios y recursos PIFI y PAFP. Actualmente se conforma de las siguientes etapas:

- Se solicita a cada Facultad la lista de estudiantes de nuevo ingreso y se calendariza la cita en la unidad de atención correspondiente.
- Cada facultad aplica los exámenes psicométricos en sus instalaciones de cómputo al inicio del semestre apoyados por el personal de los departamentos de psicopedagogía correspondientes.
- El día de la cita a la unidad de atención se presentan los estudiantes en ayuno y con ropa deportiva. Los estudiantes firman un consentimiento de privacidad y otorgan permiso de uso de los datos con fines de investigación.
- Se toma la muestra de sangre para el análisis Bioquímico: Biometría Hemática, Glucosa, Creatinina, Colesterol y Triglicéridos.

- Se utiliza el formato WHOQOL 100 para evaluar calidad de vida; el formato requiere autorización por la OMS y evalúa aspectos de salud general, así como seis dominios Salud Física, Salud Psicológica, Independencia, Relaciones Sociales, Relaciones ambientales y Espiritualidad y la evaluación global de calidad de vida
- La historia clínica y exploración física es realizada por un médico e incluye formulario de estilos de vida con base a uso y consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas, actividad física y actos de riesgo.
- Se determina el estado nutricio y se realiza una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos.
- Se realiza un examen postural.
- Se realiza un examen de aptitud física.
- La información se captura en formatos electrónicos. En todo momento se respeta la privacidad y confidencialidad de la información.
- Se hace entrega de los resultados en sobre cerrado personalizado en un lapso no mayor a dos semanas.
- Los estudiantes detectados con alguna alteración se canalizan al área correspondiente que incluyen las Clínicas de la UAQ, servicio psicológico, nutriólogo, fisioterapia y becas.

Actualmente se cuenta con 3 unidades de atención ubicadas en 3 campi distintos y que suman 8 consultorios para las diferentes actividades. Se cuenta con un médico por unidad y personal a cargo cada una de las otras áreas. Se han incluido prestadores de servicio social de casi todas las áreas así como prácticas profesionales y tesistas de pre y posgrado. Los resultados han permitido incluir el programa en el PROGES de PIFI y en el PAFP por lo que los recursos han permitido la generación de infraestructura física y equipamiento. Actualmente se han atendido a más de 2 mil estudiantes y se cuenta con el perfil epidemiológico de jóvenes universitarios de la UAQ.

CONCLUSIONES

El examen Clínico Integral implementado en la UAQ se encuentra en etapa de desarrollo y se espera una consolidación gradual. Representa un examen único en su tipo ya que se atienden 8 áreas de salud y calidad de vida, lo que le permite contar con un diagnóstico integral de la salud de estudiantes de nuevo ingreso. La información ahí generada se ha utilizado para la toma de decisiones respecto a las necesidades de los estudiantes y ha permitido encontrar las alteraciones más comunes entre dicha población, así como la canalización oportuna a áreas de atención. Aún falta sistematizar el servicio y lograr una mejor difusión sin embargo, el Examen Clínico Integral representa actualmente una herramienta valiosa que, junto con las otras acciones de Programa SU Salud-UAQ, permitirá a la Universidad Autónoma de Querétaro posicionarse como una institución innovadora dentro del esquema de Universidades Saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONAPO. 2007. Situación actual de los Jóvenes en México. Cap. 3. La salud de los jóvenes. Disponible en http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/03.pdf

Declaración Costa Rica. 2011. Universidades Promotoras de la Salud. Disponible en: http://www.usaludable.ucr.ac.cr/archivos/DECLARACION.pdf

Machado J. 2001. La Universidad Saludable. Revista de Ciencias Humanas. Disponible en http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm

Lange I. 2006. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. Universidad Católica de Chile. Disponible en http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf

OPS/OMS. 1990. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica No. 519. Washington, D.C. Estados Unidos. Disponible en http://publications.paho.org/product.php?productid=95

EVALUACIÓN POR MEDIO DE REDES SEMÁNTICAS DE LA PERCEPCIÓN DEL ESTÍMULO FUMAR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Autores:

Hernández Reyes, Rodrigo Alfonso; Meda Lara, Rosa Martha.

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS).

RESUMEN

En el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, se les solicito a 45 estudiantes, su participación para formar parte de un estudio de representación del concepto “Fumar” por medio de la técnica de Redes Semánticas Naturales. La valoración fue realizada tanto por muestra general, como por su estatus de “Fumador” o “No Fumador”. Los resultados arrojaron un total de 153 definidoras de las cuales, el núcleo principal estuvo conformado por 21; las definidoras con mayor peso semántico fueron: “Cáncer” (96 puntos), “Relajación (95 puntos)” y “Enfermedad (87 puntos)” “dañino (68 puntos)”. Se concluye que la conceptualización general de los estudiantes, tiende a definidoras negativas: enfermedad, cáncer, adicción, vicio, etc., situación que coincide en el caso específico de los no fumadores quienes se expresan principalmente con definidoras negativas (Cáncer, enfermedad, mal olor). En el grupo de fumadores, se hace referencia tanto definidoras positivas, como negativas (relajación. placer, dañino, ansiedad); fenómeno posiblemente dado ya que el fumador, si bien es consciente de los efectos negativos que el “fumar” conlleva, no son tan significativos, al ser comparados con los efectos positivos y reforzados que genera; siendo esto posiblemente el resultado de una percepción de riesgo disminuida, o matizada por la adicción (Nuño, 2005).

SUMMARY

At the University Center of Health Sciences of the University of Guadalajara, 45 students were asked to participate in a representational study of the concept “Smoke” by Natural Semantic Networks Technique. The evaluation was carried out by both, general samples "smoker" or "Not Smoker" status. The results showed a total of 153 definers of which the core was composed of 21; the definers with greater semantic weight were: "Cancer" (96 points), "Relaxation (95 points)" and "disease (87 points)" "harmful (68 points)." Reaching to the conclusion that students tend to focus mainly in the negative defining factors: illness, cancer, addiction, bad habit, etc. Which correlates in the specific case of non-smokers, who mainly expressed themselves with defining negative factors (cancer, disease, illness smell).In the group of smokers, reference is made both positive, and negative definer factors (relaxation pleasure, harmful, anxiety); phenomenon possibly because the smoker, while being aware of the negative effects that the "smoke" implies, they are not as significant when compared to the positive and reinforced factors that it generates. This

might be the result of a decreased risk perception, or shadowedby the addiction (Nuño, 2005).

INTRODUCCIÓN:

La literatura define tabaquismo, como el consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a mediano o largo plazo (Roales-Nieto, 2004). La OMS (WHO, 2013) se refiere al concepto “producto del tabaco” como todo aquel que está hecho total o parcialmente con tabaco, entre otras cosas, para ser fumado.

De acuerdo con Figueroa (1976), citado por Vera (2005), las redes semánticas, son concepciones que las personas hacen de cualquier objeto de su entorno, y mediante el conocimiento de ellas es que se vuelve factible conocer la gama de significados, expresados a través del lenguaje cotidiano, que tiene todo objeto social conocido. Se hace referencia a la relación crucial entre el la palabra expresada por el lenguaje y la realidad, siendo esta una forma de expresar los motivos del individuo. La técnica de redes semánticas Naturales Modificadas, consiste en la presentación de estímulos (frases, palabras, definiciones, etc.) a los sujetos y se les pide que en un minuto escriban un mínimo de 5 palabras, asignándoles el número “uno” a aquella palabra que sientan más cercana a su experiencia, seguido del 2 y de ahí en adelante (Rodríguez-Pérez, Valencia-Flores, Reyes-Lagunes, & Lara-Muñoz, 2013).

Algunos autores plantean que el fumar es considerado como un complejo conjunto de conductas rígidas, dirigidas a obtener los beneficios producidos por de uno de los componentes principales del tabaco, la nicotina; y a su vez, el consumo, en búsqueda de la evitación de los síntomas de abstinencia (Solano y Jiménez, 2002 c. en Jurado, 2008). Aunque a primera vista, el hábito de fumar parece eminentemente fisiológico, no cabe duda de que el mismo, es más complejo, y cuenta con una base fuertemente arraigada en aspectos sociales y cognitivos del individuo. Suele adquirirse a tempranas edades, y reforzarse por medio de la influencia de los medios, la familia, las amistades, etc., generando con ello el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de una adicción de carácter biopsicosocial.

Las conductas y creencias positivas, así como las emociones favorables, resultado de fumar, son elementos que favorecen al desarrollo y mantenimiento de dicha conducta y posteriormente el hábito (Gervilla, 2011; González, 1998; Nuño, 2005; Rodríguez, 2010; Villena, 2009). De acuerdo con Vera (2005), las personas desarrollan estructuras psicológicas de conocimiento, como lo son las creencias, opiniones, expectativos, etc., que usa para interpretar los estímulos de manera selectiva, y que a su vez, median sus reacciones.

En base a esto, la técnica de redes semánticas, ofrece un medio empírico de acceso a la organización cognitiva del conocimiento, y como tal, proporcionar datos referentes a la organización e interpretación interna de los significantes; organización que cabe resaltar, está influenciada por la sociedad (Vera, 2005).

OBJETIVO

Identificar la conceptualización que se tiene en relación al estímulo “fumar”, en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Sujetos: La técnica de redes semánticas modificada, fue aplicada a 45 estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud seleccionados por conveniencia; 20 fumadores, y 25 no fumadores, de las carreras de enfermería, medicina, psicología y odontología. La muestra del grupo de fumadores estuvo conformada por 7 mujeres (35%) y 13 hombres (65%); siendo 7 sujetos de odontología (35%), 8 de enfermería (40%) y 5 de psicología (25%). El grupo de no fumadores se conformó por 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%); en relación a las carreras, la muestra fue de 6 estudiantes de enfermería (24%) 5 de psicología (20%), 9 de odontología (36%) y 5 de medicina (20%).

Técnica: Se utilizó la técnica de redes semánticas modificadas, planteando a los participantes el estímulo "Para mí, que es fumar…….. ".

Procedimiento:

La aplicación fue realizada con estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de las Salud seleccionados a conveniencia. Les fue solicitada su aprobación para participar en la aplicación de la técnica. Aquellos que aceptaron a participar, se les entrego una hoja de papel en blanco y se le solicito que escribieran en la misma las palabras que fueran evocadas al darles el estímulo "Para mí, fumar es…." durante un minuto. Habiendo indicado que había terminado, se les solicito que enumeraran sus palabras, tomando el uno como la más cercana a su experiencia, y de ahí hasta el número de palabras que escribieron. Posteriormente, los datos se conjuntaron en una base de datos en el programa Excel de Microsoft office, y se analizaron, en general, por grupo de fumadores y por grupo de no fumadores.

RESULTADOS

Al evaluar los resultados como una muestra en general, se obtuvo una red de 153 definidoras; el núcleo de la red estuvo conformado por 21 definidoras que se presentan en la siguiente tabla:

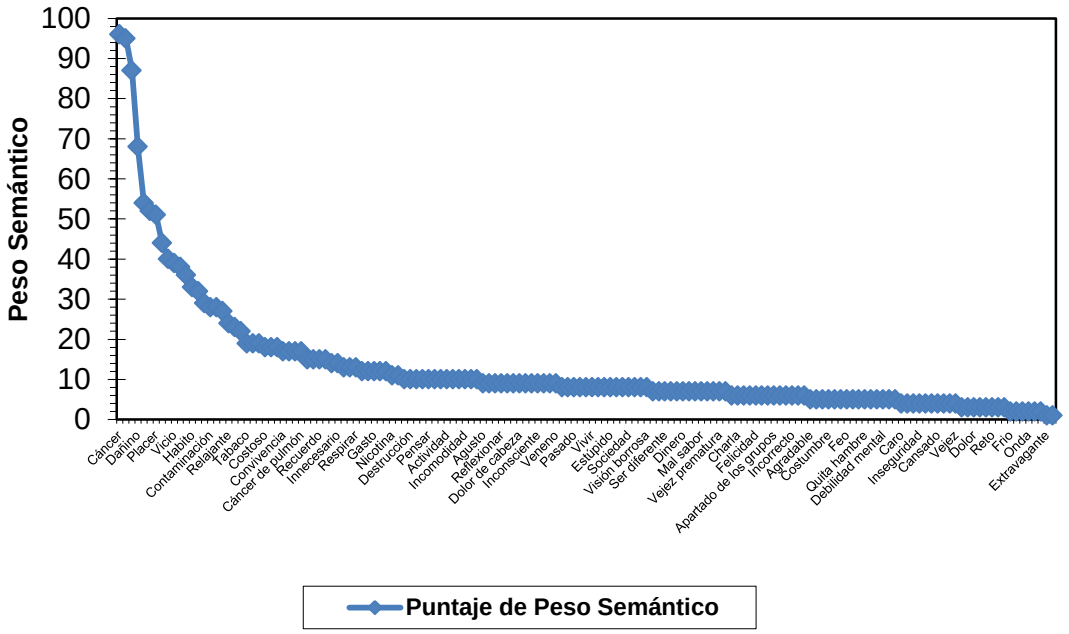
Cuadro 1. Definidoras del Núcleo de la Red de la muestra General, Frecuencias y Peso Semántico.

Definidoras	Frecuencia	Peso Semántico.
Cáncer	11	96
Relajación	11	95
Enfermedad	11	87
Dañino	9	68
Malo	7	54
Adicción	6	52
Placer	6	51
Tranquilidad	6	44
Mal olor	5	40
Vicio	6	39
Toxico	5	38

Desagradable	5	36
Habito	7	33
Ansiedad	4	32
Desestrés	3	29
Contaminación	4	28
Daño	3	28
Mal aliento	3	27
Relajante	3	24
Humo	5	23
Muerte	3	22

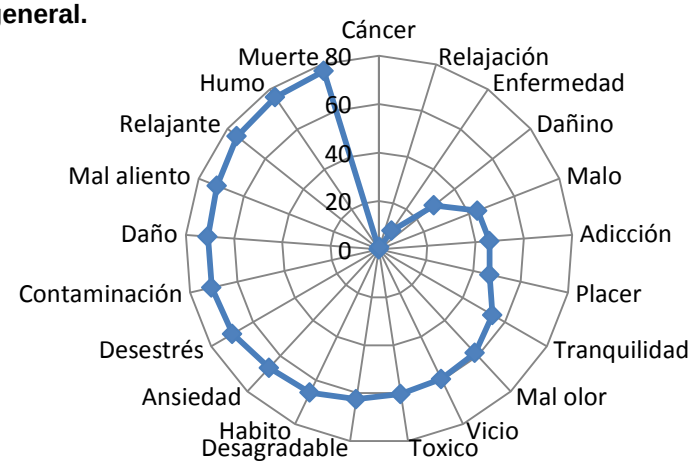
Los resultados del grafico de Peso Semántico para la muestra general nos llevan a concluir que las palabras con mayor peso dentro de nuestro núcleo, fueron “Cáncer”, “Relajación” y “Enfermedad” con un puntaje de 96, 95 y 87 respectivamente; posterior a esto, se puede apreciar otras definidoras con menor puntaje como lo son: “dañino”, “malo”, “adicción”, “placer”, “tranquilidad” y mal olor, los cuales se encuentra dentro del rango de 68 a 40 puntos. Finalmente, dentro del rango de 39 y 22 puntos, se encuentran definidoras como lo son “vicio”, “toxico”, “desagradable”, “habito”, “ansiedad”, “desestrés”, “contaminación”, “daño”, “mal aliento”, “relajante”, “humo” y “muerte”. El punto de quiebre se encuentra en la definidora “tabaco”, con un puntaje semántico de 19; posterior a ello el grafico se aplana quedando 136 definidoras entre el rango de 19 y 1 puntos.

Grafico 1. Peso Semántico del nucleo de definidoras de la red del Estimulo "Para mi Fumar es....", Muestra General.



El grafico de distancia semántica cuantitativa nos muestra a la definidora “Cáncer” se es la más cercana a la creencia general de la muestra, con un puntaje de 0. Se puede apreciar que las definidoras no se encuentran muy distantes entre cada una y su adyacente. Los puntajes obtenidos fueron: relajación (1 punto), enfermedad (9 puntos), dañino (29 puntos), malo (44 puntos), adicción (46 puntos), placer (47 puntos), tranquilidad (54 puntos), mal olor (58 puntos), vicio (59 puntos), toxico (60 puntos), desagradable (63 puntos), habito (66 puntos), ansiedad (67 puntos), desestrés (70 puntos), contaminación y daño (71 puntos), mal aliento (72 puntos), relajante (75 puntos), humo (76 puntos) y muerte (77 puntos).

Figura. 1 Distancia semántica cuantitativa entre los elementos del núcleo de la red del estimulo “Para mi, Fumar es…..” de la muestra general.



En lo que respecta a la distancia semántica cuantitativa podemos apreciar que la definidora “Relajación”, es la más cercana a la creencia general, con un puntaje de 0, y a su vez, es la más alejada de dentro del núcleo distanciándose desde ahí, con las demás definidoras como lo son: tranquilidad (51 puntos), Placer (53 puntos), dañino (63 puntos), des estresante (68 puntos), malo (70 puntos), ansiedad y vicio (72 puntos), relajante (73 puntos), convivencia, gusto y necesidad (81 puntos) y adicción (83 puntos).

Los resultados de la aplicación en el grupo de fumadores refiere un tamaño de la Red de 95 definidoras; el núcleo de la red estuvo conformado por 13 definidoras las cuales será enlistadas a continuación.

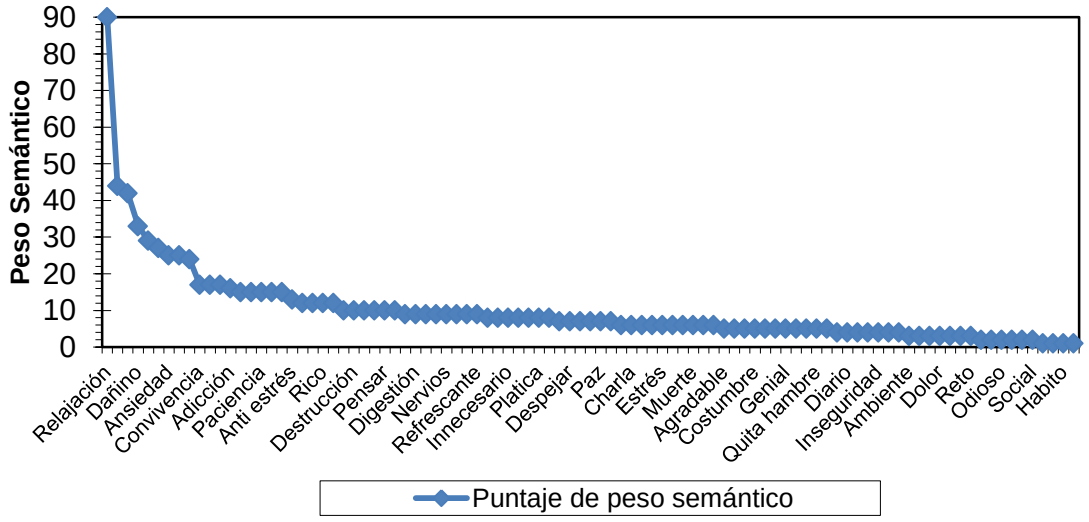
Cuadro 2. Definidoras del Núcleo de la Red de la muestra de fumadores, Frecuencias y Peso Semántico.

Definidoras	Frecuencia	Peso Semántico.
Relajación	10	90
Tranquilidad	6	44
Placer	5	42

Dañino	5	33
des estresante	3	29
Malo	3	27
Ansiedad	3	25
Vicio	4	25
Relajante	3	24
Convivencia	3	17
Gusto	2	17
Necesidad	2	17
Adicción	2	16

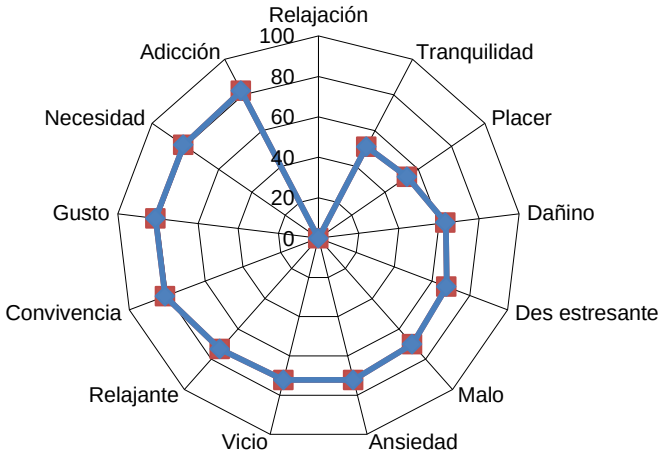
A continuación se presenta el grafico resultado de los pesos semánticos de las definidoras del grupo de fumadores. Como se puede apreciar, para este grupo, la palabra “Relajación”, tiene el mayor peso dentro de la conceptualización del fumar, con un puntaje de 90, posteriormente el puntaje cae en las definidoras: tranquilidad, placer, dañino, des estresante, malo, ansiedad, vicio y relajante, las cuales cuentan con un peso semántico de entre 44 y 20 puntos. Como se puede apreciar en la gráfica siguiente, el punto de quiebre fue identificado en la definidora adicción, con un peso semántico de 17; posterior a ello, dicho grafico se aplana quedando 84 definidoras en el rango, entre 17 y 1 punto.

Grafico 2. Peso Semántico del núcleo de definidoras de la red del Estimulo "Para mi Fumar es....", Muestra de Fumadores.



En lo que respecta a la distancia semántica cuantitativa podemos apreciar que la definidora “Relajación”, es la más cercana a la creencia general, con un puntaje de 0, y a su vez, es la más alejada de dentro del núcleo distanciándose desde ahí, con las demás definidoras como lo son: tranquilidad (51 puntos), Placer (53 puntos), dañino (63 puntos), desestrés (68 puntos), malo (70 puntos), ansiedad y vicio (72 puntos), relajante (73 puntos), convivencia, gusto y necesidad (81 puntos) y adicción (83 puntos).

Figura. 2 Distancia semántica cuantitativa entre los elementos del núcleo de la red del estimulo "Para mi, Fumar es….." de la muestra de Fumadores.



En lo que respecta al grupo de no fumadores, el tamaño de la red fue de un total de 84 definidoras; el núcleo de la red se conformó por 21 definidoras las cuales se presentan a continuación:

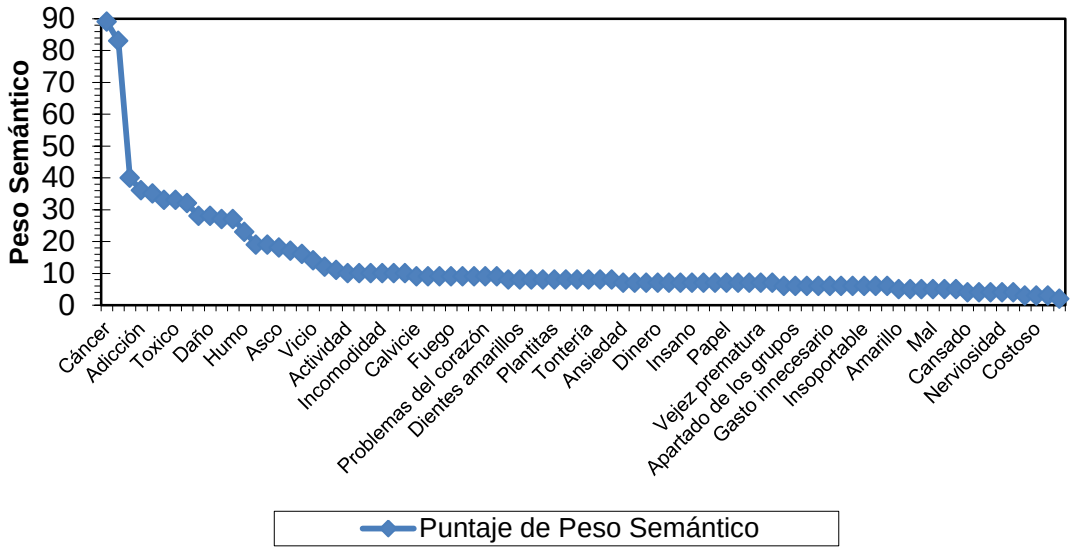
Cuadro 3. Definidoras del Núcleo de la Red de la muestra de no fumadores, Frecuencias y Peso Semántico.

Definidoras	Frecuencia	Peso Semántico.
Cáncer	10	89
Enfermedad	10	83
Mal olor	5	40
Adicción	4	36
Dañino	4	35
Desagradable	4	33
Toxico	4	33
Habito	6	32
Contaminación	4	28
Daño	3	28
Mal aliento	3	27
Malo	4	27
Humo	5	23
Insalubre	2	19
Nocivo	2	19
Asco	2	18
Cáncer de pulmón	2	17

Muerte	2	16
Vicio	2	14
Asqueroso	2	12
Pulmones	2	11

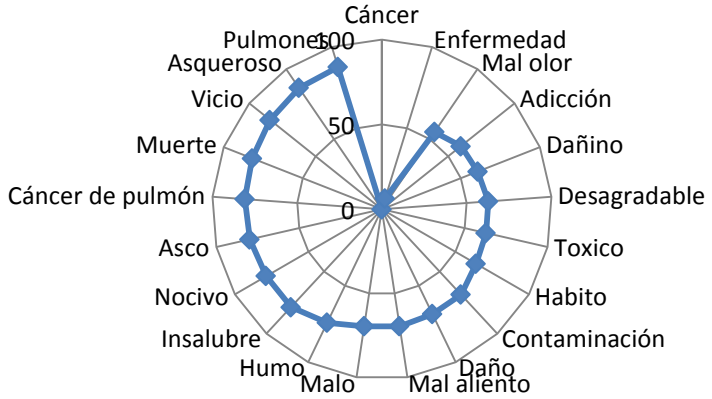
Al observar los resultados del grafico de peso semántico para el grupo de no fumadores podemos apreciar que las palabras con mayor peso semántico son “Cáncer” y “Enfermedad” con un puntaje de 89 y 83 respectivamente; posterior a esto, el grafico tiene una caída hasta el puntaje de 40 y de ahí sucesivamente donde se encuentra la definidora “Mal olor”, “Adicción”, “dañino”, “desagradable”, “toxico” y habito ubicándose estas definidoras entre los puntajes 40 y 32. El punto de quiebre se encuentra en la definidora actividad, con un puntaje semántico de 10; posterior a ello el grafico se aplana quedando 63 definidoras entre el rango de 10 y 2 puntos.

Grafico 3. Peso Semántico del núcleo de definidoras de la red del Estimulo "Para mi Fumar es....", Muestra de No Fumadores.



Los resultados de la distancia semántica en relación con el grupo de no fumadores, refiere que las definidoras “Cáncer” y “Enfermedad” fueron las más cercanas a la creencia general relacionada con el estimulo presentado, distanciándose de manera significativa, con las demás definidoras del núcleo como lo son: malo olor (55 puntos), adicción (60 puntos), dañino (61 puntos), desagradable y toxico (63 puntos), habito (64 puntos), contaminación (69 puntos), daño y mal aliento (70 puntos), malo (74 puntos), humo e insalubre (79 puntos), etc.

Figura. 3 Distancia semántica cuantitativa entre los elementos del núcleo de la red del estimulo "Para mi, Fumar es….." de la muestra de No Fumadores.



DISCUSIÓN

A primera vista, podemos concluir que hay una mayor semejanza entre el grupo de no fumadores y el grupo general, en contra posición con el grupo de fumadores, aspecto que puede haberse presentado ya que se tenía una pequeña diferencia de 5 sujetos entre los grupos.

La conceptualización general esta mayormente tendiente a definidoras negativas como lo es enfermedad, cáncer, adicción, vicio, malo, ansiedad, contaminación, etc.

Si bien es cierto que analizar los datos a la luz de los resultados del grupo general es importante, no podemos negar que la comparación realizada al ya separarlos por Fumadores y no fumadores, nos da una perspectiva mucho más amplia y rica en cuanto a la conceptualización del "Fumar". A primera vista, podemos observar que mientras las definidoras del grupo de los no fumadores expresan gran cantidad de conceptos negativos, como lo son cáncer, muerte, enfermedad, dañino, desagradable, hábito, etc., desde el punto de vista del grupo de fumadores, podemos apreciar, tanto conceptos positivos, como conceptos negativos; aspecto que no debe pasarse por alto puesto que nos permite pensar que dicho grupo, si bien es cierto, le ve ventajas a fumar, también está consciente del daño que le produce, en otras palabras, existe percepción de riesgo en relación a dicha conducta, podría considerarse como una percepción de riesgo disminuida, o matizada por la adicción, y como tal, no lo suficientemente significativa para que estos, al realizar un balance decisional, se vean tendientes a dejar su consumo. Cabe resaltar que dicha información es útil para entender el escenario en el que fue realizado el estudio y como tal, para ser utilizada como líneas de seguimiento para el desarrollo de programas de intervención enfocados hacia una conceptualización real del fumar y no hacia conceptualización hipotetizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gervilla, E., Cajal, B., & Palmer A. (2011). Some relevant factors in the consumption and non consumption of nicotine in adolescence. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 2*(1), 57-74.

González, C., Navarro, J. I., & Carulla, L. (1998). Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 30, núm. 1, 1998, pp. 49-66,, 30*(1), 49-66.

Jurado, D. (2008). *Sensibilidad a la ansiedad, afectos negativos y consumo de tabaco en pacientes con ansiedad y depresión.* (Licenciado en Psicologia), Univesidad Nacional Autonoma de México, México.

Nuño, Gutiérrez, B., Alvarez, Nemegyei, J., Madrigal de León, E., Rasmussen, Cruz, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo del tabaco en adolecentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental, 28*(5), 64-70.

Roales-Nieto, J.G. (2004). *Psicología de la Salud: Aproximación Histórica, Conceptual y Aplicaciones*: Ediciones Pirámide, S.A.

Rodríguez-Pérez, Víctor, Valencia-Flores, Matilde, Reyes-Lagunes, Isabel, & Lara-Muñoz, Ma. del Carmen. (2013). Adaptación y validación psicométrica del Cuestionario de Consecuencias Funcionales del Dormir (Functional Outcomes Sleep Questionnaire [FOSQ]) en habitantes de la Ciudad de México. *Salud mental, 36*, 307-313.

Rodríguez, I. & Londoño, C. (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología, 13*(1), 79-90.

Vera, J. A., Pimentel, C. A., Batista de alburqueque, F. J. (2005). Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai, 1*(3), 439-451.

Villena, A., Morena, S., Párraga, I., González, M. D., Soriano, H., & López-Torres H. J. (2009). Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 2*, 320-325.

WHO. (2013). tabaquismo. Retrieved 16 de junio, 2013, from http://www.who.int/topics/tobacco/es/

EVALUACIÓN NUTRIMENTAL DE LA CARTA DE PLATILLOS EN 6 CAFETERÍAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUÉRETARO

Cervantes-Iturriaga Rosario de Fátima, UAQ. Coronel- Olivo María Elena. UAQ

Resumen

Como parte del proyecto de creación de un modelo de cafetería saludable de la Universidad Autónoma de Querétaro, se evaluó el equilibrio nutrimental de los platillos ofertados en las cartas de 6 cafeterías de diferentes facultades, utilizando como base las recetas estandarizadas y corroborando los pesos y medidas de los ingredientes antes de

prepararlos para determinar las variaciones. La evaluación nutrimental se realizó utilizando el sistema de equivalentes, encontrando en todas en ellas alimentos con alta densidad energética y con más del 30% de grasa en los platillos preparados.

Descriptores: platillo, grasa, cafetería, saludable, densidad energética, evaluación nutrimental.

Abstract

In our creation project of a healthy café of the Autonomy University of Querétaro, it was tested the balance between the food that was offer in six different cafes, using the standard recipes like a base, and checking ingredient's weight to determinate the variations. The nutritional evaluation was made using equivalent systems finding in all of them high energy and with more than 30% of fat in all the food.

Key words: Food, fat, cafe, healthy, energy density, nutritional evaluation.

Introducción

La salud es uno de los recursos para el progreso personal, económico y social, que contribuye de manera importante a mejorar la calidad de vida en las comunidades. Consecuentemente, personas saludables y mejor preparadas son indispensables para el desarrollo individual y colectivo.

Un enfoque internacional planteado por la OMS y la OPS son las iniciativas de entornos saludables en Ciudades, Escuelas, Universidades, Hospitales, y otros escenarios. El concepto de Universidades Promotoras de la Salud hace referencia a las entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones . Toma auge a partir de la década de los ochenta como parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Oficinas Regionales incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Debemos considerar la urgente necesidad de contribuir a mejorar las condiciones de vida y lograr una sociedad con estilos de vida saludables, mejorando los hábitos alimenticios, inclusión de la actividad física, entre otras prioridades.

El tema Universidades Saludables, se aborda particularmente desde la perspectiva de la política educativa de nivel superior, por lo tanto, conscientes de los compromisos globales planteados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2000), así como los de Salud (Alma Ata, 1978; Carta de Ottawa, 1986; Declaración de México, 2000) y los de Educación (Educación para todos, UNESCO DAKAR 2000, Segunda Reunión de Ministros de Educación de América Latina y el Caribe-Unión Europea, 14 de Abril 2005), se propone el diseño, implementación y evaluación de un modelo de cafetería saludable para así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios.

En la Universidad Autónoma de Querétaro las cafeterías no cuentan con sistema de vigilancia que controle la preparación, venta y expendio de alimentos. Al no existir un modelo regulatorio para las cafeterías universitarias el resultado de la operación de las mismas se realiza con una serie de deficiencias percibidas por los usuarios a través de la calidad, cantidad, sabores, e higiene de los alimentos que se ofrecen.

La creación de un modelo de cafetería saludable dentro de la contempla la evaluación nutrimental de los platillos ofertados en las 13 facultades y los 3 planteles de preparatorias, con el propósito de generar cambios significativos en las preparaciones de estos y disminuir su densidad energética, así como mejorar el equilibrio nutrimental y favorecer en los consumidores una alimentación más saludable.

Objetivo

Determinar el valor nutritivo de los platillos ofertados en las cafeterías de la Universidad Autónoma de Querétaro, para realizar los cambios necesarios en su preparación y equilibrar su valor nutricional.

Propuesta metodológica

Se realizó el convenio de la implementación del modelo de cafetería saludable con los concesionarios a cargo de las 6 cafeterías, se realizó la evaluación de los platillos utilizando las rectas establecidas o los datos proporcionados por los cocineros.

Se Corroboró los datos proporcionados de pesos y medidas antes de llevarse a cabo las preparaciones de los platillos y se determinó el valor nutritivo de los platillo, utilizando el sistema mexicano de equivalentes.

Al finalizar el análisis se sugirieron los cambios necesarios en ingredientes o técnicas culinarias.

Resultados

120 platillos evaluados de concluyo que 70% de estos presentaba una densidad energética de más de 400 kcal, las técnicas de cocción más utilizadas son el sofrito y frito y las porciones ofrecidas supera en un 50% más de la ración común .

Platillo	Kilocalorías	Hc	Proteina	Lípidos
Enchiladas suizas	681	48	40	25
Enchiladas de pollo	639	46	40	31
Molletes de pollo	685	41	69	27
Molletes de milanesa	625	41	50	24
Molletes de pastor	625	41	35	25
Nacho papa	1038	88	16	68
Papas a la francesa	666	68	8	51
Huaraches de pollo	389	44	46	25
Huarache de pastor	524	44	48	21
Huarache de milanesa	524	44	42	21
Hamburguesa de arrachera con papas	844	73	41	45
Hamburguesa de pollo con papas	785	73	36	45
Hamburguesa de res con papas	753	73	38	44

Tabla 1.- evaluación de carta facultad de Derecho de la UAQ

Conclusiones

De los 120 platillos evaluados de concluyo que 70% de estos presentaba una densidad energética de más de 400 kcal, las técnicas de cocción más utilizadas son el sofrito y frito y las porciones ofrecidas supera en un 50% más de la ración común .

Bibliografía

1.- Arroyo H.; Rice M. 2009. Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. España.

2.- Laborde L. 2004. Diseño de menús Nutricionalmente Balanceados. Documento interno de educación Continua, Universidad Iberoamericana.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CONSUMO EN TRES CAFETERÍAS DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL SUPERIOR

Dudet Alcocer Jéssica[1], Chávez Alabat Fernanda[1], Cervantes Iturriaga Fátima[1], Coronel Olivo Ma. Elena[1], Orozco Estada Elba[1]

[1] Licenciatura de Nutrición, Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Autónoma de Querétaro. Correo: jessydudet1991@hotmail.es

I. RESUMEN

Las universidades representan un área de oportunidad para favorecer el desarrollo de un país, tienen un papel clave en la creación de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura a favor de la alimentación y con esto, promover la salud y prevenir enfermedades. El objetivo del trabajo fue realizar una evaluación del consumo general por parte de los estudiantes. Se evaluaron las facultades de Ciencias Naturales (FCN) con 251, Derecho (FD) con 324 e Ingeniería (FIN) con 260 encuestas. En FD 3.3% no consume alimentos en cafetería, 72.8% consume 1-2 veces, 20.9% 3-5 y 2.7% más de 5 veces, los alimentos más comprados son: comida corrida, frituras y tortas, las bebidas son: agua natural, agua de sabor y jugos. En FCN 15.1% no consume alimentos en cafetería, 61.3% consume 1-2 veces, 6.3% 3-5 y 0.7% más de 5 veces, los alimentos más comprados son: frituras/tortas, sándwich y frutas/verduras, las bebidas son: agua natural, agua de sabor y refrescos. En FIN 9.2% no consume alimentos de la cafetería, 81.9% consume 1-2 veces, 8% 3-5 y 1.1% más de 5 veces. En general en las 3 cafeterías los alimentos más comprados son: comidas corridas, papitas y sándwich, las bebidas son: agua natural, agua de sabor y jugos. Como conclusión, se implementará un programa de orientación alimentaria dentro de estas cafeterías para promover una alimentación más saludable el cual pertenecerá al macroproyecto “Universidad Saludable”.

II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estableció que la promoción de la salud en 1986 como un “proceso social y político de carácter integral que conlleva acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de las personas para mejorar su salud y modificar sus condiciones sociales, ambientales y económicas a fin de reducir el impacto de dichas condiciones en la salud pública e individual”. Como un espacio social, la universidad representa un área de oportunidad para favorecer el desarrollo de un país y tiene un papel clave en la

creación de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan una cultura a favor de la salud en la comunidad universitaria. Durante el año 2013 se realizaron los diagnósticos de consumo en las facultades de Ciencias Naturales (FCN) con 251, Derecho (FD) con 324 e Ingeniería (FIN) con 260 encuestas de la Universidad Autónoma de Querétaro.

III. OBJETIVO

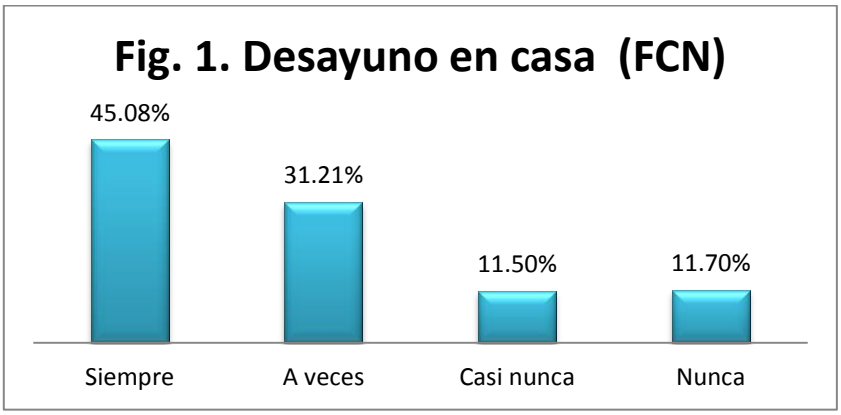
Realizar una evaluación del consumo general de los estudiantes de las Facultades de Ciencias Naturales, Derecho e Ingeniería de la Universidad Autonoma de Queretaro.

IV. METODOLOGÍA

Se realizó un cuestionario de 10 reactivos en donde se recababo información acerca de la frecuencia con la que los estudiantes desayunan, cuantas comidas realizan en la cafetería de la universidad, además de que alimentos y bebidas son los que mas consumen y apoximadamente en que cantidad. Se valido aplicando 50 encuestas piloto a estudiantes de la Facultad de Ciencias Naturales. Para la determinación de las muestras representativas de cada una de las facultades se consideró una probabilidad de éxito y fracaso de 0.05, con un margen de error del 5%. .Las primeras encuestas se aplicaron en la Facultad de Ciencias naturales durante el primer semestre del 2013, con una representatividad de 251 personas. Durante el segundo semestre del 2013 se aplicaron en las facultades de Derecho e Ingeniería con una representatividad de 324 y 260 personas, respectivamente. Los resultados obtenidos se registraron en una base de datos Excell® 2010, se registraron el folio, facultad, licencitaura, fecha de aplicación, sexo y las respuestas a cada uno de los reactivos. Posterior al registro se realizó un reporte de cada facultad con los resultados.

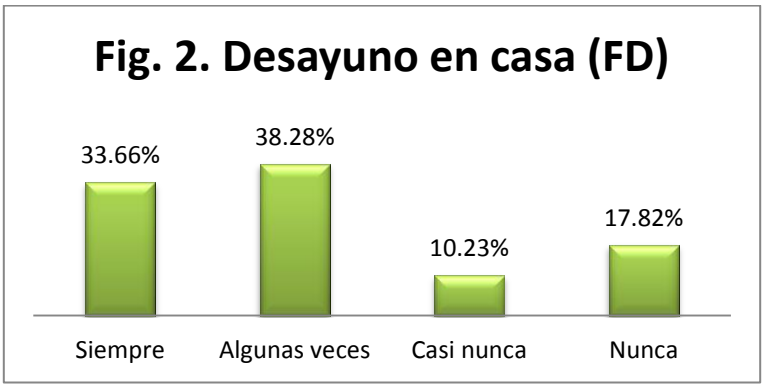
V. RESULTADOS

En la Facultad de Ciencias Naturales el 45.08% de los estudiantes indicó que siempre desayunaban en su casa antes de ir a la escuela, 31.21% dijo que algunas veces, 11.5% casi nunca desayunan antes de ir a la escuela y 11.7% nunca desayuna en su casa. (Fig. 1)



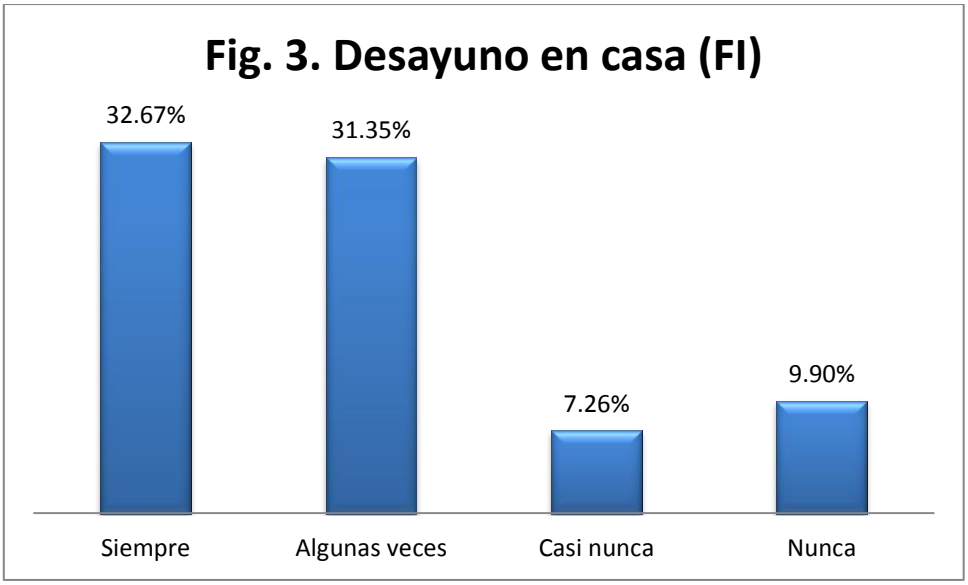
Por otra parte, el 15.1% de los estudantes no consume alimentos de la cafeteria, 61.3% consume de 1 a 2 veces a la semana, el 6.3% consume de 3 a 5 y el 0.7% consume mas de 5 veces alimentos de la cafeteria. En esta facultad, los alimentos que son mas consumidos por los estudiantes son primeramente las frituras y las botanas, seguido de tortas y sandwiches, y en tercer lugar galletas. En cuanto a las bebidas, se consume más el agua natural, seguido del agua de fruta y en tercer lugar el refresco.

En la Facultad de Derecho, el 33.3% de lo estudiantes siempre desayuna en su casa, el 38.2% solo algunas veces, el 10.2% casi nunca y el 17.8%nunca desayuna en su casa antes de ir a la escuela. (Fig. 2)



En esta facultad, solo el 3.3% de los estudiantes no consume alimentos en la cafetería, el 72.8% consume de 1 a 2 veces, el 20.9% de 3 a 5 y 2.7% más de 5 veces. De los alimentos más comprados en esta cafeteria son primeramente la comida corrida, seguido de frituras yen tercer lugar las tortas. En cuanto a las bebidas mas consumidas son: agua natural, agua de sabor y jugos, cabe mencionar que hay un importante consume de café en esta facultad el 43.5% de los estudiantes refiere que esta bebida se encuentra entre las 3 bebidas que mas consume durante el día.

En la facultad de Ingeniería el 32.6% de los estudiantes siempre desayuna en su casa antes de ir a la escuela, el 31.3% algunas veces, el 7.2% casi nunca y el 9.9% nunca desayuna en su casa. (Fig. 3)



En esta facultad, el 9.2% no consume alimentos de la cafeteria de la facultad, el 81.9% consume de 1 a 2 veces, el 8% de 3 a 5 y 1.1% consume más de 5 veces alimentos de la

cafetería. Entre los alimentos mas consumidos en esta cafeteróia se encuentran la comida corrida, las frituras y los sandwiches. En cuanto a las bebidas, se consume en mayor cantidad el agua natural, el agua de sabor y los jugos.

VI. CONCLUSIONES

Al evaluar hábitos de alimentación de los estudiantes de diferentes facultades, se hace un diagnóstico inicial, el cual permite planear estrategias e intervenciones educativas y de orientación alimentaria para así promover una alimentación más saludable y tener un mejor estilo de vida, lo cual se verá reflejado en el desarrollo y desempeño de los estudiantes dentro de la universidad y en sus actividades. A partir de lo obtenido en entra evaluación inicial se implementara un programa de orientación alimentaria dentro de estas cafeterías para promover una alimentación más saludable, el cual pertenecerá al macroproyecto “Universidad Saludable”

VII. REFERENCIAS

1. Arroyo, H. V, 2012: Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud.
2. Ilta, L.; Fernando, V., 2006: Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. Secretaria de Salud, 2007: Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud.

Torres Flores, B.; Capetillo Hurtado, J. M.; Barranca Enríquez, A.; Hernández Pacheco, J., 2008: Paso a paso en la construcción de la Universidad Saludable.

ESTUDIO DE USABILIDAD POR GÉNERO EN UN BUSCADOR WEB DE CONSULTA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN ÁREA DE SALUD. CASO: UJAT-DAMC

Zapata-Salazar Reinerio
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, Comalcalco, Tabasco, México

Francisco-León Julián Javier
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco-División Académica de Informática y Sistemas Cúnduacán, Tabasco, México

RESUMEN

El diseño de los sitios Web, por lo regular, siempre ha sido desarrollado para usuarios en general, sin importar quién será el género que utilizara la aplicación. Es aquí cuando el estudio de usabilidad pretende demostrar las diferencias que existen entre géneros al momento de interactuar con un buscador Web. En este caso, alumnos de la DAMC/UJAT, fueron puestos a prueba clasificados por género para conocer sus diferencias, en cuanto a la facilidad de uso de la aplicación Web. La forma en que se logró esto fue mediante la interacción de usuario – ordenador, observando comportamientos gestuales y comentarios, de los alumnos al utilizar un buscador web científico en el área de Salud. Si bien cada individuo puede tener gustos únicos, la investigación demostró un patrón de

navegación cuando realizan tareas de investigación en el buscador Web científico. La metodología desarrollada persiguió evaluar por género la facilidad de uso que perciben al momento de interactuar con la aplicación. Es importante mencionar que se ocuparon 40 alumnos, divididos en 20 mujeres y 20 hombres. Los resultados obtenidos demostraron mínimas diferencias significativas entre los géneros, respecto a la facilidad de uso del buscador de artículos científicos en el área de la Salud.

Palabras claves: Usabilidad, Buscador Web, Género, SUS

ABSTRACT

The design of the Web sites, usually, has always been developed for users in general, regardless of who will be the gender that the application will use. It is here that the study of usability seeks to demonstrate the differences between genres at the time to interact with a scientific web search engine. In this case, students of the DAMC/UJAT, were tested classified by gender to know their differences, in terms of ease of use of the Web application. The way in which this was achieved was through user interaction - computer, noting gestural behaviors and comments from the students to use a scientific Web search engine in the area of health. While each individual may have unique tastes, the investigation showed a pattern of navigation when they perform research tasks in the scientific Web search engine. The methodology developed by gender tested the perceived ease of use when interacting with the application. It is noteworthy that 40 students, divided into 20 women and 20 men were occupied. The results obtained showed a minimum significant differences between genders regarding the usability of the search engine of scientific articles in the area of Health.

Key Words: Usability, Web search engine, Genders, SUS

INTRODUCCIÓN

Un sistema usable debe poseer capacidad de aprendizaje, eficiencia en el uso, facilidad de memorizar, tolerante a errores y subjetivamente satisfactorio. Nielsen J. (1998), esto permite tener una brecha corta entre la tecnología y las personas. Norman, (1998). Por lo tanto, sería importante descubrir y conocer si existen diferencias significativas, de acuerdo al género en función de la interacción en un buscador Web de consulta de artículos científicos

De acuerdo a un estudio realizado por Alt64 & AIMC. (2005) denominado “Análisis del comportamiento visual de los internautas y la efectividad de la publicidad online" descubrieron patrones diferentes de navegabilidad entre hombres y mujeres. En otra investigación denominada “Gender Preferences in Web Design: Usability Testing through Eye Tracking”, por Djamasbi S. & Tullis T. et. al. (2007) demuestran que no existe ninguna diferencia significativa entre los géneros en relación con el número de veces que fijaron su mirada en anuncios de un sitio Web utilizando la tecnología Eye Tracking.

Es así, que en el estudio presente, se determinó un método que permitió seleccionar las herramientas e instrumentos de usabilidad, con el cual se buscó medir el grado de facilidad de un buscador Web de artículos científicos, en cuanto a la usabilidad Web, clasificado por géneros en jóvenes universitarios de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco (DAMC), de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

El uso frecuente de sitios Web para consulta de información científica, es una fuente importante de conocimientos para los jóvenes dentro de la División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, de la UJAT, promoviendo el uso de base de datos que permitan buscar información validada y de fuentes importantes en las distintas disciplinas de la ciencia. Actualmente no existe un estudio, que demuestre si existen diferencias significativas entre géneros, en el uso de un buscador Web con contenido científica. Es decir, estudiar y analizar el comportamiento que tiene un hombre y una mujer al instante de navegar al momento que realiza una serie de actividades de búsqueda en el sitio Web. Observar las diferencias significativas si las hay, del grado de facilidad de uso entre género.

MATERIALES Y MÉTODOS

Etapas de la metodología.

1. Búsqueda de literatura sobre herramientas, pruebas de usabilidad y estadística descriptiva

Se consideró pertinente indagar sobre literatura de herramientas y pruebas de usabilidad dirigido a interfaces gráficas de usuario en sitio Webs. Esto para entender el mecanismo de evaluación del instrumento y herramientas de usabilidad utilizados.

2. Definir el universo de estudio

Los alumnos seleccionados pertenecen a la DAMC de la UJAT del municipio de Comalcalco, Tabasco. Se ha tomado una muestra de 40 alumnos, clasificado por género: 20 hombres y 20 mujeres de las cuatro carreras impartidas en dicha división. Es decir, se seleccionaron a cinco hombres y cinco mujeres al azar cada licenciatura: Enfermería, Médico Cirujano, Atención y Desastre Pre hospitalaria y Rehabilitación Física, sumando un total de 40 alumnos entre 18 y 22 años.

3. Definición del objeto de estudio

El objeto de estudio seleccionado, fue un buscador de artículos científicos denominado Ebscohost. El cual por su frecuencia de uso en la UJAT y en otras universidades, fue óptimo candidato para su selección, esto según CONRICYT, (2010 – 2012) en su reporte anual “Análisis de los Recursos de Información del CONRICYT” por la Secretaría De Servicios Académicos y Dirección Del Sistema Bibliotecario UJAT.

4. Definición de herramientas de usabilidad

Las herramientas seleccionadas fueron las siguientes:

- Cuestionarios SUS. Desarrollado mediante HTML, JAVASCRIPT, PHP, MySQL, Servidor XAMPP
- SPSS – Sofware especializado para el procesamiento de datos estadísticos.
- Wendly – Aplicativo Web para crear nubes de palabras.
- Herramienta de usabilidad FiveSecond.

5. Definición de los instrumentos de medición

El instrumento de medición, fue dirigido hacia la facilidad de uso del sitio Web Ebscohost; el cuestionario SUS (Scale Usability System), Brooke, (1996) tipo Likert.

6. Métodos de análisis de ítems

Es importante analizar los datos recolectados, esto con el objetivo de que dichos datos sean fiables y válidos. Los métodos ocupados para el análisis y discriminación de ítems, fue el siguiente:

- Interpretación de actitudes aplicado al cuestionario SUS.

7. Definición de herramientas estadísticas

El software ocupado para el procesamiento de datos estadísticos es:

- SPPS
- Microsoft Excel 2013

Esto con la finalidad e automatizar el cálculo de datos estadístico.

8. Definición de tareas

Se recopilo una serie de siete actividades relacionadas con el buscador Web EbscoHost. Por lo tanto, se le presentó a los alumnos, una lista de instrucciones a realizar, con el fin de experimentar con el buscador Web. La serie de actividades, fue aplicada sin tiempo límite, esto para no sentir presionado al alumno y dejar ver su comportamiento, suponiendo una situación normal.

9. Definición del lugar del experimento.

El lugar programado para realizar los experimentos con los alumnos, fue en el centro de cómputo de la DAMC, facilitando los equipos de cómputo para su configuración e instalación de software requerido para las pruebas de usabilidad e instrumentos de medición.

RESULTADOS

Los datos fueron recuperados de una base de datos, que alojo la información capturadas por los alumnos. Esto respecto al cuestionario SUS. De igual forma, la técnica de FiveSecond, los datos fueron recuperados desde su aplicación Web. Los datos fueron procesados mediante las herramientas estadísticas como Microsoft Excel 2013 para cálculos sencillos como dar formato a tablas y SPSS V. 20, el cual se ocupó para producir gráficos de barra y lineales mediante agrupación de casos, como también la obtención de datos estadísticos por caso, siempre tomando como referencia la variable categórica de género. La potencia de SPSS V.20, ayudó al procesamiento de gráficos. Los resultados se describen en dos puntos:

- **Técnica FiveSecond**

La técnica aplicada presentó a los alumnos una imagen del sitio Web, la cual permite obtener una percepción del sitio Web dentro de los primeros cinco segundos. Está compuesta de la siguiente forma:

- Se le indicó al usuario que vea con atención el sitio Web durante cinco segundos.
- Al finalizar la observación del sitio, se le pidió que conteste una serie de preguntas referente a lo que ha percibido durante los cinco segundos de exposición de la imagen del sitio Web.

La imagen del sitio Web es el siguiente:

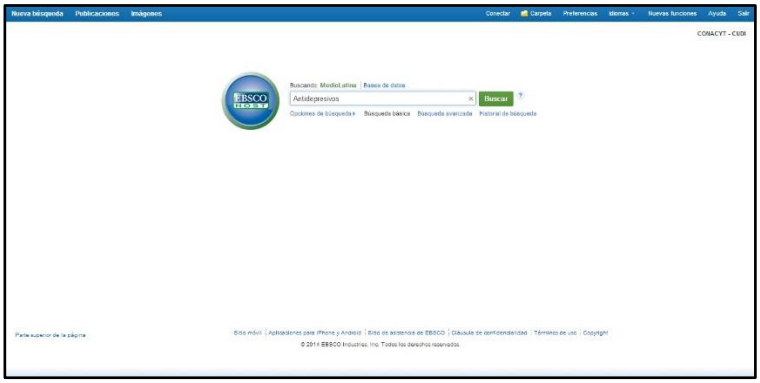


Ilustración 1. Imagen del buscador Web evaluado por los géneros

La serie de preguntas mostradas al usuario después de haber visto por cinco segundo el sitio Web, son las siguientes:

¿Cuál crees que sea el objetivo del sitio Web?

Ilustración 2. Nube de palabras, respecto al objetivo del sitio Web entre género

¿Zona del sitio Web donde has mirado por primera vez?

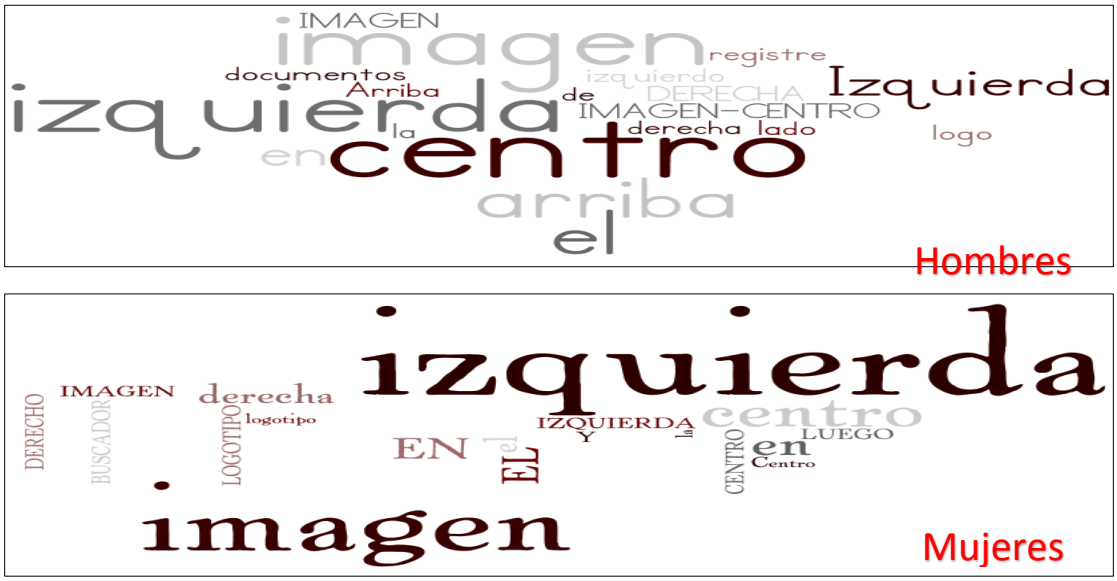


Ilustración 3. Nube de palabras, respecto a las zonas del sitio Web entre género

¿Palabra que mayor recuerdas?

Mujeres

Ilustración 4. Nube de palabras, respecto a la palabra que mayor se recuerda del sitio Web entre género

- **Instrumento de medición SUS**

El instrumento de medición SUS, Brooke, J. (1996) está compuesto por 10 ítems, el cual tiene una escala de puntuación de 1 a 5 de Muy en desacuerdo a Muy de acuerdo. La escala SUS es una escala de estilo Likert que genera un único número, representando una medida compuesta de la usabilidad del sistema global sometido a estudio. Hay que advertir que las puntuaciones independientes no son significativas por sí mismas

Para calcular la puntuación del SUS, se sumó primero las puntuaciones de cada ítem. La puntuación de cada ítem vale entre 0 y 4. Para los ítems impares 1, 3, 5, 7 y 9, la contribución fue la posición de la escala menos 1. Para los puntos pares 2, 4, 6, 8 y 10, la contribución fue 5 menos la posición en la escala. Se multiplicó la suma de los resultados por 2.5 para obtener el valor final del SUS. El resultado estuvo entre 0 y 100.

A continuación se lista la tabla resumen de los resultados obtenidos clasificados por género.

Estadística	**Género**	
	Hombre	**Mujer**
Tot.	20	20
Media	54.2500	54.6250
Mediana	58.7500	56.2500
Moda	60.00	72.50
Desv. Típ.	14.93627	15.92075
Rango	52.50	52.50
Mínimo	22.50	27.50
Máximo	75.00	80.00

Tabla 1. Datos descriptivos estadísticos entre géneros

Para obtener una medida sobre el grado de percepción que tienen los géneros frente al sitio Web, se utilizaron adjetivos, propios de la escala SUS, fundamentadas de acuerdo a los estudios realizados por Bangor, Kortum y Miller (2008). Estas se basaron en los

resultados de sus 2.324 encuestas de 206 pruebas de usabilidad obtenidos a lo largo de diez años. En este estudio, se comprobó que SUS es muy fiable con un alfa de 0.91.

Los adjetivos que clasifican la medición de la prueba SUS, se indican en Bangor, Kortum y Miller (2008). En el artículo "Determining What Individual SUS Scores Mean: Adding an Adjective Rating Scale".

Adjective	Count	Mean SUS Score	Standard Deviation
Worst Imaginable	4	12.5	13.1
Awful	22	20.3	11.3
Poor	72	35.7	12.6
OK	211	50.9	13.8
Good	345	71.4	11.6
Excellent	289	85.5	10.4
Best Imaginable	16	90.9	13.4

*Total count equaled 959 due to 5 surveys that did not properly use the rating scale.

Tabla 2. Fuente Bangor, Kortum y Miller (2008). Estadística descriptiva de puntuaciones SUS para rango de adjetivos

En la tabla siguiente, se describen los datos descriptivos estadísticos según la clasificación plateada de adjetivos en la tabla anterior.

Rango de adjetivos, procesados del total SUS	**Frecuencia**		**Porcentaje**	
	Género			
	Hombre	**Mujer**	**Hombre**	**Mujer**
Regular	3	3	15.0	15.0
Aceptable	6	5	30.0	25.0
Bueno	9	8	45.0	40.0
Excelente	2	4	10.0	20.0
Total	20	20	100.0	100.0

Tabla 3. Rango de adjetivos SUS indicado mediante frecuencias y porcentajes entre géneros

El gráfico siguiente ilustra las comparaciones entre género,

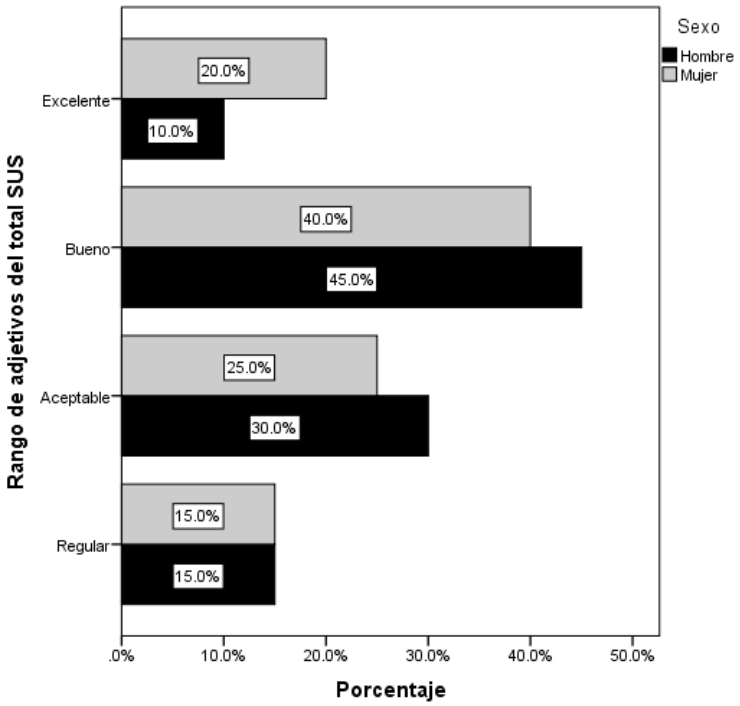


Gráfico 1. Comparación entre género mediante porcentajes obtenidos

DISCUSIÓN

Después de haber realizado las pruebas requeridas, de acuerdo a la metodología planteada, se discute lo siguiente:

En la prueba FiveSecond, se halló una diferencia significativa entre géneros, de acuerdo a la percepción e interacción que tuvieron con la aplicación durante cinco segundos. Es decir, tanto hombres como mujeres, comparten el mismo enfoque de percepción pero con distinta precisión. Las mujeres han definido con mayor seguridad lo observado y percibido, mientras que los hombres no especifican claramente lo que experimentaron.

Estas observaciones, demuestran en primer instante, que el buscador Web ofrece una usabilidad clara y sencilla, respecto a la Interfaz Gráfica de Usuario (GUI).

Respecto a la prueba del instrumento SUS, en sus puntuaciones, se obtuvieron mínimas diferencias significativas entre los géneros, hallando una mejor facilidad a favor de los hombres y dificultad mínima en las mujeres. Ambos géneros determinan como bueno la facilidad de uso del buscador Web de artículos científicos en el área de la Salud.

La usabilidad encontrada en la GUI y los resultados del SUS, demuestra en ambos géneros que el sitio Web tiene un nivel aceptable. Por lo tanto se demuestran dos situaciones:

- El buscador Web científico orientado al área de la Salud es fácil de usar.
- Existen mínimas diferencias significativas entre los géneros.

REFERENCIAS

[1] Nielsen, J. (1993). Usability Engineering
[2] Norman, A. (1998). The Invisible Computer: Why Good Products Can Fail, the Personal Computer Is So Complex, and Information Appliances Are the Solution
[3] Alt64 y AIMC: (2005) Estudios Eyetrack medios España: Análisis del comportamiento visual de los internautas y la efectividad de la publicidad online.
[4] Djamasbi S. & Tullis T. et. al. (2007). Gender Preferences in Web Design: Usability Testing through Eye Tracking.
[5] CONRICYT, (2010 – 2012). Análisis de los Recursos de Información del CONRICYT
[6] Brooke, J. (1996). "SUS: a "quick and dirty" usability scale". In P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester, & A. L. McClelland. *Usability Evaluation in Industry*. London: Taylor and Francis.
[7] Claridge N. y Kirakowski J. (2014, 08 junio) http://www.wammi.com/whatis.html

ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS PROMOTORES DE LA SALUD: UN COMPROMISO SOCIAL O SOLO UN REQUISITO CURRICULAR

AUTORES

Villa Vargas-Marco Antonio. (Villa, Marco),
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias Humanas.
Maestro de tiempo completo Y coordinador del Programa USES (Universidad Saludable: Educación para la Salud)

Rangel Saldaña- Gladis Arlet. (Rangel, Gladis),
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de ciencas Humanas.
Alumno de 6to. Semestre de Psicología, Colaborador del programa USES.

Guerrero Gámez-Lessa Jaredth. (Guerrero, Lessa),
Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias Humanas
Alumno de 8vo. Semestre de Psicología, colaborador del programa USES

INSTITUCION DE ADSCRIPCION.

Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, Baja California. México.

Villa- Marco, Guerrero-Lessa, Rangel-Gladis, Martínez Iván

Resumen

El comportamiento en nuestras acciones diarias se ha considerado por la Psicología Social como uno de los elementos más importantes para determinar las actitudes o impulsos motivacionales en las sociedades. Así como David G. Myers (Myers, 2005) dice que "si se desea una relación armónica entre la actitud y el comportamiento es recomendable trabajar directamente con el comportamiento mismo para formar hábitos que eventualmente formen mejores actitudes enfocadas al cuidado integral de la salud del individuo, su familia y el medio ambiente, ya que las actitudes que se nos reflejan en sociedad rara vez predicen correctamente los comportamientos". Existe en Mexicali un severo problema de salud y de contaminación, esto demuestra que el sistema educativo no logra generar una congruencia entre actitud y comportamiento frente a esta problemática. El objetivo de este estudio es conocer si existe una congruencia en los estudiantes promotores de la salud entre sus actitudes y sus comportamientos.

El Universo lo conforman 50 alumnos promotores de la salud pertenecientes al proyecto: Universidad Saludable en la Facultad de Ciencias Humanas. Este estudio se divide en tres etapas, en la primera se hizo un diagnostico (línea base), al inicio del semestre 2014-1, en la segunda etapa se realizaron talleres y capacitaciones promoviendo hábitos saludables, de nutrición, actividad física, etc.; así como los procesos de acopio y separación de materiales. La tercera etapa consiste en la aplicación de una evaluación final, con el fin de conocer la congruencia entre actitud y comportamiento.

Los resultados que se encontraron en los estudiantes promotores de la salud indican una mayor congruencia entre actitud y comportamiento ante el cuidado del medio ambiente y no así en el cuidado de su salud.

Indicadores: congruencia, actitud, comportamiento, medio ambiente, salud, estudiantes, promotores de la salud.

Abstract

The behavior that can be observed in our daily life is widely regarded in Social Psychology as one of the most important elements that researchers use in order to determine the "attitude," or motivational drive that societies reflect thereof. As David G. Myers (Myers, 2005) argues that "if we wish to portray a more balanced link between behaviors and attitudes, it is best to work directly with behavior itself in order to create habits that will eventually shape better attitudes focused on an integral care of an individual's health, family and environment, since the attitudes that we reflect upon society rarely and hardly ever predict behavior." There is a severe health and pollution problem in Mexicali, and this reflects the fact that the educational system cannot achieve congruence between behavior and attitudes regarding this problem. Therefore, the objective of this case study is to explore whether there is a certain degree of congruence amongst the students that promote good health habits, in terms of their behavior and attitudes.

The student body is composed of 50 individuals that promote good health habits that are members of the project known as "Healthy University at the Department of Humanities." This case study is divided in three stages; during the first stage, a diagnosis was taken (base line) at the beginning of the 2014-1 Spring semester where as during the second stage workshops and training were conducted promoting healthy habits of nutrition,

physical education and others and at last the third stage consisted of working on a final evaluation, with the purpose of evaluating the findings of any possible congruence between behavior and attitudes within the results.

The results that were found amongst the students that promote good health habits indicate that there is indeed a much higher incidence of congruence between behavior and attitudes in regards to the topic of environmental issues though there was indication of mixed results in regards to the topic of their health care.

Key words: congruence, attitude, behavior, environment, health, student health promoters.

Introducción

El problema de la salud y la contaminación ambiental, es un problema que puede atenderse desde la curricular en todos los niveles educativos, no como materias aisladas, sino a través de programas permanentes que inculquen valores y actitudes favorables a la salud. Los planes de estudio en la educación del nivel básico y profesional, muestran poco o nulo interés por la enseñanza de hábitos y valores para el cuidado de la salud y el medio ambiente.

Solo si se trabaja coordinadamente desde el nivel preescolar hasta el nivel universitario será posible llegar a tener una calidad de vida óptima al cambar nuestro comportamiento.

Nuestro comportamiento es considerado por la Psicología Social como uno de los elementos más importantes para manifestar actitudes o impulsos motivacionales en las sociedades. "S*í se desea una relación armónica entre la actitud y el comportamiento es recomendable trabajar directamente con el comportamiento mismo para formar hábitos que eventualmente formen mejores actitudes"*. David G. Myers (2005).

En el trabajo comunitario la función de la teoría tal como dice Torres (2007) *"funciona como orientadora de las acciones que la ejercitan…", en ese caso recurriendo al ejemplo del mismo Torres (2007), la teoría de las actitudes describe un componente cognoscitivo, uno afectivo y uno comportamental. La técnica de modificación de actitudes contempla a su vez una serie de acciones informativas, persuasivas o motivacionales respecto al objeto, que se ponen en práctica para intentar cambiar su orientación*" Torres J. (2007).

La psicología comunitaria tiene como objetivo principal el estudiar "los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social", Bastillas Tello, (2004).

Por otro lado la psicología de la salud, es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud de las personas; incluye contribuciones de la psicología a la mejora de la salud la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios, Brannon y Feist (2001).

Como una propuesta de integración al currículo de materias y programas que fomenten actitud y comportamiento promoviendo actos saludables, el Proyecto "Universidad

Saludable: Educación Para la Salud" está vinculado a unidades de aprendizaje y aborda el problema de la actitud y el comportamiento en los promotores de la salud.

Los objetivos del proyecto Universidad Saludable: Educación para la salud están basados en los objetivos que propone la Red Mexicana de Universidades e Instituciones de Educación Media Promotoras de la Salud (REMUIEMPS) y son:

1. Proponer programas de prevención y educación para modificar factores de riesgo en la salud y el medio ambiente.
2. Involucrar a la comunidad universitaria a través de servicio social y otras modalida des de aprendizaje en la promoción de su salud y el cuidado de medio ambiente.
3. Promover actividades de vinculación intra e interinstitucional sostenibles que contri buyan a ampliar el impacto y alcance de las acciones que consoliden con éxito el p royecto universidad saludable: educación para la salud.
4. Actualizar la currícula Para incorporar conocimientos y desarrollar habilidades d e promoción para la salud integral en todas las oportunidades, formal informal, incl uyendo formación de competencias para la vida, estilos de vida saludable.
5. Investigación: Promover estudios permanentes y pertinentes con distintos enfoque s y metodologías sobre educación y salud de la comunidad que permitan avanzar en el desarrollo de estrategias pedagógicas y reorientar programas para promover la salud incluyendo la cultura ético-axiológica.[17]

El proceso de selección para integrarse al proyecto de los alumnos se hace en base a una solicitud que ellos hacen, admiten estar interesados en la promoción de la salud y el medio ambiente, por supuesto que también es por las horas de servicio social y los créditos que se otorgan por participar.

Los programas que comprenden el proyecto y en el que participan los alumnos en el proyecto USES, están orientados a proponer estrategias para fomentar hábitos saludables en la comunidad, en ellos mismos y sus familias. Se mencionan a continuación:

Acopio de pilas alcalinas

Acopio de papel y cartón

Acopio de plástico (bolsas y botellas)

Reciclaje de materia orgánica (agente contaminante) en hogares de la comunidad y la cafetería de la Facultad.

Promoción de hábitos saludables (nutrición, ejercicio físico, medicina preventiva).

Difusión comunitaria (teatro Guiñol), Feria de la Salud.

Las principales actividades que se llevan a cabo para que los alumnos cumplan con los objetivos son:

- Capacitación a estudiantes de USES sobre el "Acopio de Pilas", reciclado de papel y plástico por expertos.
- Asesorías permanentes

[17] Objetivos basados del Documento base de la REMUIEPS. (RMUPSdocto.docx)

- Instalación de módulos de acopio en diferentes puntos de la facultad y la comunidad
- Obra de Teatro Guiñol promoviendo hábitos saludables a niños y adultos en los niños.
- Evaluación del impacto en la comunidad y en los alumnos de los diferentes programas.
- Presentación de los programas resultados en congresos

El cumplimiento de los objetivos no solo depende del interés mostrado por promover la salud y los hábitos para la protección del medio ambiente de parte de alumnos, sino de la relación entre actitud y comportamiento que presente el alumno.

La teoría psicosociológica plantea que el comportamiento determina las actitudes, es decir si algunas veces defendemos lo que creemos, también llegamos a creer lo que defendemos, o adoptamos nuevos papeles, ¿podemos cambiar las actitudes?, estudios socio psicológicos han demostrado que así es. Si recordamos cuando adquirimos un nuevo rol; puede ser que en los primeros días de un nuevo empleo, o al iniciar una actividad totalmente nueva, nuestro comportamiento se haya modificado, es muy posible que durante la primera semana tratemos de actuar de manera que los demás actúan, eligiendo el comportamiento y lenguaje adecuado, sintiéndonos un poco forzados. Sin embargo, al paso del tiempo estas conductas se vuelven cada vez más naturales. La teoría de la acción razonada de (Michael A. Hoog, 2008) propone el modelo de Fishbein y Ajzen de las relaciones entre actitud y conducta. Una característica importante es la predisposición de que la mejor manera de predecir una conducta es preguntar si la persona tiene la intención de realizarla.

El objetivo de esta investigación es el de conocer qué relación hay entre la actitud y comportamiento de los estudiantes integrantes de USES, promotores de la salud, en relación con las actividades de salud y hábitos de la salud.

METODOLOGIA Y MATERIALES.

El enfoque del estudio fue Exploratorio Mixto. Su objetivo es documentar ciertas experiencias.

El Universo lo conforman 50 alumnos inscritos por primera vez en el proyecto USES, todos acudieron por necesitar créditos y otros realizar su servicio social, además argumentaron les gustaba el programa por haber visto a sus compañeros de semestres posteriores o por comentarios de otros estudiantes acerca de lo que “se hacía” aquí (refiriéndose al reciclaje y promoción de hábitos saludables).

Procedimiento.

Al inicio del semestre se aplicó una encuesta 50 alumnos, todos ellos

Se realizan talleres y capacitaciones sobre los procedimientos del acopio, del daño que hace el papel y el plástico cuando no se le da el tratamiento adecuado. Se dan asesorías permanentes y se invitaba expertos a dar conferencias. Se les pide aplicar las metodologías de cada uno de los programas.

Se aplica una evaluación final para ver la relación entre su actitud y su comportamiento al final del proyecto.

El instrumento de medición con una confiabilidad de .824 según la prueba de AlphaCronbach, tipo encuesta con dos posibles respuestas (de acuerdo, en desacuerdo), dicho instrumento consta de 28 afirmaciones con el fin de medir la conducta de separación y acopio de diversos materiales (papel, plástico, pilas, materia orgánica) en su vida cotidiana, en su hogar; para lo cual se establecieron las siguientes dimensiones:

1) conocimiento del proceso de separación y acopio de materiales para el reciclaje.

2) Conducta de separación y acopio de materiales en casa.

3) La familia como participante en la separación y acopio de materiales en casa.

4) El tiempo que se tiene separando materiales para reciclaje.

Así como también se realizó una entrevista abierta en torno a la actitud que se tiene frente a la conducta de acopio y separación de materiales en casa y como sus familiares toman papel en esto. Por el lado de la salud integral y prevención de enfermedades, se aplico una cedula integral de factores de riesgo, la cual considera 8 áreas como lo son: datos generales, descripción física del entrevistado, antecedentes familiares y propios patológicos y no patológicos, factores nutricionales, factores sociales, factores sexuales, factores de salud mental y necesidades sentidas de salud.

Resultados

Los resultados se analizan en porcentajes entre las personas que estaban de acuerdo y en desacuerdo en cada una de las dimensiones, primero se presentaran los resultados correspondientes a la actividad de reciclaje, posteriormente veremos los resultados correspondientes a los hábitos de salud.

Dimensión conocimiento del proceso de la separación de materiales:

Al aplicar el instrumento en la línea base se encontró que el 70% de los miembros que participaban en el programa mostraban un conocimiento básico de la separación de papel y plástico, sin embargo en los conocimientos del proceso de separación de material orgánico y pilas los resultados fueron muy bajos (68% y 48% respectivamente) Figura 1. Al final del semestre después de haber asistido a talleres estos porcentajes aumentaron considerablemente en las cuatro áreas como se puede ver en la Figura 2.

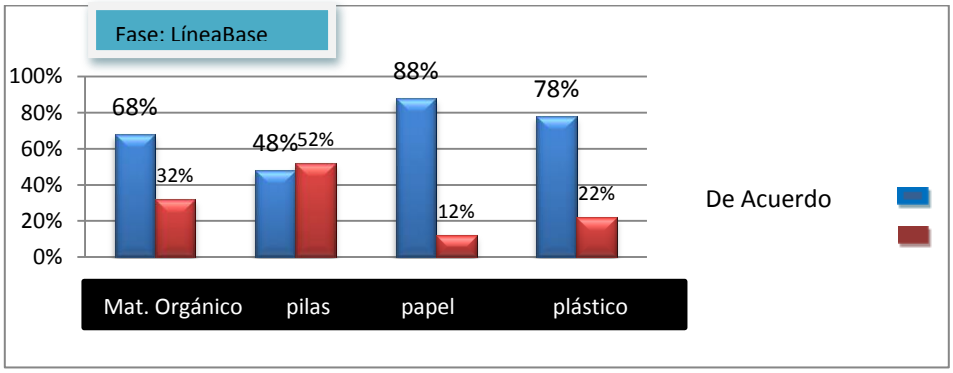


Fig.1 Dimensión: Conocimiento de los procesos de separación y acopio de materiales para reciclar. Se muestra un bajo índice en la línea base en las áreas de material orgánico y pilas.

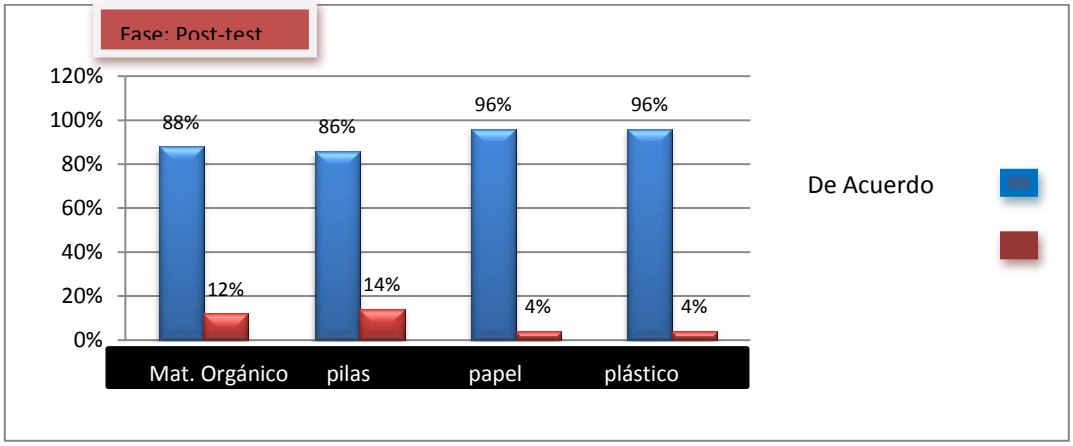


Fig. 2. Dimensión: Conocimiento de los procesos de separación y acopio de materiales para reciclar. En la fase post-test se encuentra un incremento en el conocimiento de los procesos de separación y acopio de materiales, después de que los miembros del proyecto recibieran capacitación.

Dimensión Conducta de separación y acopio de materiales para reciclaje:

Respecto a la dimensión de conducta esta se enfocaba a realizar la separación y acopio en casa, se encontró que el 44% de los miembros del proyecto realizaba conductas de separación de papel, plástico y pilas antes de entrar al programa, no así con la separación de material orgánico, Figura 3.

En la figura 4, se observa en esta misma dimensión pero en la fase post-test que se encuentra una elevación del 22% en las conductas dentro de casa. Así como también incrementándose estas en todas las áreas (mat. Orgánico, papel, pilas y plástico). Teniendo como resultado al final del semestre un incremento global del 66%.

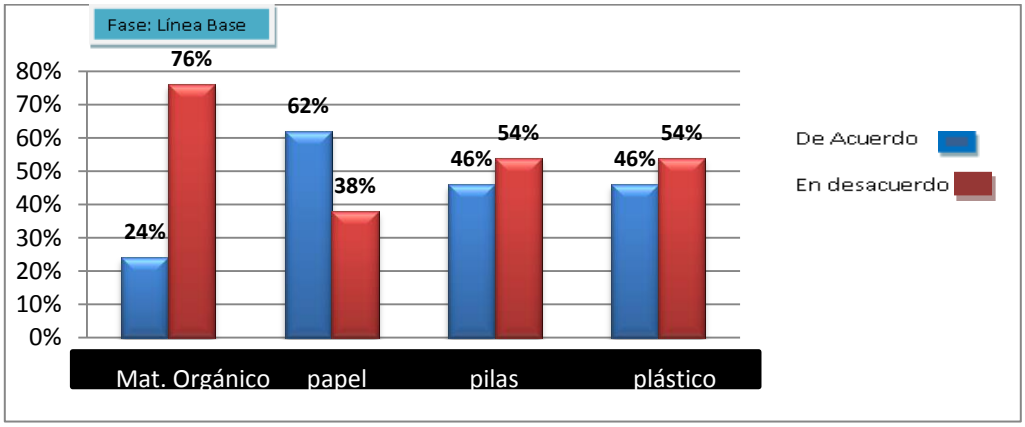


Fig.3. Conducta de separación y acopio de materiales en casa. En la línea base, el 44% de los miembros del proyecto mencionaron que realizaban separación de materiales antes de entrar al proyecto, quedando el papel como uno de los materiales que más separaban.

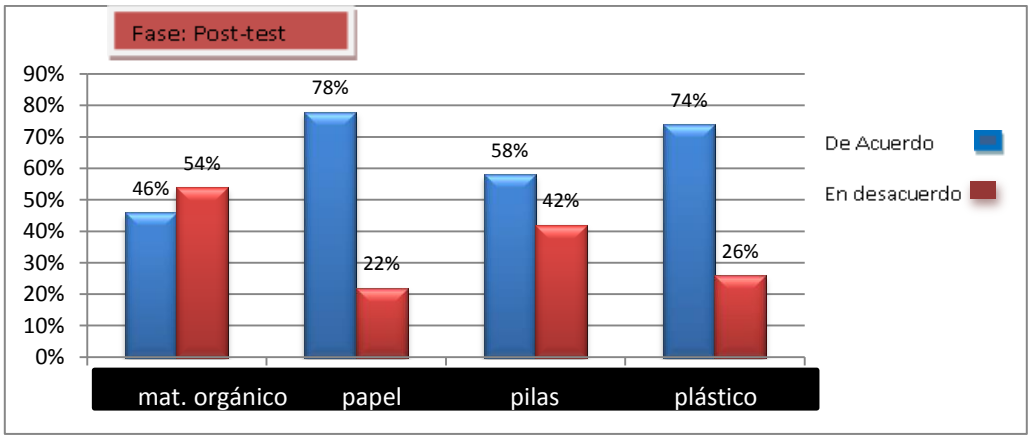


Fig.4. Conducta de separación y acopio de materiales en casa. Se encuentra que hay un incremento en la conducta de separación de materiales en forma global (66%) y en cada una de las áreas en contraste con la fig.3

Dimensión contribución de la familia en la separación y acopio de materiales.

En la línea base de la contribución familiar se encontró que el 20% manifestaba la contribución de al menos un familiar en la separación y acopio de materiales. Situando a la separación de papel como primer lugar, pilas y plástico como segundo y por último la separación de material orgánico, como se muestra en la figura 5.

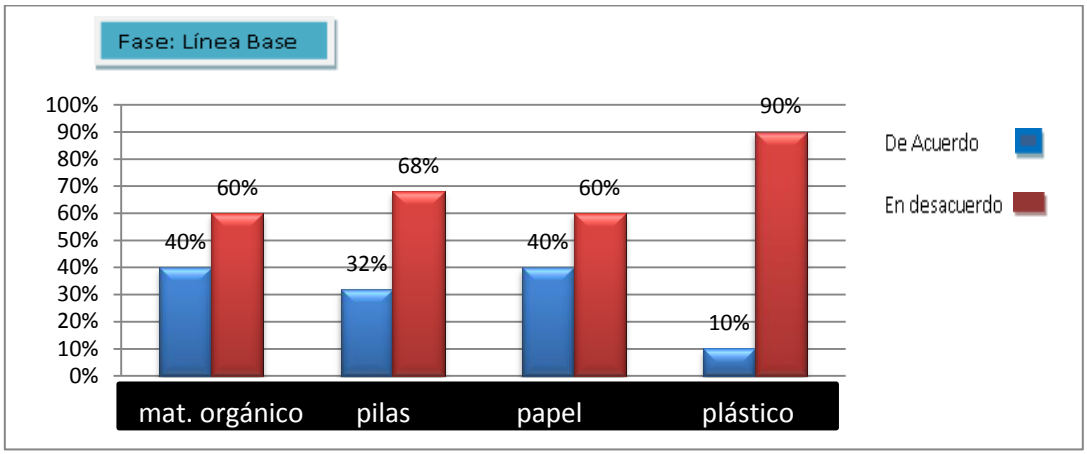


Fig.5. Contribución de la familia en la separación y acopio de materiales en casa. en la línea base podemos observar una contribución familiar muy baja en la separación de materiales. Manifestando solo el 20% que al menos un familiar ayudaba en este proceso.

La colaboración de los miembros de la familia se incrementa a un 64%, teniendo como resultados el aumento en el área de la separación y acopio de material orgánico quedando esta con un 36% misma que anteriormente solo era del 20%. De igual manera la contribución familiar en el área de separación y acopio de pilas aumenta ya que anteriormente solo el 24% manifestaba que un miembro ayudaba en este proceso, en el área de post test este porcentaje se eleva al 42%. Como se muestra en la figura 6.

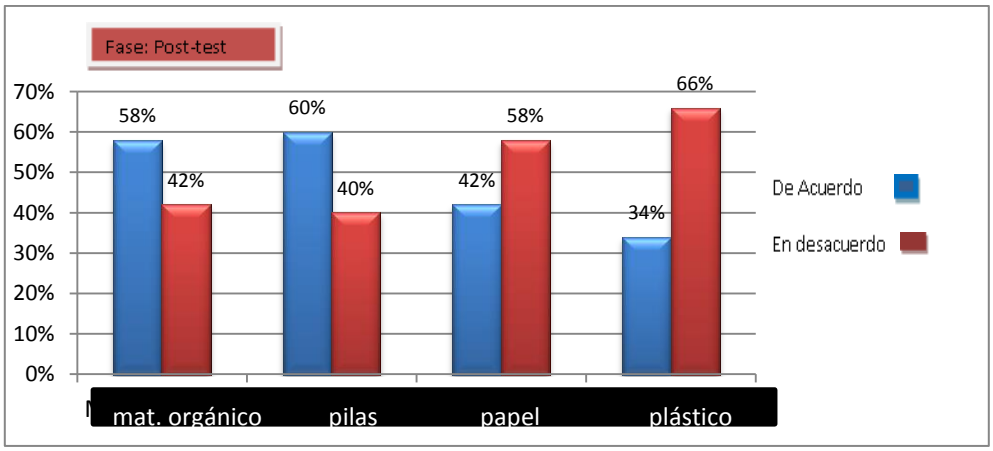


Fig.6. Contribución de la familia en la separación y acopio de materiales en casa.
En contraste con la figura 5, encontramos que la familia comienza a participar más en la separación de materiales. Incrementándose significativamente en todas las áreas. En lo que se refiere a pilas y plástico esta participación aumenta al doble en comparación de la línea base.

Dimensión. Tiempo

Aquí se divide la dimensión de tiempo en los que llevan menos de un año separando materiales y los que tienen más de una año haciéndolo, esto es con el fin de identificar, quienes ya lo hacían antes de entrar al proyecto, así como también quienes adquirieron la conducta durante la colaboración del mismo.

En la figura 7 se puede apreciar los miembros que llevaban menos de un año separando materiales. El cual era del 32%, dentro de este grupo el 42% separaba papel; el 38% separaba plástico; el 28% pilas y el 18% material orgánico.

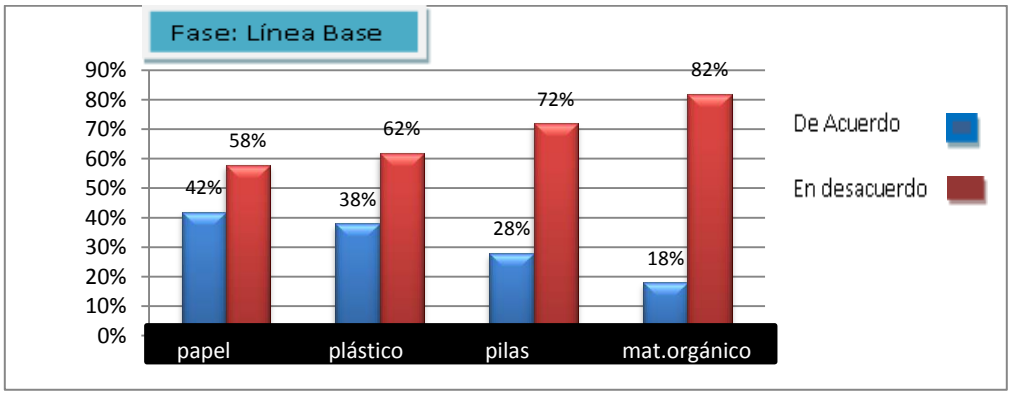


Fig.7. Menos de un año separando materiales para el reciclaje.

Los miembros que tenían más de un año realizando esta conducta fueron el 14% del grupo, dentro de este el 12% separando papel y plástico y material orgánico y el 20% pilas. Como se muestra en la siguiente figura.

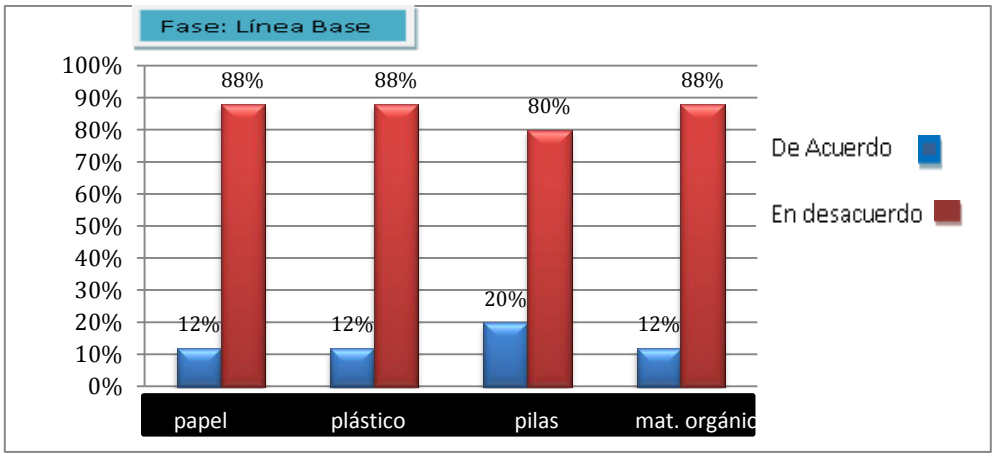


Fig.8. Más de un año separando materiales para el reciclaje
Resultados en la actitud y el comportamiento de la salud integral
Análisis de Resultados

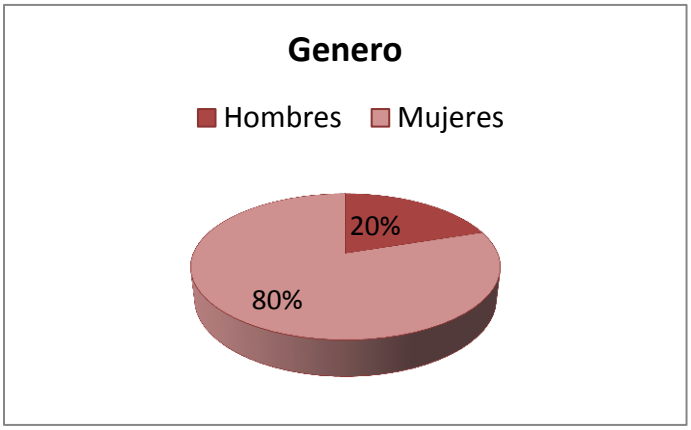


Fig.9. Se observa muestra que el predominio de los integrantes de USES son del sexo femenino con un 80% mientras que los hombres integran el 20% restante.

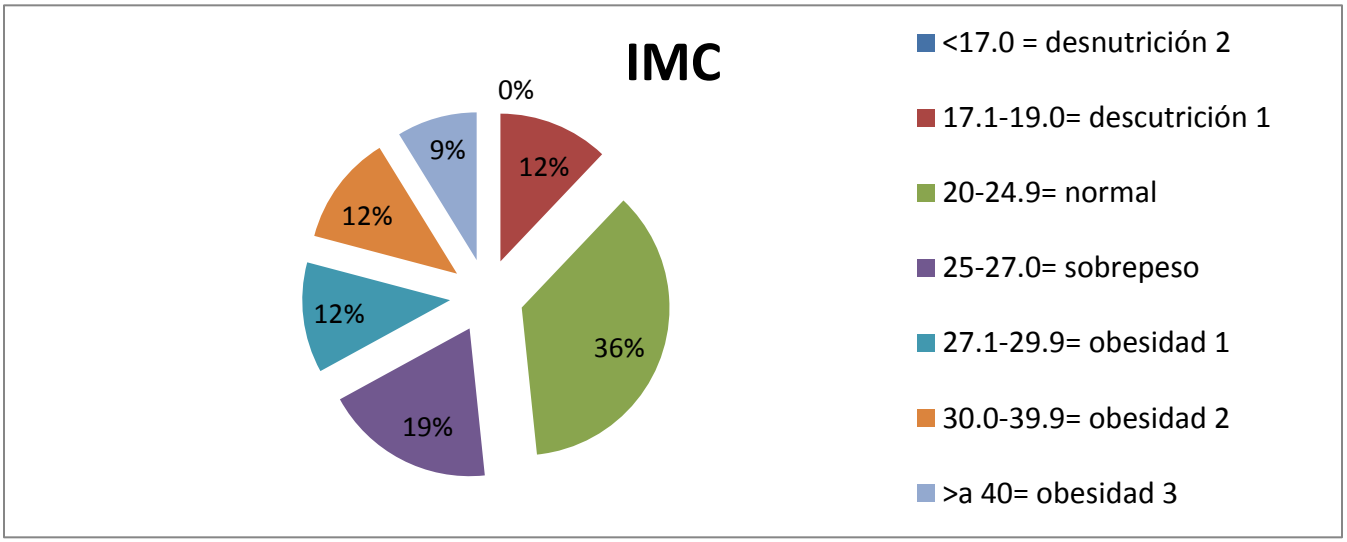


Figura 10. En esta grafica se muestra la interpretación de la masa corporal, se puede observar que un tercio de la población uses se encuentra dentro del rango normal y un 11.11% mas está bajo este rango, por lo que un porcentaje mayor al 50% se encuentra en una clasificación de sobrepeso y ningún miembro esta en el rango de desnutrición 2

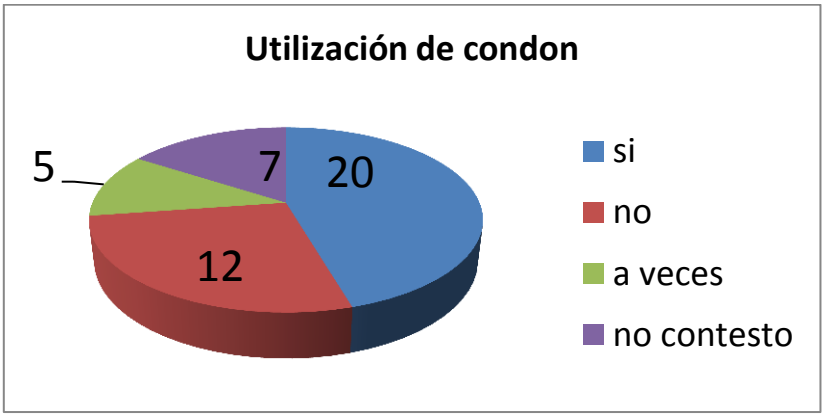


Figura 11. Esta grafica nos muestra las respuestas de la utilización del condón entre los alumnos que llevan vida sexual activa, en la que solo 20 personas, -menos de la mitad-, refieren que si lo utilizan 12 personas no lo utilizan, 5 nos respondieron que a veces mientras que siete personas más no contestaron.

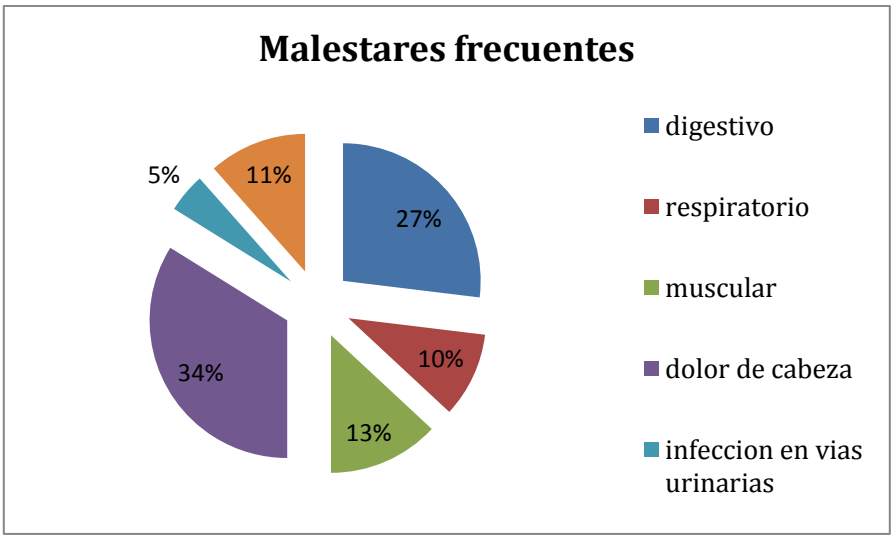


Figura 12. podemos observar que el malestar más frecuente es el dolor de cabeza con el 34%, seguido de malestares digestivos con el 27%, continuando con el muscular 13%, después los malestares dentales con el 11%, siendo los menos recurrentes los malestares respiratorios con el 11% y las infecciones en vías urinarias con el 5%.

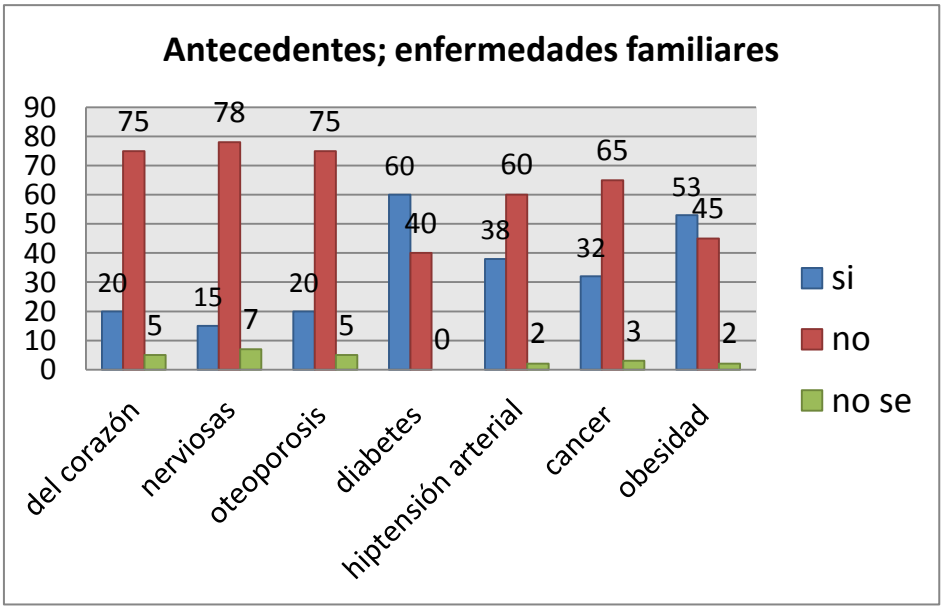


Figura 12. Aquí nos muestra que las enfermedades más frecuentes en los familiares de los encuestados son, diabetes con un 60%, obesidad con un 45%, hipertensión arterial con un 38% y cáncer con un 32%.

Detecciones

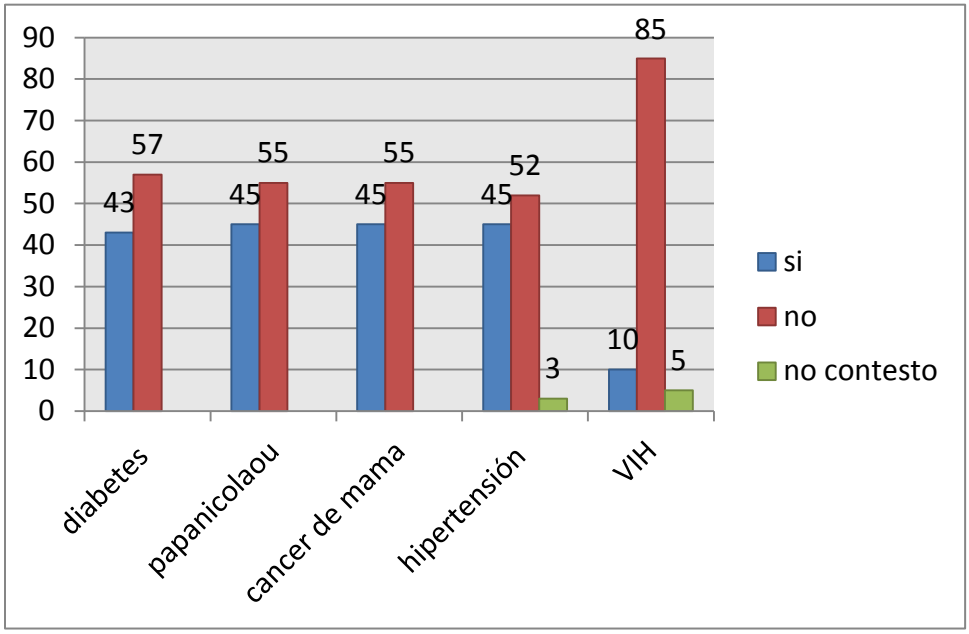


Figura 13. Esta grafica nos señala que un poco menos de la mitad de los encuestados se practican detecciones oportunas, teniendo con menor prevalencia de detección el VIH.

Conclusión.

Al inicio del programa los alumnos presentaron un 44% de comportamiento y actitud coherente, con el acopio para reciclar. Después de las capacitaciones, asesorías y talleres, se incrementó hasta el 66% de actitud y comportamiento, esto es que un 20% más logro ser congruente con la actividad que desempaña en el proyecto de Universidad saludable.

En lo que se refiere a los hábitos de salud, podemos concluir que la relación entre actitud y comportamiento se encontró poca coherencia ya que predomina el sobre peso en los integrantes de USES, lo que quiere decir que se tienen malos hábitos en la alimentación y que más del 50% no toma medidas preventivas.

Así como también más del 50% de los promotores de la salud no aplican en sus vidas lo que promueven.

Con los resultados anteriores podemos inferir que una parte de los miembros del proyecto; aquellos que adquirieron la conducta de separación y acopio de materiales tienen un compromiso social más allá que el de solo participar en él por los beneficios curriculares que este programa otorga.

Sugerencias: Es necesario trabajar más en las actividades curriculares relacionadas con la salud y el medio ambiente promoviendo valores relacionados en estos, desde una edad temprana y que haya una continuidad en todos los niveles de educación.

Referencias

Brannon L., J. F. (2001). *Psicología de la salud.* Madrid: Paraninfo.
Hoog M., G. M. (2008). *Psicología Social.* Madrid: Editorial Medica Panamericana.
Myers, D. G. (2005). *Psicología Social.* México: McGraw- Hill Itnteramericana.
Red Mexicana de Universidades e Instituciones de Educación Media Promotoras de la Salud (REMUIEMPS). (2011) Documentos Institucionales. México.

Sampieri R., C. F. (2007). *Fundamentos de Metodología de la Investigación.* México: Mc Graw Hill.
Tello, G. B. (2004). Psicología comunitaria. *Psicologia comunitaria. (en linea). http://www.monografias.com/trabajos16/psicología-comunitaria2.shtml* .
Torres, J. (2007). *Psicología Social Aplicada. Construyendo la demanda.* México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios superiores Iztacala.

ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN INTERSECTORIAL Y POLÍTICA UNIVERSITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Psic. Alejandro Echazarreta Moreno. MINE
Universidad Autónoma de Yucatán
Mérida, Yucatán, México

EJE TEMÁTICO: POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Promover la salud dentro del contexto educativo ha sido un reto que las instituciones de educación superior se han abocado en desarrollar con la finalidad de incidir en sus comunidades para favorecer el bienestar y los estilos de vida saludables. De acuerdo a Muñoz y Cambiases (2008), las universidades tienen el potencial de influir positivamente en la vida y condición de sus miembros, de generar beneficios para sí mismos como institución, para sus miembros y para la sociedad con la cual interactúan.

En nuestro estado, la Universidad Autónoma de Yucatán, se ha mantenido como uno de los referentes regionales en materia científica y coordinadora de proyectos de gran prestigio como parte de los cumplimientos de su visión y plan institucional de desarrollo. En este sentido, puso en marcha una política institucional de desarrollo y actualizó su modelo educativo a fin de crear las condiciones necesarias para la generación de proyectos y programas institucionales que respondan a las necesidades actuales. Es dentro de este marco de transformación institucional que se desarrolla el Programa Institucional de Promoción de la Salud (PIPS).

El PIPS rescata las propuestas que cada dependencia y departamento que han trabajado en favor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en general y los relaciona para poder aprovechar el conocimiento, la técnica, el personal y la experiencia que estos han generado en beneficio de los estudiantes.

OBJETIVO

Presentar las estrategias utilizadas que coadyuvaron a la implementación del programa en el corto plazo y dirigen su desarrollo para el logro de las metas que proponen las universidades promotoras de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el desarrollo de la propuesta institucional, se realizaron diversos análisis que permitieron recabar la información regional necesaria para poder contar con un panorama lo suficientemente descriptivo para construir un proyecto incluyente que permita el trabajo colaborativo de las diferentes instancias universitarias y el sector salud. Con base en lo antes mencionado, el método que se utilizó para la generación de la propuesta de la UADY se describe a continuación.

El primer nivel de análisis fue de tipo bibliográfico y se enfocó a comparar las diversas experiencias en materia de promoción de la salud de las universidades nacionales a fin de identificar los puntos en común, las encuestas nacionales y las investigaciones regionales para identificar los tópicos de salud principales para establecer categorías de acción que organicen y alberguen las acciones del programa.

El segundo nivel fue la identificación de los puntos de apoyo de la política universitaria que sostendrían la propuesta y el análisis de la visión institucional que supondría el desarrollo continuo.

El tercer análisis pretendía recabar la información que se obtuvo a través de la discusión y retroalimentación obtenida de las diferentes dependencias del área de la salud, así como la experiencia y conocimiento de los miembros de la comunidad universitaria que han propuesto y desarrollado acciones en materia de promoción de la salud en ciertos grupos específicos.

El cuarto nivel de análisis fue las diferentes acciones que los estudiantes del área de la salud y de los proyectos de voluntariado han impulsado dentro de la labor de extensión en favor de la promoción de la salud en las comunidades.

El quinto fue la identificación de estrategias y servicios del sector salud con la finalidad de identificar aquellos que podrían apoyar los subprogramas que conformarían la propuesta.

Y finalmente, la conformación de convenios y un catálogo de servicios y empresas que se enfocan al cuidado de la salud y ofertan recursos útiles que favorecen los estilos de vida saludable.

A partir de los resultados se identificó una serie de características que dieron estructura y dirección a la propuesta universitaria de promoción de la salud. A continuación se señalarán los puntos que se consideraron determinantes en la consolidación de la propuesta.

RESULTADOS

Como resultado de los análisis realizados, se encontró características específicas que permitieron la consolidación del Programa Institucional de Promoción de la Salud en la UADY.

En primera, los lineamientos internacionales y nacionales en Promoción de la Salud dentro de universidades públicas señalan la necesidad de que el programa promueva políticas institucionales en favor de la salud de sus miembros. Este punto, aunado al proceso de cambio y desarrollo de la UADY tuvo acogida como parte del interés de la institución por promover estrategias y servicios a los estudiantes.

En segunda, la visión institucional de lograr cambios significativos y duraderos en los conocimientos, habilidades, concepciones del mundo, valores y formas de vida prácticas de los habitantes de la región en que se desenvuelven (PDI, 2010-20), llevó a la decisión

de implementar el programa en fases con la finalidad de incluir cada ciclo escolar, a un nuevo cohorte a fin de que el tránsito natural de los estudiantes favoreciera el alcance del universo a 5 años.
En tercera, la revisión de la encuesta nacional de salud y nutrición (2012) y los resultados de la encuesta perfiles (2012) que se administra en nuestra institución para recabar información acerca de nuestros estudiantes, identificaron 7 temáticas de salud a atender: salud visual y auditiva, alimentación adecuada e hidratación suficiente, activación física y fomento de la actividad deportiva, salud bucal, higiene y ambientes saludables, salud mental y sentido de vida, y finalmente, salud sexual y reproductiva. Estas temáticas albergarían las propuestas de promoción, prevención y atención de la salud.
En cuarta, la organización del programa debería basarse en evidencias a fin de dirigir los recursos, humanos y materiales, en primera a los grupos vulnerables y en segunda a la población en general. De forma que se propuso que el programa debería poder identificar y segmentar a la población según su nivel de riesgo a fin de particularizar las acciones con la finalidad de realizar más significativa la experiencia de los usuarios. Es así que el programa contempla el diagnóstico integral de los estudiantes. Desde su implementación en el 2013, se han atendido a 4919 estudiantes de la universidad en dos ciclos consecutivos, lo que ha demostrado una consolidación de la evaluación de estudiantes de nuevo ingreso en un 74% de las dependencias UADY.
Como resultado de la presentación de los subprogramas y la propuesta de desarrollar acciones de promoción de la salud, así como de prevención y atención de los sectores de la población universitaria, se identificaron y trabajaron 4 proyectos que se han implementado en otras facultades de la universidad con la finalidad de explorar y comparar las experiencias. Asimismo, esta acción permitió que los profesores utilizaran las acciones como escenarios de aprendizaje para sus estudiantes, lo que impulsó el desarrollo de un grupo de estudiantes voluntarios que, al involucrarse en las acciones se mostraron deseosos de apoyar en acciones diferentes a las propuestas por sus profesores.

Proyecto o campaña	Número de estudiantes involucrados	Alcance de la población
Sentido de vida	10	710
VidActiva	12	24
Acciones para salvar una vida	3	70
Técnica de autoexploración mamaria	2	25
Evaluación de salud	73	4919
Atención psicológica	12	267

Tabla 1. Número de estudiantes voluntarios por cada proyecto académico vs población atendida.

Este ejercicio se repitió con los departamentos que atienden la salud en la institución y se relacionan con el personal administrativo y docente con la finalidad de integrar los miembros del personal en el proyecto y las líneas de trabajo internas se potencialicen. Otro de los beneficios de esta acción es la coordinación intrainstitucional que nutre de experiencias y nexos con otros sectores que proveen otros recursos. En este sentido, el programa ha desarrollado nexos con la totalidad de coordinaciones encargadas de la atención de salud y la protección civil. En las dependencias ha implementado 2 proyectos institucionales con 2 facultades y se encuentra en desarrollo de 1 proyecto más.
Adicional a los recursos humanos y materiales que se obtienen de los proyectos institucionales, la gestión del programa ha permitido contar con equipamiento médico y de

simulación para diversas actividades, esta acción reduce costos de adquisición y mantenimiento, al mismo tiempo que optimiza los recursos institucionales.
Otro de los beneficios intrainstitucionales es el apoyo a los procesos administrativos de seguridad social en el seguimiento y solución de dudas del proceso de trámites de alta.

APOYO AL PROCESO DE SOLICITUD DE REGIMEN SOCIAL (IMSS)
887 nuevas solicitudes
3220 renovaciones de bachillerato
6883 renovaciones de licenciatura
150 renovaciones de posgrado

Finalmente, la identificación de convenios con empresas del sector salud y el desarrollo de nuevos convenios, han permitido a la universidad crecer en sus redes de apoyo y colaboración interinstitucional. A través de ellas, puede gestionar más recursos como equipamiento, promocionales, imagen y posicionamiento. Beneficios que se canalizan a la comunidad universitaria. Entre ellos se pueden mencionar los descuentos en ópticas subrogadas, acceso a valoraciones sin costo, materiales para pruebas rápidas de VIH y servicios de PREVENIMSS. Hasta la fecha, el programa ha trabajado en 8 diferentes convenios que permiten el mantenimiento de sus acciones y su crecimiento paulatino. Entre los principales acercamientos que se pueden mencionar son: la secretaría de salud del estado, el centro estatal de transfusión sanguínea, la delegación estatal de la cruz roja, ópticas, la fundación México Oye, SINGREM, Fundación Tócate, Hospital psiquiátrico y Aids Healthcare Foundation.

CONCLUSIONES

La vinculación hacia el interior como hacia fuera de la universidad ha permitido el nacimiento y consolidación del programa de promoción de salud de la UADY. A pesar de no contar con evidencia científica, se considera que esta estrategia organizativa y de gestión ha permitido su posicionamiento en la comunidad universitaria e inicia a figurar en el sector salud. Actualmente se está trabajando en un modelo de análisis del impacto y alcance de las acciones implementadas.
Las relaciones institucionales que se han generado y las acciones exitosas han permitido que nuevos actores del sector salud se interesen en desarrollar convenios y trabajos de forma colaborada.
El apoyo de la institución, desde sus diferentes niveles operativos, permite una adecuada inserción del programa. Se sugiere que los responsables de los proyectos y programa de promoción de la salud, utilicen estrategias de medicación y negociación para poder promover la realización de las acciones que proponen, en especial, la sensibilización de la alta dirección.
Otro de los elementos que se consideran acertados de la propuesta, son el crecimiento paulatino y generacional. Este método ha permitido ensayar diferentes versiones de los mismos proyectos a fin de que puedan adecuarse para potenciar sus beneficios.
Finalmente, la evaluación continua de los beneficios de las propuestas permitirá el crecimiento y actualización de los proyectos desarrollados, permitiendo que nuevas técnicas e información relevante sea siempre utilizada en las diversas actividades.

REFERENCIAS
Muñoz M, Cabieses B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública. 24(2):139–46.
Universidad Autónoma de Yucatán. (2010). Plan de Desarrollo Institucional. México:UADY
Universidad Autónoma de Yucatán. (2002). Modelo Educativo y Académico. México: UADY.
Universidad Autónoma de Yucatán. (2013). Documento rector del Sistema de Atención Integral al Estudiante. México: UADY.

ESTRATEGIA DE SUPERACIÓN A LOS DOCENTES SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE LUBANGO EN LA REPÚBLICA DE ANGOLA

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS PEDAGÓGICAS
“ENRIQUE JOSÉ VARONA”

Autor: Lic. Calandua Lupolo Lombe

Ciudad de la Habana

2014

Resumen

La siguiente investigación está encaminada a proponer una estrategia de superación a los profesores sobre la Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango en Angola. Se plantea como problema científico la interrogante ¿Cómo contribuir a la superación de los docentes sobre la Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango? Y como objetivo de la investigación: Diseñar una estrategia sobre Educación para la Salud para contribuir a la superación de los docentes en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango en la República de Angola.

Lo que condujo a reflexionar alrededor de la idea científica a defender que se enmarca en la superación de los docentes sobre la Educación para la Salud como objeto de estudio y en la superación de los docentes sobre la Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango como campo de acción. En el decurso del trabajo se da solución a las tareas de investigación, precisándose los fundamentos, el objetivo, principios, características y estructura de la estrategia propuesta, así como las acciones que integran cada etapa, lo que facilita el tránsito del estado inicial al deseado.

La estrategia de superación propuesta es útil, factible y práctica, porque aporta un sistema de acciones relacionadas entre sí, y su concreción permite capacitar/superar a los docentes sobre la Educación para la Salud para su adecuada orientación en el proceso de formación de docentes y representa una herramienta práctica de promoción, que permite mejorar la coordinación de acciones entre los profesionales de la educación y de la salud.

Palabras claves: Educación y Salud.

Summary

The following investigation is guided to propose a supercoil strategy to the professors on the Education for the Health in the School of Formation of Professors of Lubango in Angola. Does he/she think about as scientific problem the query How to contribute to the supercoil of the educational ones on the Education for the Health in the School of Formation of Professors of Lubango? And as objective of the investigation: To design a strategy has more than enough Education for the Health to contribute to the supercoil of the educational ones in the School of Formation of Professors of Lubango in the Republic of Angola.

What led to meditate around the scientific idea to defend that it is framed in the supercoil of the educational ones on the Education for the Health like study object and in the supercoil of the educational ones on the Education for the Health in the School of Formation of Professors of Lubango like action field. In the course of the work solution is given to the investigation tasks, being necessary the basics, the objective, principles, characteristic and it structures of the proposed strategy, as well as the actions that integrate each stage, what facilitates the traffic from the initial state to the one wanted.

The strategy of proposed supercoil is useful, feasible and practical, because it contributes a system of actions related to each other, and its concretion allows to enable / overcome to the educational ones on the Education for the Health for its appropriate orientation in the formation process of educational and it represents a practical tool of promotion that allows to improve the coordination of actions among the professionals of the education and of the health.

Key words: Education and Health.

Introducción

La superación de los docentes en la Educación para la Salud (EPS) es una preocupación de los gobiernos y de las organizaciones internacionales que trabajan en cooperación para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones mundiales en diferentes contextos sociales.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas dirigidos a la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, planteados en el año 2000 por los representantes de 189 países, incluidos 147 Jefes de Estado y de Gobierno los que fijaron su cumplimiento para el año 2015, se determinaron varias acciones concretas entre las que se encuentran: "… ampliación de (…) la capacitación de los maestros para sensibilizarlos a las cuestiones de género, la promoción del valor de la educación de la niña". "…Impartir mejor educación para mejorar la salud y el bienestar de los pobres".[18]

La información y la promoción del conocimiento es uno de los valiosos instrumentos para la participación en los cambios de los estilos de vida. Sin duda es una opción para el desarrollo humano, individual y social en el cual, la escuela es un escenario ideal ya que ella no se limita a la transmisión de conocimientos, su misión trasciende a contribuciones

[18] Objectivos do Desenvolvimento do Milénio 2000.

más elevadas que van conformando en el individuo una cultura general, de la cual forma parte la cultura en salud.

Para C. Carvajal (2009) "lograr cultura en salud precisa que desde las primeras edades se trabaje por elevar los conocimientos, desarrollar hábitos y habilidades que se correspondan con el estilo de vida saludable; crear las condiciones objetivas y subjetivas necesarias para que las personas aprendan a ordenar su conducta y lograr una vida más larga, activa y productiva. En ese proceso la salud ha de percibirse no como el objetivo, sino como una fuente de riquezas para la vida cotidiana, en el que hombres y mujeres aprendan a valorarla como un concepto positivo que trasciende la idea del organismo sano."

Lo planteado, presupone que las acciones de Promoción y Educación para la Salud que se instrumenten en el sistema educacional no sean espontáneas, ellas deben corresponderse con estrategias bien concebidas para que se satisfagan las exigencias que la sociedad requiere. De la acción conjunta entre docentes, personal de salud y la familia depende que los niños, jóvenes y adolescentes en su etapa escolar tengan acceso y oportunidad para transformar la información sobre salud que se imparte, en "…conocimientos, actitudes y prácticas saludables que les permitan cuidar y proteger su salud, así como desarrollar estilos de vida saludables en el momento actual y que los acompañen durante toda su vida."[19]

La Educación para la Salud ha sido considerada como uno de los campos de innovación pedagógica en varios países del mundo como Cuba, España, Brasil, Zimbabwe, Estados Unidos da América, México, Rusia, entre otros.

Ha sido reconocida además, la importancia de la capacitación de los docentes en el contexto de la renovación de la educación lo que queda precisado en la Recomendación 69 de la UNESCO a los Ministerios de Educación, cuando expresa que "…una mejor preparación del personal de la educación constituye uno de los factores esenciales del desarrollo de la educación y una importante condición para toda renovación de la educación."[20]

En Angola la superación de los docentes en la Educación para la Salud es una necesidad social expresada en la Constitución de la República, en la Ley de Bases del Sistema Educativo, en la Estrategia Educativa de la República de Angola, en el Manifiesto Electoral y en el Programa de Gobierno del Movimiento Popular de Liberación de Angola (MPLA).

Las direcciones de la Educación para la Salud, expresadas en estos documentos se corresponden además, con el pensamiento social del Dr. António Agostinho Neto, Héroe Nacional y el Eng. José Eduardo dos Santos, Presidente de la República de Angola. Para Dos Santos (2005), "en la actual coyuntura, tenemos consciencia de que el esfuerzo concentrado en el campo de la educación, del saber y de las nuevas tecnología de la comunicación ocupa el primerísimo lugar en la jerarquía de las necesidades que son vitales para superar la pesada herencia que nos tocó y para saltar etapas en la busca del

[19] Joao Yunes, José María Paganini, (1986). "Escuelas promotoras de salud: Modelo y guía para la acción." HSP/SILOS - 36. OPS/OMS. Washington, D.C. USA.

[20] La Educación encierra un tesoro. (1996). Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI presidida por Jacques Delors. Santillana S.A. Madrid. España. p.161.

bien estar social y del desarrollo."[21] "… la explosión escolar en el sistema de la enseñanza, que aseguró el acceso al conocimiento y la formación de cuadros, a la creación de un sistema cobertura mínima de la salud…"[22]

Por su parte, la Estrategia del Gobierno proyecta la adopción de varios programas de formación y de superación de cuadros educacionales y plantea que "las generaciones más jóvenes deberán trabajar en el sentido de promover la salud para mejorar el estilo de vida de los angolanos."[23]

En el Programa del MPLA (2012-2017), queda expresada la necesidad de la Educación para la Salud, del combate a las drogas y a la violencia, como condiciones para elevar la calidad de vida del pueblo angolano y propone para alcanzarlo "la promoción de salud y el servicio nacional de salud, la participación de los ciudadanos, las familias y la comunidad,"[24] para lo que se precisa de la superación de los docentes en la Educación para la Salud.

Estas consideraciones ratifican que en la República de Angola la formación permanente de los docentes y la Educación para la Salud cobra cada vez mayor importancia, sin embargo, en la actualidad ello resulta insuficiente, en particular, el enfoque pedagógico de este última y las investigaciones en este campo son escasas y centradas fundamentalmente en estudios epidemiológicos de algunas enfermedades como la malaria, la tuberculosis, cólera entre otras como el VIH/sida, las drogas, el tabaco, el alcoholismo y, entre otras.

El trabajo de investigación científica en el campo de la EPS en Cuba, ha sido amplio y diverso. Sus principales aportes han estado dirigidos hacia propuestas didácticas y metodológicas para la EPS en diferentes niveles de educación, propuestas de modificación curricular, estrategias para su tratamiento como materia transversal del currículo; así como la instrumentación de diversas formas de estudios avanzados para la atención integral a la salud y la determinación de modelos teórico - metodológicos y la elaboración de estrategias de superación del docente en ejercicio, (Aguiar, 1979; Sánchez, 1997; Torres, 1999; Carvajal, 2000; Castelo, 2002; Valente, 2003; Torres y Carvajal, 2009; Alcides, 2012); entre otros.

Estas investigaciones ofrecen importantes aportes en cuanto a la EPS con un enfoque pedagógico, como es la determinación de la concepción metodológica de la EPS en el ámbito escolar, los conceptos básicos, las bases en que se sustenta, los objetivos generales y específicos así como los documentos rectores que norman el trabajo (Torres, 1999). Estos aportes constituyen referentes de incuestionable valor para esta investigación, no obstante resulta necesario su contextualización a la realidad angolana.

El autor de esta investigación se interesa en esta problemática desde el año 2006, primero como estudiante del Instituto Superior de Ciencias de la Educación de Lubango en la que realizó su tesis de grado vinculada a la Educación para la Salud desde su trabajo en el Gobierno Provincial de Huíla en la gestión, planificación e elaboración de

[21] Discursos do Camarada Presidente José Eduardo dos Santos, (2006). "Intervenção de Sua Excelência José Eduardo dos Santos, Presidente da República de Angola, por ocasião da sua visita de estado à República Federativa do Brasil, 03 de Maio de 2005. Brasília. Brasil.
[22] Discursos do Camarada Presidente José Eduardo dos Santos, (2006). "Discurso pronunciado por Sua Excelência José Eduardo dos Santos, Presidente da República de Angola, por ocasião do 30º aniversário da independência nacional, 11 de Novembro de 2005. Luanda. Angola.
[23] Programa del Gobierno del MPLA 2012-2017. www.mpla.ao. Pág. 35-36.
[24] Programa del Gobierno del MPLA 2012-2017. www.mpla.ao. Pág. 35-36.

proyectos por más de 18 años y posteriormente en la colaboración FNUAP en casi 10 años.

En el pre-diagnostico dirigido a los docentes de la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, realizado por el autor, la mayoría de ellos afirma que la Educación para Salud es una tarea de los profesores de Biología, sin embargo, para investigadores cubanos como N. Cambraia (1997); M. Torres (1999), C. Carvajal (2000); entre otros, coinciden que ello debe potenciarse desde el contenido de todas las disciplinas conformando así la transversalidad y el atravesamiento cultural de estos contenidos y valores en el currículo, consideraciones con los que el autor coincide pues todos los docentes por su responsabilidad en la formación integral, deben incorporar a su trabajo el desarrollo de un sistema de conocimientos, habilidades y actitudes que fomenten estilos de vida satisfactorios en los alumnos; para ello resulta indispensable, que logren reducir al mínimo la incidencia de factores asociados a la salud. Estas consideraciones acercaron al autor a identificar las situaciones problemáticas siguientes:

- Es insuficiente el conocimiento de los fundamentos teóricos y metodológicos de la EPS.
- Es limitado el desarrollo de habilidades para diseñar actividades docentes, extradocentes, de educación familiar y del trabajo comunitario a partir de la identificación de las principales problemáticas de la salud.
- El trabajo de EPS se limita al desarrollo de actividades espontáneas de educación sanitaria y excluye espacios de intervención educativa.
- Las orientaciones metodológicas que reciben los docentes no conducen a una preparación suficiente para la orientación de la EPS en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango.
- Relaciones profesor/alumno caracterizadas por la imposición y el autoritarismo en deterioro de la adecuada armonía, la comunicación y el fortalecimiento de la autoestima necesaria a la salud mental.

Lo anteriormente expresado permitió al investigador identificar la contradicción fundamental que se manifiesta entre la insuficiente preparación teórica y metodológica que tienen los docentes sobre la Educación para la Salud y la necesidad que tienen de estar bien preparados para orientar la Educación para la Salud, de manera intencionada desde la transversalidad de este contenido y en todos los espacios educativos en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango. Esto posibilitó formular el siguiente **problema científico**:

¿Cómo contribuir a la superación de los docentes sobre la Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango?

Para dar solución al problema científico, se plantea como **objetivo** de la investigación: Diseñar una estrategia sobre Educación para la Salud para contribuir a la superación de los docentes en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango.

El **objeto de investigación:** La superación de los docentes en Educación para la Salud y como **campo de acción:** La superación de los profesores en Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango.

En correspondencia con el problema y el objetivo propuesto, se planteó la siguiente **Idea científica a defender**:

La propuesta de una estrategia de superación en Educación para la Salud sustentada en la relación cultura - educación - salud y en la unidad de la promoción y la Educación para la Salud contribuirá a la preparación de los profesores para orientar estos contenidos en la formación de los profesores de la enseñanza primaria y de la secundaria básica.

Para dar continuidad a la investigación se plantearon las siguientes **tareas de investigación**:

1. Sistematización de los fundamentos teórico - metodológicos acerca de la Educación para la Salud.
2. Caracterización del estado actual de la preparación sobre Educación para la Salud de los docentes en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango.
3. Elaboración de una estrategia de superación a los docentes sobre la Educación para la Salud.
4. Valoración de los resultados de la aplicación práctica de la estrategia de superación a los docentes sobre la Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango.

Para el desarrollo de las tareas, se emplearon los siguientes métodos teóricos de investigación:

- Histórico-lógico: Para explorar y profundizar en los antecedentes del objeto que se investiga, en el estudio de la trayectoria de la Educación para la Salud en el proceso de formación de profesores y determinar sus tendencias en Angola.
- Inductivo-deductivo para establecer generalizaciones de las diferentes tendencias teóricas sobre la superación de los docentes y la Educación para la Salud. En la elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- Modelación para conformar la estrategia de superación sobre Educación para la Salud, dirigida a los docentes.
- Analítico-sintético para el estudio de la bibliografía y determinar las distintas tendencias teóricas sobre la superación de los profesores y la Educación para la Salud.
- Sistémico-estructural se aplicó para determinar los componentes estructurales de la estrategia de superación sobre la EPS.

Los métodos empíricos empleados en la investigación fueron:

- Observación del desarrollo de las actividades seleccionadas como base para algunas generalizaciones teóricas mediante las cuales se enriquece el conocimiento y poder analizar elementos internos de la promoción y la Educación para la Salud en el proceso pedagógico.
- Encuesta a los docentes en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, para conocer su preparación relacionada con la Educación para la Salud.
- Entrevista grupal a los docentes en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, sobre la Educación para la Salud.
- Entrevista grupal a los directivos en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, sobre la Educación para la Salud.
- Pruebas pedagógicas para determinar los conocimentos y habilidades de los docentes para a constatación do estado inicial e final.
- Análisis documental permitió profundizar sobre los criterios oficiales del Estado angolano en relación con las exigencias que sobre la Educación para la Salud se requieren en la formación de profesores.
- Consulta a expertos para determinar la calidad de la propuesta de superación de los docentes en Educación para la Salud.

Los Métodos matemáticos y de la Estadística Descriptiva empleados en la investigación fueron:
El análisis porcentual utilizado en la tabulación de los datos derivados de la aplicación de los instrumentos y la representación en tablas y gráficos para la comparación de los resultados.
La **población** y **muestra** se presenta en el cuadro siguiente:

Población	**Muestra**	**%**
83 docentes	25 docentes	30
3 directivos	3 directivos	100

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria.

La pertinencia y la actualidad, radica en que se utiliza la investigación para abordar la superación de los docentes en Educación para la Salud desde la Escuela de Formación de Profesores de Lubango. El reto que se asume es la promoción de la salud en la sociedad angolana en aras de contribuir al desarrollo de estilos saludables de vida en la población.
Novedad científica se elabora en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, una estrategia de superación para los docentes sobre Educación para la Salud, con un nuevo enfoque teórico - metodológico, en correspondencia con el contexto actual de la nueva reforma educacional y cultural de la República de Angola. Aporta un sistema de acciones relacionadas entre sí, y su concreción permite superar/capacitar a los docentes sobre la Educación para la Salud para su adecuada orientación en el proceso de formación de docentes y representa una herramienta práctica de promoción, que permite mejorar la coordinación de acciones entre los profesionales de la educación y de la salud.

La **contribución a la teoría** pedagógica radica en la fundamentación de la estrategia de superación para los docentes sobre Educación para la Salud como eje dinamizador que parte de las relaciones esenciales que se establecen entre cultura – educación – salud, enriquecido con la propuesta teórico - metodológica y las dimensiones e indicadores determinadas por el autor.
La **significación práctica** consiste en la implementación de la estrategia de superación para los docentes sobre Educación para la Salud en la Escuela de Formación de Profesores de Lubango, orientada desde los fundamentos teóricos y metodológicos de contenidos básicos y con el apoyo de un programa y guía metodológica que permite su aplicación práctica.

Se exponen las características esenciales del objeto de estudio y la presentación de su diseño teórico - metodológico. Trata sobre los referentes teórico - metodológicos que sustentan la superación de los docentes y las tendencias de la Educación para la Salud en el ámbito escolar. Se caracteriza la situación actual de los docentes de la Escuela de Formación de Profesores de Lubango sobre su superación relacionada con la Educación para la Salud y de los elementos metodológicos requeridos para su implementación en la práctica pedagógica, así como la presentación de la estrategia de superación para los docentes sobre Educación para de la Salud y la valoración de su instrumentación práctica.

Referencias bibliográficas y bibliografía

1. Aguiar López, M. (1979). “La asimilación del contenido de la enseñanza”. Editorial Pueblo y Educación. La Habana. Cuba.
2. Alcides A. A. R. Zayas, (2012). “La educación de la sexualidad dese los enfoques de género, de derechos y sociocultural en la promoción de la salud y reproductiva”. Ministerio de Educación. Cuba.
3. Batista, N. La integralidad en la formación del egresado: un imperativo universitario. Revista Contactos No. 22 UAM. México, 1997.
4. Calandua Lupolo Lombe, (2006). “Nível de conhecimento dos alunos e professores de biologia da 7ª classe da escola “1º de maio” do Lubango, sobre as medidas para erradicação da malária (paludismo).” Trabalho de fim de curso apresentado para obtenção de título de Licenciado em Ciências da Educação. Opção: Biología. Universidade Agostinho Neto, Centro Universitario da Huíla, Instituto Superior de Ciências de Educação. Lubango. Angola.
5. Carvajal C. y Torres G. (2009). “Promoción de la salud en la escuela cubana”. Teoria y metodología. Ministerio de Educación. Edición y diseño: Molinos Trade. Cuba.
6. Carvajal, C. La educación para la salud en la escuela. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 2000.
7. Castillo, M. E. (2002). “Un modelo didáctico para la formación del modo de actuación profesional desde la disciplina de Historia de Cuba”. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias pedagógicas. Pinar del Río, Cuba.
8. Colectivo de autores, (2011). “Educación de la sexualidad y prevención de la ITS y el VIH/SIDA desde los enfoques de género, de derechos y sociocultural”. Orientaciones metodológicas educación secundaria básica, preuniversitaria, técnica y profesional y de adultos. ”. Ministerio de Educación. Cuba.
9. Colectivos de autores, (2011). “Evidencias de buenas prácticas de promoción de la salud en las escuelas cubanas”. Ministerio de Educación. Cuba.
10. Discursos do Camarada Presidente José Eduardo dos Santos, (2006). “Intervenção de Sua Excelência José Eduardo dos Santos, Presidente da República de Angola, por ocasião da sua visita de estado à República Federativa do Brasil, 03 de Maio de 2005. Brasília. Brasil.
11. Discursos do Camarada Presidente José Eduardo dos Santos, (2006). “Discurso pronunciado por Sua Excelência José Eduardo dos Santos, Presidente da República de Angola, por ocasião do 30º aniversário da independência nacional, 11 de Novembro de 2005. Luanda. Angola.
12. Elisa K. Rodríguez, (2005). “Psicología de la salud”. Editorial Félix Varela. Vedado, Cuidad de la Habana. Cuba.
13. Giselda S. Ramos y Aida R. Cabrera, (2013). “Investigación para la promoción de la salud sexual y reproductiva”. Experiencias en el contexto cubano. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
14. Joao Yunes, José María Paganini, (1986). “Escuelas promotoras de salud: Modelo y guía para la acción.” HSP/SILOS -36. OPS/OMS. Washington, D.C. USA.
15. La Educación encierra un tesoro. (1996). Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI presidida por Jacques Delors. Santillana S.A. Madrid. España. p.161.
16. Moon, B. (2002). “La formación docente en Inglaterra: perspectiva nacional e internacional en: Formación docente: Un aporte a la discusión”. Inglaterra.
17. Objectivos do Desenvolvimento do Milénio 2000.
18. Paniagua María E. (2002). “La formación y la actualización de los docentes de secundaria”. Herramientas para el cambio en educación secundaria: un camino para

el desarrollo humano.
19. Pastor C. F. Serrate, (2010). “Intersectorialidad en la salud fundamentos y aplicaciones”. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba.
20. Pedro L. C. Alegrat, (2006). “Educación sexual con los jóvenes de preuniversitario, educación técnica y universidades pedagógicas”. Ministerio de Educación. Cuba.
21. Programa del Gobierno del MPLA 2012-2017. www.mpla.ao. Pág. 35-36.
22. Sánchez, José M. y otros. (1997). Formación permanente de profesores de Ciencias Experimentales. Red Gacela. Universidad de Alcalá, España.
23. Soussan, G. (2002). “La formación de los docentes en Francia”. Los institutos universitarios de formación de maestros IUFM en Formación docente: un aporte a la discusión.
24. Torres, Ma. A. et all. Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el SNE. La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1999.
25. Valiente Sondó, P. (2003). “Un modelo teórico metodológico para la dirección de la superación postgraduada de docentes y directivos educacionales”. Material digitalizado. Universidad Pedagógica “José de la Luz y Caballero”. Cuba.
26. Villegas-Reimers, Eleonora. (2002). “Formación Docente en los Estados Unidos de Norteamérica: Tendencias recientes en sus prácticas y políticas”. USA.

ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA Y ATENCIÓN EN POBLACIÓN GERIÁTRICA Y CORRELACIÓN DE LOS ESTADOS COGNITIVOS CON POBLACIÓN JUVENIL.

Gastélum – Leonardo & Meléndez – Jaime
Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, Baja California, México; Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Resumen
La Atención - Memoria, son funciones psicológicas básicas, que en conjunto cumplen una función vital para desarrollo psicosocial de las personas: la adaptación. Conforme avanzamos en las etapas evolutivas del desarrollo, las funciones que permiten esta adaptación sufren un deterioro natural, sin embargo no compromete la capacidad de evocar sucesos del pasado y aprender de ellos; aquí encontramos la función principal de la neuroplasticidad donde asimila, organiza y modifica información, la cual es percibida del entorno. Como entes bio-psico-sociales, poseemos biológicamente estructuras nerviosas (S.N.C. y S.N.P.), psicológicamente tenemos un psique, la cual da forma a nuestra personalidad y brinda una percepción de nuestro entorno y finalmente contamos socialmente con redes de apoyo y la necesidad innata y evolutiva de la interacción, la tendencia a relacionarnos con otros, permitiéndonos ajustar armoniosamente a nuevos contextos, que esta era de tecnología está proponiendo.
Palabras claves: *Neuroplasticidad, Atención, Memoria, Estimulación cognitiva, Aprendizaje, Psicosocial, Adaptación, Deterioro*

Abstract
Attention - Memory, are basic psychological functions, which together play a vital psychosocial development of individuals function adaptation. As we move forward in the evolutionary stages of development , functions that allow this adaptation are subject to natural deterioration , however does not compromise the ability to evoke past events and

learn from them ; here we find the main function of neuroplasticity which assimilates , organizes and modifies information which is perceived in the environment. As authorities bio -psycho- social, possess biological neural structures (CNS and PNS) have a psychologically psyche, which shapes our personality and provides a perception of our environment and we finally socially supportive networks and innate need and evolution of the interaction , the tendency to relate to others , allowing us to adjust harmoniously to new contexts , this technology was being proposed.

Keywords: *Neuroplasticity, Attention, Memory, Cognitive Stimulation, Learning, Psychosocial, Adaptation, Impairment*

Introducción

La presente investigación se refiere al tema de la estimulación de la memoria y atención en población geriátrica. Las primeras variables de memoria y atención fueron tomadas, debido a que son necesarias para la adaptación, lo que conlleva al aprendizaje, permitiendo generar nuevos conocimientos o mantener una cognición. Finalmente el aumento de la expectativa de vida, que ha traído como consecuencia el incremento de la población geriátrica y enfermedades degenerativas, conlleva a un alto costo de la salud de estas afecciones que obliga a la búsqueda de modalidades terapéuticas económicas y eficaces, se busca principalmente una herramienta que pueda implementarse con las nuevas tecnologías.

Para analizar la problemática es necesario mencionar las causas, por ejemplo ¿De qué manera se puede detectar un deterioro cognitivo natural por envejecimiento, de un deterioro crónico neurodegenerativo por parte de una enfermedad?; se busca conocer ¿Cuál es el estado de memoria y atención? De la población geriátrica, con los de una población juvenil de estudiantes universitarios. Una persona que es capaz de adaptarse adecuadamente a una sociedad, tendrá una mejora significativa en el autoestima, la eficiencia y la planeación de metas a futuro; generando un mantenimiento de sus funciones cognitivas.

- **Hipótesis 1**: la población juvenil posee un procesamiento de la memoria y atención mayor en correlación con la población geriátrica

- **Hipótesis 2**: la población geriátrica posee un procesamiento de la memoria y atención similar en correlación con la población juvenil

Objetivos

- Conocer la capacidad que tiene la población geriátrica chilena para asimilar, organizar y modificar información, basado en el proceso superior de la Atención- Memoria, mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas.
- Correlacionar pruebas utilizando el método A-B, en conjunto con una población joven.
- Realizar Terapia Cognitivo-Social anudando con la tecnología, fortaleciendo el establecimiento de redes sociales y estimulación cognitiva.

Antecedentes

La estimulación cognitiva en la población geriátrica, puede remontarse a la Orientación a la Realidad (OR), que se desarrolló a fines de los años cincuenta como una respuesta a la confusión y a la desorientación, en los pacientes mayores de unidades hospitalarias de Estados Unidos de América. La OR recalcó la participación de los asistentes de enfermería en un proceso terapéutico esperanzador. Aunque llegó a asociarse con un enfoque rígido y de enfrentamiento para los pacientes con demencia, lo cual dio lugar a un uso cada vez menos común. Así mismo Sohlberg y Mateer en 1987 / 2001; realizaron una implementación de un tratamiento llamado “Attention Process Training Programs (APT)”, la cual está basada en una búsqueda extensiva que está ampliamente publicada

en la rehabilitación cognitiva y los problemas de lectura; este programa de tratamiento terapéutico esta designado para adolescentes, adultos y veteranos con medio, moderado y severo traumatismo cerebral y otros desórdenes neurológicos. En la actualidad en 2011 la CENETEC realizó una "valoración geronto-geriatrica integral en el adulto mayor ambulatorio", la cual busca identifica a los adultos mayores con alto riesgo de declinación funcional, morbilidad y mortalidad, para otorgar un plan de intervenciones no farmacológicos y una prescripción razonada.

¿Cuáles son las posibles implicaciones de las evidencias encontradas?

Algunas de las posibles implicaciones, es la estandarización a nivel México, con la finalidad de desarrollar un programa terapéutico no farmacológico que pueda arrojar una valoración sobre el rendimiento cognitivo de la población geriátrica y generar potenciales de tratamiento. La intención es que este desarrollo pueda aplicarse de manera general a la estimulación de la atención y la memoria en la población geriátrica con o sin Daños cerebral. Además, brindar capacitaciones a profesionales de la salud y a cuidadores primarios, sobre terapias alternas no farmacológicas, mejorando así la calidad de vida del paciente y también de su cuidador.

Método

Participantes:

Una muestra de 10 participantes, de los cuales 5 son adultos mayores, de sexo femenino, con una edad media de 69.2 años, de las cuales 2 tienen estudios de media superior y 3 cuentan con estudios superiores concluidos, las 5 presentan diferentes ocupaciones como pensionada, profesora, secretaria, enfermera y ama de casa; los otros 5 participantes son alumnos regulares de la Universidad de Valparaíso, 2 de sexo masculino y 3 de sexo femenino, con una edad media de 23.8 años, los cuales se encuentran cursando el 3er año de la Licenciatura en Psicología.

Diseño de la investigación:

El diseño de investigación es de tipo descriptiva con el Modelo A – B; en la cual se busca conocer el tipo de impacto cuantitativo y cualitativo que tiene la terapia Cognitivo – Social en la población geriátrica y posteriormente realizar una correlación con la población juvenil.

Instrumentos:

El material fue tomado de la Evaluación Neuropsicológica del Adulto Mayor: Dx Diferencial del DCL y la Demencia (Villa, 2013). Con el objetivo de comprobar la confiabilidad de la batería de pruebas en otro País de Latinoamérica. Se agradece al autor del material al Dr. Miguel Ángel Villa Rodríguez.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de escrutinio: Mini Examen del Estado Mental (Reyes et al., 2006), Escala de Depresión Geriátrica (Yasevage et al., 1976) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody, 1969); siendo aplicados en una sola sesión.

Además de la aplicación de una batería de pruebas para la evaluación geriátrica: Figura de Rey (copia), Trail Making Test (Parte A y B), Cuestionario Disejecutivo (DEX-sp), Figura de Rey (Memoria 5 Minutos después) y Fluidez Verbal (Animales y Palabras con "P".

Procedimiento:

Figura de Rey (Copia)

Se presentó la hoja del protocolo en la que está impresa la figura y se pone delante del Sujeto y se le pide que copie esa figura, lo más exactamente que pueda. Se utilizaron para la copia 3 marcadores de color azul, rojo y verde. Se le entrega al S. primero un marcador de color *azul* y se le pide que inicie el dibujo. Cuando el S. haga una pausa en el dibujo se le pide que cambie de color, se le entregará un marcador *rojo*; cuando vuelva

a hacer una pausa se le dará el tercer marcador, que será de color *verde*. Se debe tomar el tiempo total empleado en la copia de la figura.

Trail Making Test (parte A y B)

APLICACIÓN DE LA PARTE A

Cuando el S. esté listo para iniciar, ponga delante suyo la muestra A, dele un lápiz y diga: *En esta hoja (señale) hay algunos números. Empiece en el número 1 (señale) y trace una línea del número uno al número 2 (señale el 2), luego del 2 al 3 (señale 3), del 3 al 4 (señale 4) y así hasta que llegue al final (señale el circulo que dice END). Trace las líneas lo más rápido que pueda y no levante el lápiz del papel. ¡Listo! ¡Empiece!*

Ponga en marcha el cronómetro. Si el S. comete un error, llame su atención inmediatamente y haga que el S. continúe desde donde cometió el error hacia el siguiente número. No pare el cronómetro.

Si el S. completa la parte A sin error, retire la hoja. **Registre el tiempo en segundos**. Los errores sólo cuentan porque incrementan el tiempo de realización. Diga: *¡Muy bien! Vayamos ahora a la siguiente parte*. Continúe inmediatamente con la parte B.

APLICACIÓN DE LA PARTE B

Coloque la hoja con la muestra de la parte B delante del S. señale la muestra y diga: *En esta hoja hay algunos números y algunas letras. Empiece en el número 1 (señale) y trace una línea hasta la letra A (señale la "A"), luego de la A al 2 (señale el 2), del 2 a la B (señale la "B") de la B al 3 (señale el 3) y así hasta llegar al final. Recuerde, primero tiene un número (señale el 1), luego una letra (señale "A"), luego un número (señale el 2), luego una letra (señale "B") y así en adelante. Trace las líneas lo más rápido que pueda. ¡Listo! ¡Empiece!*

Si el S. comete errores en la muestra B, señáleselos y explíquele. Siga el mismo procedimiento de la muestra A, hasta asegurarse que el S entiende perfectamente lo que tiene que hacer o sea evidente que no puede realizar la tarea.

Ponga en marcha el cronometro. Si el S. comete un error, llame su atención inmediatamente y haga que el S. continúe desde donde cometió el error hacia el siguiente número. No pare el cronómetro.

Si el S. completa la parte B sin error, retire la hoja. Registre el tiempo en segundos. Los errores solo cuentan porque incrementan el tiempo de realización. Diga: *¡Muy bien! Hemos terminado.*

Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp)

Los 20 ítems evalúan:

1. Problemas en el pensamiento abstracto
2. Impulsividad
3. Fabulación
4. Problemas de planificación
5. Euforia
6. Problemas de secuencia temporal
7. Falta de insight
8. Apatía
9. Desinhibición
10. Dificultades en el control de los impulsos
11. Respuestas afectivas superficiales
12. Agresión
13. Falta de interés
14. Perseveración
15. Inquietud
16. Falta de habilidad para inhibir respuestas
17. Disociación entre conocimiento y respuestas
18. Disociación entre conocimiento y respuesta
19. Distractibilidad
20. Pobre habilidad en la toma de decisiones
21. Falta de interés por las reglas sociales

Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, entre “nunca” y “con mucha frecuencia”. El análisis factorial original relevó la existencia de 5 factores ortogonales: inhibición, intencionalidad, memoria ejecutiva, y dos factores relacionados con la emocionalidad y los cambios de personalidad denominados afecto positivo y negativo. Los primeros 3 factores se relacionaron con puntuaciones en test neuropsicológicos. En esta investigación se utilizó la traducción al español realizada por Pedrero et al. (2009).

Fluidez Verbal (Animales – Palabras con “P”)

Se deberán registrar en el formato las palabras dichas por el S. y además de deberá grabar el audio. Esto es necesario para análisis posteriores así como para obtener índices de confiabilidad. Las instrucciones son las siguientes, siguiendo el manual de aplicación del test Barcelona Revisado (Peña-Casanova, 2005). Al terminar de decir las instrucciones se pone en marcha el cronómetro y se cuenta un minuto. Recuerda que debe escribir todas las respuestas y anotar también cualquier comentario, asimismo debe encender la grabadora.

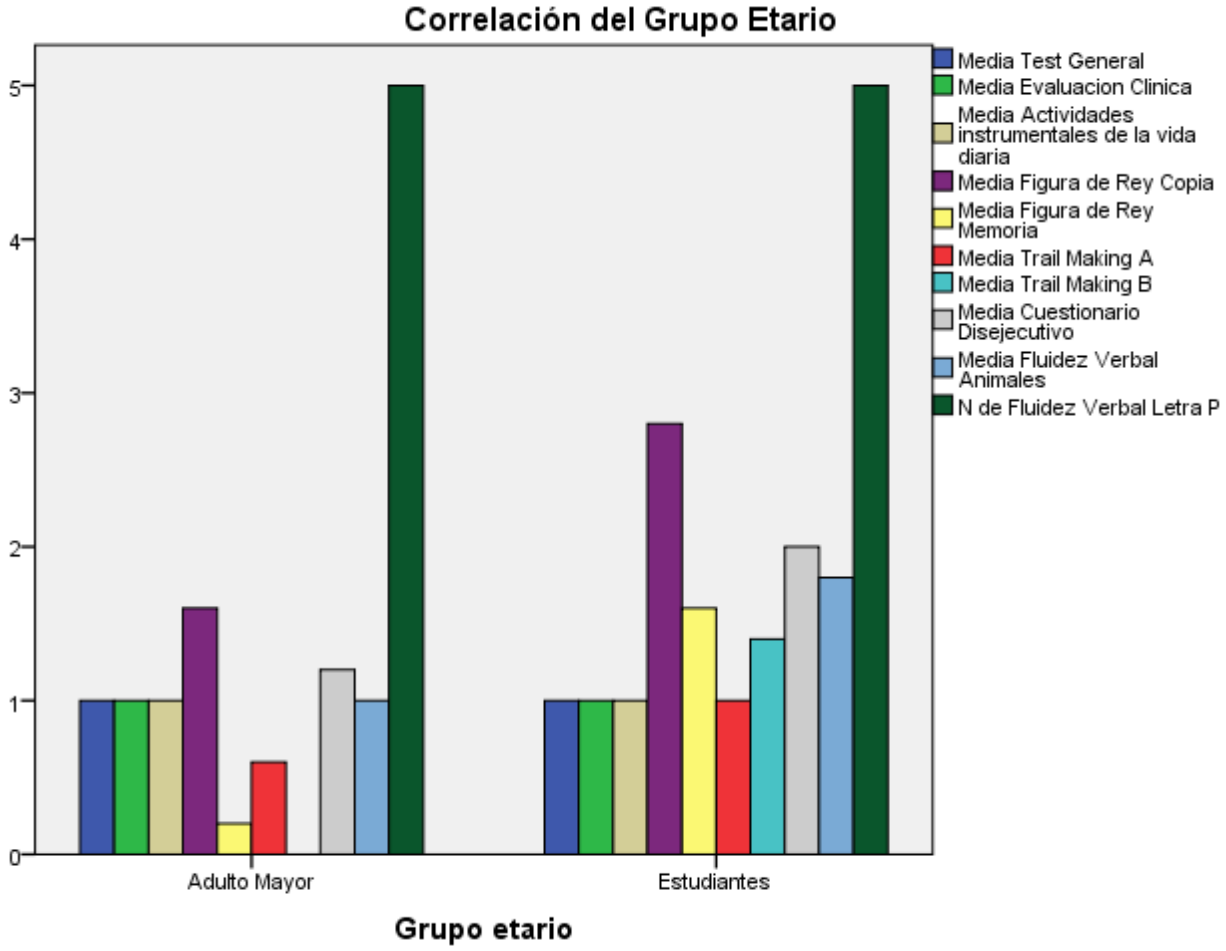
ANIMALES:

“Ahora se trata de que usted diga el máximo posible de nombre de animales durante un minuto, yo lo voy a contar. Puede decir nombres de animales domésticos, que vivan en bosques, en la selva, en el mar… todos los que quiera… por ejemplo, puede empezar con el perro… ¡Continúe!”

PALABRAS CON P:

"Ahora le voy a pedir que diga el máximo posible de palabras que empiecen con la letra 'P' durante un minuto. Puede decir todo tipo de palabras excepto plurales o masculinos y femeninos. Tampoco se vale conjugar verbos ni utilizar derivados, si por ejemplo le pidiera palabras que iniciaran con la letra 'C' y usted dijera casa, no puede decir casita, casona, etc… ¡Bien! Palabras que empiecen con la letra 'P', Por ejemplo papel ¡siga usted!"

Resultados



En relación con las pruebas aplicadas y las correlaciones hechas, se observa que en cuestiones generales en el Mini Examen Mental (MMSE) de Folstein, que los alumnos presentaron un rango de error más amplió a diferencia de los adultos mayores; donde cabe destacar que los alumnos presentaron mejor coordinación ojo-mano y una mejor aplicación de la atención y concentración en la copia del dibujo.

En base a la aplicación de la "Figura de Rey" en la copia no se presentaron complicaciones aparentes, sin embargo en la memoria, se observa que los Adultos Mayores mostraron déficit en la organización espacial, planeación, regulación y verificación del dibujo. En Trail Making Tipo A y B, los Adultos Mayores revelaron dificultad en la velocidad de atención, secuencialidad, flexibilidad y búsqueda visual y motora.

En el cuestionario Disejecutivo, se observa que los alumnos presentaron mayor dificultad para entablar relaciones personales serias y mantener un sentido de pertenencia, lo que provoca una volubilidad en el cambio de metas y propósitos.
En “Fluidez Verbal” los Adultos Mayores mostraron un mayor rango de palabras, por lo que se puede concluir que se mantienen las conexiones semánticas frescas, no muestran dificultades léxicas ni semánticas.
Referente a la autoestima de los adultos mayores, solamente 1 de 4 casos presentó depresión, por lo que se considera un estado general de autoestima adecuado en la población geriátrica, permitiendo una apropiada intervención terapéutica; esto generó efectos positivos, como se contempló en la autodidáctica de lo mostrado durante las sesiones, posteriormente se observó una mejora en las áreas de sociabilidad y cognición.
En relación con la técnica de video juegos interactivos implementado para el reforzamiento de la memoria y atención, se observó que los adultos mayores se mostraban somnolientos o distraídos, además las sesiones relacionadas con esta técnica, se efectuó de manera grupal, por ende la población no manipuló ningún equipo computacional, comprometiendo el aspecto autodidáctico. Lo que puede influir en la metodología de trabajo. Sin embargo no se presentaron rasgos positivos de significancia, al contrario el manejo de estimulación mediante la coordinación ojo – mano, generó que se presentaran mejores resultados, que utilizando la tecnología interactiva.
Por lo tanto la hipótesis 1 queda aprobada, demostrando que la población juvenil posee un mejor procesamiento de la memoria y atención que la de la población geriátrica.

Discusión

Se concluye en base a las evaluaciones y observaciones realizadas que: los adultos mayores presentan un adecuado entrenamiento de las funciones superiores, más sin embargo no hay un grado de significancia lo suficientemente correspondiente, en el cual podamos llegar a realizar un diagnóstico, se sugiere una implementación de la investigación a una población más vasta.
Sin embargo en correlación con la población juvenil, se muestra un desfase significativo en aquellas valoraciones de ejecución rápida y de precisión, es por ello que la hipótesis primaria es acertada, considerando el rango de edad que tienen ambas poblaciones y las variaciones de estudios que estás poseen. Además de que esta investigación permite dar hincapié a nuevos proyectos como “el entrenamiento de la coordinación ojo-mano”.
Según refiere Redolar, 1998, “el entrenamiento cognitivo y condiciones ambientales, permiten un mantenimiento de la sinapsis además de experiencias enriquecidas producen cambios positivos en la neuroquímica y neuroanatomía funcional. La ocupación y el estilo de vida, el contacto social, el mantenimiento de una familia permiten correr un menor grado de riesgo de un declive cognitivo”.
Se observó en los adultos mayores en comparación con los estudiantes, mantienen un adecuado rango general de memoria, es decir no presentan ninguna dificultad específica, sin embargo en el Test de Figura de Rey Memoria, se contempló una discrepancia significativa en relación con la Figura de Rey Copia; donde hubo dificultades para organizar, diferenciar y clasificar estímulos que se encontraban indiferenciados dentro del dibujo.
La ejecución de dichas interacciones semanales, provocó una mejora en la autoestima, en la motivación, creatividad, innovación, atención y concentración de los adultos mayores. Anudando eso los aportes teóricos que se les presentaba y la facilidad tecnológica que permitía abarcar una amplia gamas de accesos a la información.
Y haciendo mención del Dr. Don Ramón y Cajal que menciona “en los cerebros adultos las vías nerviosas son algo fijas; terminando e inmutable. Todo puede morir nada puede regenerarse; el cambio en el cerebro es permanente, lo que le da la oportunidad de elegir y eliminar información”.

Se mantiene el acuerdo de que las vías nerviosas terminales, sin embargo aún en edad avanzada pueden tender a una mutación, ya sea esta con el fin de un deterioro o un mantenimiento, lo que preserva principalmente el sustento cognitivo; es la proliferación de conexiones nerviosas. De la misma manera que se cortan las ramas de un árbol para que estás crezcan más grandes y gruesas; de esa misma manera perseveran en nuestro S.N.C.

Se sugiere continuar implementando la terapia cognitivo – social, fortaleciendo ampliamente el área social, bien es visto que la mejora grupal es favorable que la individual, por lo general se tiende a estimar que las personas de edad avanzada, no cuentan con una adecuada capacidad de aprendizaje a diferencia de los jóvenes, lo que nos lleva a concluir que la capacidad plástica del cerebro aún permanece y se mantiene disponible al entrenamiento, a pesar de superar las etapas fértiles del desarrollo humano.

Actualmente la población geriátrica se encuentra motivada a mantenerse activa, otro aspecto a considerar respecto a los jóvenes, donde se está generando un estilo de vida sedentario.

Las actividades de la vida diaria de la población geriátrica no se ven limitadas por factores biológicos, sociales o ambientales. En base a las pruebas que se aplicaron, se esperaba que los adultos mayores resultaran deficientes en el área de la memoria y resultó que se ha mantenido un buen almacenamiento de los recuerdos, además de una facilidad para evocar recuerdos.

La investigación tiene resultados similares a la de Redolat, R. & Carrasco, M. (1998) sobre ¿es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas?, donde los factores de salud, educación y estilo de vida del individuo son determinantes para un funcionamiento cognitivo optimo durante el envejecimiento.

La población contaba con un déficit visual provocado por el deterioro de visión, lo que se considera un factor que compromete la coordinación motora fina, observado en la evaluación de las copias de Figura de Rey. Sin embargo cabe destacar que las personas de edad avanzada, mantienen un adecuado uso de sus funciones superiores, lo que permite que se adapten al cambio dinámico que sufre su ambiente social.

Lo cual permite acertar con la investigación de Rangel, M., Damasceno, L., Santos, C., Oliveira, F., Jazenko, F. & Gawryszewski, L. (2010) sobre Deficiência visual e plasticidade no cerebro humano, donde la selectividad visual para el procesamiento de los estímulos luminosos, una donde la corteza visual se ve comprometida y permite responder a estímulos táctiles y auditivos; esto permite demuestra una organización metamodal. Esto permite entender como el cerebro se adapta a la pérdida visual y genera una garantía de la información sensorial restante; a pesar de que el trabajo con el método de entrenamiento de video-juegos no resultó de manera óptima.

Finalmente la población geriátrica mostró un desempeño óptimo en el tratamiento cognitivo- social, refiriendo que el aprendizaje obtenido era de gran ayuda para el entrenamiento posterior a las sesiones, proclamando de esta manera una autoeficacia en su rendimiento.

ESCUELA SALUDABLE MATARÓ - CATALUÑA

ANEXO
Resumen del Proyecto

Samuel Carmona Aguirre
UNIMED – Centro de Desarrollo e Innovación Médica

Fundamentación:

Este proyecto surge a partir de la necesidad de integrar en un todo coherente, la educación y la salud desde la concepción de escuela saludable como un hecho permanente en la vida de las personas.
Nos hacemos parte de la realidad actual en que estamos inmersos. Por un lado la de una cultura consumista, marcada de anti valores que diseña el mercado económico neoliberal, y por otro, la de muchas instancias progresistas de crear, desarrollar una cultura humana integral desde una sociedad consciente, activa y libre. Bajo estos principios es que proponemos este proyecto que no es otra cosa más que una puesta en marcha de acciones de unificar ideas, cosmovisiones de la vida, creando así una vinculación natural de las artes, la educación, la salud y la medicina, como herramientas naturales de mejorar la vida como Personas, en función de garantizarnos un porvenir feliz, digno y creativo, que incorpore lo mejor de la humanidad.
Estimamos que el proceso de crear-construir una sociedad coherente de acuerdo a la multiversidad de seres que la constituyan en todos los órdenes, no se limita a los esfuerzos de las instituciones, sino que requiere de la participación activa y creadora de cada individuo, en un esfuerzo permanente por mejorarse a sí mismo y al entorno. Esta aspiración requiere, necesariamente, de un complejo sistema de actitudes, valoraciones, conocimientos, experiencias concretas, búsquedas, (personales y sociales), vivencias, etc. que permitan trascender viejos esquemas, y sustituirlos por formas de ser y de pensar acordes con las características esenciales de la especie humana, o lo que es lo mismo, materializar en la vida real todas las potencialidades del ser humano, realizar la humanidad.
Debemos eliminar el consumismo, la avaricia, el egoísmo, las relaciones mercantiles injustas y depredadoras, la enajenación, la incomunicación, la discriminación de cualquier índole, la indiferencia por la suerte de los demás y otros vicios de la sociedad actual, que limitan y esclavizan a la persona humana, merman su disfrute existencial, la calidad de la existencia y la salud misma. Se ha de construir múltiples realidades de planeta.
Así mismo, debemos también alcanzar en la experiencia práctica cotidiana una calidad de vida deseada, en la que el desinterés, el colectivismo, las relaciones naturales entre las personas, así como entre las diferentes instancias organizadas, y la naturaleza, el amor, la ternura, la espiritualidad, la solidaridad, el intercambio humano y no mercantil etc. sean la regla y no excepciones, y sea cada vez más una imperiosa necesidad para aquellos que estamos empeñados en crear condiciones de participación pro activa de una cultura del conocimiento en plena consciencia.
Por supuesto, este desafío constituye un paradigma de toda la sociedad y no de un simple proyecto, pero éste se enmarca dentro de este macro proyecto.

Desarrollo:

Por un lado, educación, cultura y recreación constituyen, independientemente de sus aspectos estéticos, de información, de desarrollo, de valores, ideales y actitudes; una importante forma de concebir, planificar, discernir y proyectar nuestra existencia concreta.
Por otro lado, la salud trasciende por mucho los aspectos clínicos y de asistencia médica, para inscribirse en lo profundo de nuestra existencialidad, en cuanto disfrute, formas de pensar y de ser, proyectos de vida, búsquedas y valoraciones, que en buena medida están influenciadas, y quizás hasta determinadas, por la forma en que nos apropiamos de todo el acervo de experiencias y conocimientos que han acumulado las generaciones anteriores, y que constituye uno de los aspectos de la cultura misma.
Considerando la profunda relación existente entre estos conceptos, y su imprescindible vinculación a la forma en que una determinada sociedad organiza la vida de los individuos

que en ella manifiestan su existencia, parece llegado el momento de una práctica coherente y una reflexión consecuente acerca de estas realidades, en un proyecto que las involucre de forma sistémica; educación, salud, arte y medicina.

Misión del proyecto:

Contribuir de forma sistemática a dilucidar, de forma teórica y práctica, las relaciones existentes entre: educación, salud, cultura, arte y medicina a través de la neurociencia (neuropsicoeducación), sistema de salud pública cooperativista, multiversidad y sanalogía.

La misión del proyecto está concebida como la herencia de la actividad de todas las generaciones que nos han precedido, en cuanto a la forma en que son incorporadas por los individuos, clases y grupos existentes, y en cuanto a que implica un compromiso con determinada forma de sentir y de vivir, en estrecha relación con la posición que se ocupa dentro de la sociedad.

El proyecto constituye una forma sui géneris de intercambio humano natural, durante el cual están favorecidos los procesos de adquisición de actitudes, valores, conceptos, etc. y en el cual es posible la manifestación de las cualidades genuinas y espontáneas de los individuos y grupos, en cuanto que incorpora elementos de disfrute existencial, valorativos, de construcción activa de múltiples realidades tanto individuales como del sujeto social.

Objetivos generales:

Crear un entramado de trabajo de individuos sujetos y sujetos sociales, entidades sociales (organizaciones-escuelas-centros cívicos), promoviendo el vínculo de los niños/as y las familias de los centros educativos y de salud de la población de Mataró a través de programas específicos, de formación organizada y espontánea en multiversidad.

Promover el análisis, intercambio, reflexión y debate acerca de las relaciones entre educación, cultura, recreación, calidad vida y salud en un sentido amplio desde la participación activa en las actividades de las manifestaciones creativas autogestionadas que se desarrollan en el proyecto.

Realizar actividades prácticas de investigativas acción participativa, en función de desarrollar procedimientos y conocimientos que permitan capacitar a personas humanas como formadoras de formadores.

Promover la creación y desarrollo de un modelo de autogestión de educación y salud en el contexto de multiversidad.

Promover la práctica sistemática de despliegue creativo en psicofisiología humana, psico arte, todo arte, laboratorio de creatividad autogestionada, tanto en los participantes del proyecto escuela saludable como en la población general, como en grupos específicos de artistas, animadores sociales, monitores de arte y salud y profesionales trabajadores de la salud.

Objetivos específicos:

Capacitación de personas humanas jóvenes, alumnos de Instituto entre 16 a 20 años, como facilitadores de formadores. Estos jóvenes capacitarán a profesores en el ámbito de escuela saludable constituyendo el sujeto social-educativo.

Adquisición de habilidades y conocimientos que puedan ser utilizados en los aprendizajes sistemáticos y en la formación y desarrollo como personas proactivas en la sociedad.

Capacitar adultos mediadores, a través de espacios concretos de trabajo, que permitan dar continuidad al proyecto.

Implementación de la didáctica desarrolladora del aprendizaje.

Estructura y composición del proyecto:

La capacitación se impartirá a un número aproximado de 25 personas humanas en la ciudad de Mataró (Barcelona) a través de la relación de Arteatre, Reeixir, UNIMED y Multiversidad.
Los espacios serán aulas de escuelas concertadas, públicas y privadas, espacios de conferencia de la Fundación Hospital de Mataró y lugares abiertos públicos y privados como: calles, parques, jardines, plazas, bares, centros culturales, etc.
La metodología de trabajo será la de Investigación Acción Participativa tanto del individuo sujeto como del sujeto social. Se creará el sujeto social-educativo.
Áreas de acción participativa:

- TODOarte.
- PSICOarte.
- DNA-Desprogramación Neuro Artística.
- Laboratorio de creatividad auto gestionada.
- Neuropsicoeducación aplicada.

Otras actividades:

- Talleres de cultura, recreación y salud.
- Talleres de cultura y recreación en el trabajo.
- Talleres familia, desprogramación neuro-sexual en la cultura patriarcal.
- Tallares de deporte, cultura, arte y recreación.
- Actividades culturales.
- Organización de eventos, cursos y seminarios que permitan el desarrollo del pensamiento creador a través de la cultura y la recreación a proponer por los participantes y desarrolladas por ellos mismos.
- Cultura medioambiental y alimentaria. Soberanía alimentaria.

Estos serían algunos proyectos potenciales que podrían desarrollarse durante el macro proyecto, donde cada uno de ellos sería dirigido por el coordinador que lo proponga.

Entidades involucradas en el proyecto:

- UNIMED – Centro de Desarrollo e Innovación Médica.
- Reeixir – Asociación de personas afectadas por agorafobia y otros trastornos de ansiedad.
- Arteatre.
- Multiversidad.

Personas coordinadoras, facilitadoras y dinamizadoras del proyecto:

- Samuel Carmona.
- Enric Domingo.
- Diana Alves.
- Carme Jordá.
- Josep María Ventura.
- Isabel Alonso.

Antecedentes históricos del proyecto:

- **EAS - Escuela de Arte y Salud.** CDIM & UNIMED 2010-2011.Casa de Les Esmandies, Casal del barrio. Rda. O'Donnell, 94, Mataró (Barcelona).
- **Capacitación de Facilitadores de TODOarte - Arte y Salud – PSICOarte.** CDIM & UNIMED 2011. Casa de Les Esmandies, Casal del barrio. Rda. O'Donnell, 94, Mataró (Barcelona).
- **Facilitadores de Salud, Asociación Reeixir – Fundación Hospital Mataró.** CDIM & UNIMED 2012-2013.
- **TODOarte y Laboratorio de creatividad autogestionada,** programa de teatro en escuelas de Mataró. ARTEATRE & UNIMED 2013-2014.

¿ES SALUDABLE EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA?

ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES, BUAP

Lara Muñoz María del Carmen, Espinosa DeSantillana Irene

Dirección de Acompañamiento Universitario, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define el *estilo de vida* como la manera de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta. Es decir, está determinado por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Un estilo de vida no saludable es aquel que incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad e incluye: una dieta no sana, y/o una vida sedentaria, y/o la ingesta de alcohol y/o el hábito del tabaco y/o el mal manejo de las situaciones de la vida diaria que generan respuestas de estrés.

Objetivo: Identificar el estilo de vida de estudiantes de la BUAP como base para la implementación de políticas institucionales.

Material y Métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria de universitarios y se aplicó una entrevista cara a cara con preguntas derivadas del cuestionario FANTASTIC.

Resultados: Se entrevistaron a 3007 alumnos (50.7% hombres), edad promedio; 21±2.7 años. Se encontró que solo el 36% realizan actividad física a los niveles recomendados, el 39% no desayunan y el 55% no hacen 3 comidas al día la mayoría de los días, el 77% toman menos de 8 vasos de agua al día, el 89% toman bebidas dulces todos los días y el 57% comen menos de 3 raciones de frutas o verduras al día.

Conclusiones: El estilo de vida de los universitarios dista mucho de ser saludable. La BUAP ha iniciado políticas de acompañamiento de los estudiantes que incluyen estrategias para la promoción de estilos de vida saludable entre ellos.

Palabras clave: estilos de vida, universidades saludables, vida universitaria.

Summary

Introduction: The World Health Organization (WHO) defines lifestyle as the way of life that is based on the interaction between living conditions and individual behavior patterns. That means, it is determined by socio-cultural factors and personal characteristics of individuals. An unhealthy life style is one that increases the risk of developing a disease and includes: unhealthy diet, and / or a sedentary lifestyle, and / or intake of alcohol and / or habit of snuff and / or evil management of everyday situations that generate stress responses.

Objective: To identify the lifestyle of students from the Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) as a basis for the implementation of institutional policies.

Material and Methods: A random sample of university was selected and a face to face with questions derived from the FANTASTIC interview questionnaire was applied.

Results: We interviewed 3007 students (50.7% male), mean age; 21 ± 2.7 years. It was found that only 36% performed physical activity at recommended levels, 39% skip breakfast and 55% do not make 3 meals a day most days, 77% take less than 8 glasses of water a day, 89% take sweet drinks every day and 57% eat less than 3 servings of fruits or vegetables per day.

Conclusions: The lifestyle of college is far from healthy. The BUAP has initiated policies to accompany students including strategies to promote healthy lifestyles among them.

Keywords: lifestyle, healthy college, college life.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define el *estilo de vida* como la manera de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta. Los factores socioculturales tienen una enorme influencia en las características personales de los individuos, las cuales representan un impacto determinante sobre su salud, ya que estas conductas se convierten en factores protectores o de riesgo según sea el caso (Elizondo 2005, Flórez 2007). De esta forma, un estilo de vida no saludable es aquel que incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad, a partir de conductas insalubres estables en el tiempo (ONU 2007, Fernández 1996). Este estilo de vida incluye predominantemente: una dieta no sana, y/o una vida sedentaria, y/o la ingesta de alcohol y/o el hábito del tabaco y/o el mal manejo de las situaciones de la vida diaria que generan respuestas de estrés. En el campo de la salud, particularmente del adolescente y del joven, los estilos de vida aparecen relacionados con problemas sociales preponderantes y a largo plazo y es precisamente en estos jóvenes que se presentan prevalencias altas de enfermedades crónicas no transmisibles (problemas cardiacos, la diabetes mellitus tipo II y el cáncer) que tienen como factores asociados los estilos de vida poco saludables (ONU 2007, Reyes 2010). Por otro lado, también es cierto que los estudiantes universitarios son tierra fértil para las actividades de promoción y prevención en salud. Los estudios realizados en universitarios relacionados con sus estilos de vida son controversiales; algunos de ellos denotan un predominio de las prácticas saludables entre dicha población pero el ejercicio y la activación física resultan deficientes bajo el argumento de falta de tiempo e instalaciones adecuadas para desarrollarlo (Lema 2009). Contrariamente algunos otros estudios establecen que los universitarios presentan estilos de vida poco saludables con uso frecuente de bebidas alcohólicas y problemas de sueño, descanso y estrés. (Reyes 2010). La mayoría de los estudios establecen diferencias significativas ($p<0.05$) cuando los estilos de vida son comparados por sexo con diferencias significativas entre sexos (Wu 2006, Lema 2009).

A pesar de toda la evidencia que existe en la bibliografía poco se ha hecho para mejorar los estilos de vida de los universitarios. Los escasos programas emprendidos para fomentar la realización de actividad física no han resultado del todo satisfactorios (Francis 1999), por lo que el ***Objetivo*** del presente estudio fue: Identificar el estilo de vida de estudiantes de la BUAP como base para la implementación de políticas institucionales.

Material y Métodos: Bajo un diseño de estudio observacional descriptivo, de un total de casi 60000 universitarios inscritos en la BUAP se seleccionó una muestra aleatoria de aproximadamente el 5% de la población estudiantil. Previa capacitación de los encuestadores, se aplicó una entrevista cara a cara con cada uno de los seleccionados con preguntas derivadas del cuestionario FANTASTIC. Dicho cuestionario es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá y validado al español (Ramírez 2012), que permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular, contiene 25 reactivos cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Todas las aplicaciones se realizaron dentro de las instalaciones de la BUAP y bajo las mismas condiciones ambientales. Los resultados fueron procesados en el paquete estadístico SAS con análisis estadístico descriptivo de medias y desviaciones estándar así como proporciones.

Resultados: Se entrevistaron a 3007 alumnos (50.7% hombres), en edad comprendida de los 16 a los 49 años y con un promedio de 21±2.7 años.

Con respecto al ejercicio realizado a la semana reportado por los universitarios, como se aprecia en el cuadro 1, cerca de la cuarta parte de los encuestados no realiza ningún tipo de ejercicio a la semana y solamente el 30% de los universitarios refiere realizar ejercicio más de tres veces a la semana. Los cuartiles revelan que más de la mitad de la población estudiada realiza ejercicio solo dos veces a la semana; niveles por debajo de lo recomendado por la OMS. Al analizar la duración de las sesiones de los alumnos que refieren realizarlo, el promedio de duración de las sesiones fue de alrededor de una hora (desde 5 hasta 240 minutos).

Con respecto a los hábitos alimenticios, el presente estudio denota que casi la mitad de la población universitaria encuestada no desayuna todos los días y alrededor del 30% solo lo hace 4 o menos veces a la semana. Así mismo la costumbre de ingerir las 3 comidas al día únicamente la tienen el 40% de la población, cerca del 20% lo hacen 5 o 6 veces a la semana y más del 40% no acostumbran realizar los 3 tiempos. La ingesta de raciones de frutas y/o verduras denota que el 57% de los encuestados consumen menos de 3 raciones de fruta y verdura por día y un escaso 13% consume las 7 raciones o más de frutas o verduras recomendadas (cuadro 2).

Finalmente se analizó el tipo de bebidas que los universitarios acostumbrar ingerir y los resultados demostraron que el 77% toman menos de 8 vasos de agua al día, con un promedio de 5.33±3.6. Con respecto a la ingesta bebidas azucaradas consumidas por los universitarios, la presente investigación permitió evidenciar que el 89% toman bebidas dulces todos los días, el 10% de los universitarios consumen más de tres refrescos por día y el 6% más de cuatro jugos industrializados por día (cuadro 3).

Discusión: La presente investigación denota que el estilo de vida de los universitarios presenta marcadas deficiencias para ser considerado saludable. Particularmente la actividad física es escasamente practicada por el 36% de los encuestados. Estos resultados coinciden con lo reportado por otros autores quienes establecen que la falta de

actividad física es una de las principales deficiencias en los estilos de vida saludable de los estudiantes (Lema 2009). Reyes en 2010 establece en una población universitaria Colombiana que únicamente el 46.3% de los universitarios se reconoce físicamente activo y la práctica regular de ejercicio físico saludable sólo fue referida por un 12% de los estudiantes. Esta situación resulta preocupante si se considera que es precisamente en la adolescencia y la adultez joven donde deben prevalecer la actividad física y el deporte. Lo anterior hace inferir una vida con evidente tendencia al sedentarismo en esta población. En relación a la dieta, la presente investigación deja claro el hecho de que un porcentaje considerable de los estudiantes (39%) no acostumbran desayunar por las mañanas ni ingerir los tres alimentos recomendados durante el día (55%). Así mismo dos terceras partes no ingieren las 3 raciones diarias de frutas o verduras recomendadas. Estudios realizados en Sudamérica (Troncoso 2009) soportan los resultados anteriores y establecen que existe un consenso entre los estudiantes entrevistados al percibir sus conductas alimentarias como inadecuadas. Los motivos argumentados principalmente son la falta de disponibilidad de tiempo para cumplir con horarios de alimentación en el plantel universitario o a la falta de hábitos en la incorporación de horarios de alimentación. Igualmente el consumo de agua ingerida por los estudiantes se reporta muy por debajo de lo deseable, el 77% reconoce no consumir la cantidad de agua recomendada y el 89% consume cantidades importantes de bebidas azucaradas ampliamente asociadas con diversas enfermedades crónicas degenerativas. Los resultados obtenidos en este estudio permiten tener una aproximación a los estilos de vida de los universitarios y la necesidad imperante de implementar políticas institucionales que impacten en la mejora de los estilos de vida de los estudiantes que a largo plaza favorezcan su calidad de vida como adultos.

Conclusiones: El estilo de vida de los universitarios dista mucho de ser saludable. La BUAP ha iniciado políticas de acompañamiento de los estudiantes que incluyen estrategias para la promoción de estilos de vida saludable entre ellos.

Cuadro 1. Referencia del ejercicio realizado por semana

	n	***%***	***% acumulado***
Ninguna vez	717	23.9	23.9
Una vez	390	13.0	36.9
Dos veces	547	18.2	55.1
Tres veces	468	15.6	70.7
Cuatro veces	256	8.5	79.2
Cinco veces	260	8.7	87.9
Seis o más veces	369	12.1	100
Total	3007	100	100
Percentil 25	Una vez por semana		
Percentil 50	Dos veces por semana		
Percentil 75	Cuatro veces por semana		

	Mínimo	Máximo	Media	de
Minutos por sesión De ejercicio	5	240	57.7	40.8

Cuadro 2. Hábitos alimenticios referidos por los universitarios

Días a la semana que los universitarios…

Desayunan	***n***	***%***

Todos los días	1656	55.1
Cinco o seis veces	552	18.3
Cuatro o menos veces	799	26.6
Comen 3 veces al día		
Todos los días	1205	40.1
Cinco o seis veces	564	18.8
Cuatro o menos veces	1238	41.1
Raciones de frutas y verduras por día		
Siete o más	384	12.7
De 5 a 6	279	9.3
De 3 a 4	637	21.2
Menos de 3	1707	56.8

Cuadro 3. Referencia de bebidas diarias ingeridas por los universitarios

Vasos de agua	**n**	**%**
Ocho o más vasos	680	22.6
Menos de ocho vasos	2326	77.4
Refrescos		
Ninguno	837	28.1
De uno a dos	1875	62.2
De tres a cuatro	186	6.2
Más de cuatro	109	3.5
Jugos industrializados		
Ninguno	1396	46.6
De uno a dos	1417	47.2
De tres a cuatro	131	4.3
Más de cuatro	63	1.9

Bibliografía

1.- Elizondo AJ, Guillén GF, Aguinaga OI. Prevalencia de Actividad Física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. Rev. Esp. Salud Pública 2005; 79: 559-567.

2.- Flórez, L. (2007). Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención. Bogotá: Manual Moderno.

3.- Organización de las Naciones Unidas. (2007). Panorama de la salud en la región. Salud en las Américas. Recuperado el 15 enero, 2006, de http://www.paho.org/hia/documentos/ Esp/HIAbookletCompiled%20-%20Esp. pdf#search="panorama

4.- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buela, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.

5.- Reyes GP, Rodríguez FR, Salgado MF, Franco MD. Perfil de salud y estilo de vida de los estudiantes de medicina de la universidad surcolombiana, Neiva 2010. ENTORNOS

2012(25) Universidad Surcoiombiana. Vicerrectoria de investigación y Proyección Sociai:245-256

6.- Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Rubio Sarria A, Botero Planco A. Pensamiento psicológico 2009(5);12:71-88.

7.- Wu, T., Rose, S. y Bancroft, J. Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school student. Journal School Nursing.2006;22(1):25-31.

8.- Francis KT. Status of the year 2000 health goals for physical activity and fitness. Phys Ther 1999; 79: 405-14.

9.- Robinson Ramírez VR, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública 2012. 14 (2): 226-237.

10.-Troncoso PC, Amaya PJ. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. Rev Chil Nutr 2009. 36(4):1090-1097**.**

ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

Presenta: MAPS Juan Mario Naranjo Sánchez[1]
Colaborador: Elena Dolores Domínguez Perez[2]
Colaborador: Mtro. Roberth Gender de la Cruz Arellano[3]
Colaborador: MAPS Silvia Vázquez Jiménez[4]

Introducción: Actualmente siguen sorprendiendo las múltiples perspectivas con las que se ha descrito la pandemia VIH/SIDA, desde sus inicios en los años 80' hasta los tiempos actuales. En un contexto social el gran impacto dentro de cualquier sociedad del mundo. La Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA, 2011), tenía una estimación que existían 62 millones de personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con evidente afectación, en mujeres y menores de 15 años, presentándose la mayor incidencia en individuos de 10 a 24 años. **Objetivo**: Realizar Promoción y educación para la salud en adolescentes en la prevención del VIH/SIDA. **Material y método:** Programa educativo sobre el tema VIH/SIDA, calendarización de sesiones educativas por grupos y horarios, manejo de modelos anatómicos del uso del condón, manejo de normas oficiales mexicanas sobre prevención del VIH/SIDA. **Resultado**. Realización de 35 charlas educativas en planteles educativos de nivel medio básico, asistencia de 650 estudiantes, realización, 5 talleres sobre el uso correcto de preservativo masculino, un desfile en la lucha contra el VIH/SIDA.**Conclusión** Dado al creciente número de personas que adquieren el VIH/SIDA, causantes de problemas familiares, sociales económicos, de salud y por las muertes causadas en todo el mundo, se necesita acciones efectivas de solución inmediata. (CIPD. El Cairo, 1994). "Poner rápidamente programas y actividades educativas para luchar contra el VIH/SIDA y reducir la propagación para el 2015. (Objetivos de desarrollo del Milenio), quehacer que

las enfermeras contribuyen desde su formación y función social para el cumplimiento de disposiciones.

Palabras Claves:

(1) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(2)) Estudiante de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:lolygnr@hotmail.com
(3) Profesor Investigador, Encargado de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:
(4) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:caballoverde_01@hotmail.com

Nursing on the Promotion and Education for the prevention of HIV/AIDS among adolescents.

Présents: MAPS Juan Mario Naranjo Sánchez[1]
In collaboration with: Elena Dolores Domingues Perez[2]
In collaboration with : Mtr Robert Gender de la Cruz Arellano[3]
In collaboration with: MAPS Silvia Vázquez Jiménez[4]

Background: Currently multiple perspectives that describes HIV/AIDS pandemic, are still being amazing, from its beginnings in the 80's to the present day. In a social context, the major impact within any society in the world. The United Nations AIDS prevention (UNAIDS, 2011), had estimated that there were 62 million people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV), with apparent involvement in women and kids under 15 years, presenting the higher incidence in individuals from 10 to 24 years. **Objective:** Giving promotion and health education among adolescents for HIV / AIDS prevention. **Methods:** Educational program on HIV / AIDS issue, scheduling educational sessions by groups and schedules, management of anatomical models for condom use, and handling official Mexican standards on HIV / AIDS prevention. **Results:** Making of 35 educational talks at educational institutions of basic secondary level, support to 650 students, conduct of 5 workshops for the correct use of male condom and a parade in the fight against HIV / SIDA. **Conclusion:** Due to growing number of people who acquire HIV / AIDS, causing family, social, economic and health problems as well as deaths worldwide, effective actions and immediate solutions are needed. (ICPD., Cairo, 1994). "Implement rapidly educational programs and activities to combat HIV / AIDS and reduce its spread by 2015 (Millennium Development Goals), work which nurses make from their training and social function for fulfill their provisions.

(1) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco,México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(2) Student nursing de gree, at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:lolygnr@hotmail.com

(3) Research Professor, Responsibleof the Bachelor of Medicine at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:
(4) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:caballoverde_01@hotmail.com

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido que las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) , se encuentran fuera del control sanitario en la mayoría de los países, alcanzado proporciones epidémicas alarmantes. (Herrera M. 2002.) En la actualidad vida contemporáneos y el amplio espectro de gérmenes propician la transmisión de infecciones por contacto sexual, ante esto aumenta la importancia de estimular las actividades preventivas actuando sobre los factores de riesgo y estilos de vida, promoviendo el auto cuidado y estilos de vida saludables. La salud de los adolescentes ha recibido cada vez mayor atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población y sus potenciales repercusiones en su bienestar. (Torres P.2006)
Ante lo anterior es necesario mencionar que La epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han convertido en un problema prioritario de SaludPública, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. A este respecto la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA), estimó que existían en el mundo aproximadamente 62 millones de personas que vivían con el virus del VIH, con afecciones predominantes en individuos de 10 a 24 años. (ONUSIDA 2011)A pesar de que el crecimiento global de la epidemia se ha estabilizado, el número de nuevas infecciones.
La problemática existe y para esto se atienden con las siguientes disposiciones: El Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, septiembre 1994 “EL SIDA es un problema a nivel mundial, por lo que se necesita realizar acciones efectivas de solución inmediata”. (ICIPD, El Cairo 1994)

El Foro Mundial sobre La Educación, Abril 2000 (UNESCO) propone “Poner rápidamente programas y actividades educativas para luchar contra el VIH/SIDA “, de forma urgente de gobiernos, sociedad civil y comunidad internacional. (2000 UNESCO)
En 2008, en la Conferencia Mundial de SIDA en México, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud de México firmaron la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”.
En ella, 30 ministros de Salud y 26 ministros de Educación de América Latina y del Caribe se comprometieron a superar el rezago de la educación sexual integral en las escuelas de la región y brindar información, realizar programas de educación sexual basados en evidencia científica, para reducir en un 75% el rezago en educación sexual integral en escuelas para el 2015 y en 50% el rezago en servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. (XVII Conferencia Internacional de SIDA 2008).

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007- 2012 establece en El Programa de Acción en Respuesta al VIH/SIDA e ITS, menciona: fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, en las líneas de acción:
1.- Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.
2.- Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.
3.-Promover la salud sexual y reproductiva responsable.
El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, menciona en su Eje 3. Igualdad de Oportunidades, ESTRATEGIA 9.2 "Reforzar la capacitación de profesores, promoviendo su vinculación directa con las prioridades, objetivos y herramientas educativas en todos los niveles" y Estrategia 9.3 "Actualizar los programas de estudio, sus contenidos, materiales y métodos para elevar su pertinencia y relevancia en el desarrollo integral de los estudiantes, y fomentar en éstos el desarrollo de valores, habilidades y competencias.
Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993.

Antecedentes

El estudio que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1996, sobre las reformas sanitarias en México, evidenciaron que la enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido, entre el sistema y las personas, por consiguiente "*en la naturaleza de la enfermería, se conjuga el ser disciplina profesional en cuanto a una práctica social,* cuya misión es *cuidado de salud del ser humano individual y colectivo a través de los procesos vitales y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida"* (Flores B. y col 2009).

Su práctica requiere de pensamiento interdisciplinario, actuar multi profesional, y un equipo con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental.
Esto legitima a la enfermería, como elemento clave en el engranaje entre padres, docentes, alumnos y profesionales de la salud (Fernández D, y col 2006).

Para que los profesionales de enfermería puedan convertirse en verdaderos promotores de la salud, los profesores deben partir de un conocimiento de los grupos sociales que la conforman, de sus problemas educativos, sus carencias y sus necesidades, pues no se podría desarrollar un programa en salud, si no se parte de un diagnóstico que oriente adecuadamente la intervención. (Álvarez R. 1998)

Objetivo: Realizar actividades para Promoción y Educación para la prevención de VIH/SIDA en adolescentes.

MATERIAL Y METODO
Tipo de Estudio: Intervención educativa.
Población

La población objetivo, estuvo constituida por estudiantes adolescentes de ambos sexos, de las escuelas educativas media básica y media superior. De la Villa Tecolutilla, Comalcalco, Tabasco

Criterios.
Inclusión: Todos adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años de ambos sexos.

Descripción de la actividad
Se solicitó por oficio la autorización del representante legal de la localidad, para realizar las actividades de enfermería, explicándole que eran parte del programa de enfermería comunitaria, se a bordo de igual forma las autoridades de las instituciones educativas lo que se propuso.
1.- Realizar pláticas educativas durante toda la jornada en que la institución impartiera las clases, que los profesores decidirían que grupos mandarían para que los estudiantes recibieran la información.
2.- Al terminar las jornadas de pláticas a los adolescentes, se giró una convocatoria para que participaran en el concurso de ponencias alusivas a la prevención del VIH/SIDA, en donde serían asesorados directamente por un estudiante de la licenciatura en enfermería que fue el encargado de guiar tanto la construcción del material de apoyo a si como la de afinar los detalles del ponente.
3.- Simultáneamente a las actividades descritas, se inició la conformación de porras con un número no mayor de ocho integrantes, cuya actividad era la de realizar figuras y emisión de mensajes alusivos a la prevención del VIH/SIDA.
4.- Realización del concurso de carteles alusivos a la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y prevención del VIH/SIDA.
5.- Desfile en marco del día Mundial de la Lucha en contra del VIH/SIDA en la calle Juárez y con una terminación para mensajes alusivos al evento en el parque central de la cabecera municipal del municipio de Comalcalco, Tabasco. Para esta actividad se realizó un trabajo bilateral, Secretaria de Salud y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, que consistió en edificar el programa tanto de salida como terminación de los contingentes, realización de oficios para solicitar permiso y resguardo de seguridad pública durante el tiempo de duración del evento, proveer con ambulancias y personal para medico cualquier evento solicitado durante el trayecto del acto.
Se giraron invitaciones para que tanto autoridades de la universidad como de la Secretaria de salud asistieran al evento.
Aspectos éticos de la investigación.
Se siguió con lo establecido conforme a las disposiciones legales, solicitando autorización al delegado municipal, al padre y al adolescente participante, en las actividades de ponencias de temas, concurso de carteles, concurso de porras y participación en el desfile, tal como lo solicita lo siguiente: Articulo 87, Frac. IV, que menciona que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto a quien se realizara la investigación y de su padre, tutor o representante legal.
Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Internacional.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la integridad física, mental y personalidad de los participantes. En toda investigación con humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en las actividades y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de

asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el investigador debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Consentimiento informado de las personas que participaron.
Resultados
,

Numero de talleres	Tema	Asistentes	Material de apoyo
05 Talleres	Prevención de ETS y VIH/SIDA.	650 estudiantes durante las 6 semanas de actividades	Computadora, video proyector, 5 demostraciones de la colocación del condón
Numero de charlas	Tema	Asistentes	Material de apoyo
05 charlas educativas	Embarazos no deseados en la adolescencia.	650 estudiantes.	Computadora, video proyector, métodos de planificación familiar, con énfasis en los métodos de barrera.

Participación de concurso de ponencias.

Manejo de tres líneas:

Prevención de embarazos no deseados, mediante el uso del condón masculino.
Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA.
Planificación familiar con énfasis al preservativo masculino.

Participaron 35 estudiantes distribuidos en las diferentes líneas, los cuales fueron acompañados por familiares para constatar d la actividad, de los cuales se premiaron y dieron un presente universitario a los primeros, segundos, terceros y cuartos lugares por categoría.

Participación de concurso de Carteles.

Manejo de tres líneas:

Prevención de embarazos no deseados, mediante el uso del condón masculino.
Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA.
Planificación familiar con énfasis al preservativo masculino

Participaron 16 estudiantes distribuidos en las diferentes líneas, los cuales los cuales se premiaron y dieron un presente universitario a los primeros, segundos, terceros y cuartos lugares por categoría, (el cartel premiado por categoría fue colocado permanentemente en el periódico mural de la escuela).

Participaron 4 porras con la línea de: Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, haciendo énfasis en el uso del condón masculino.

Desfile para conmemorar el día mundial de la lucha en contra del sida. Con la participación de 165 estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco y 65 trabajadores de la Secretaria de Salud, entre directivos, mandos medios y personal operativo, así como sociedad civil.

Discusión.

Las actividades realizadas por los estudiantes de enfermería en actividades de promoción y educación para la salud tuvieron los resultados esperados desde la planeación de cada una de ellas, la participación comunitaria presento disposición lo que propicio que los resultados fueran mucho más exitoso de lo planeado, la práctica de los estudiantes de enfermería presento pensamientos interdisciplinario, actuar multi profesional, y un equipo con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental. Las actividades de las estudiantes en formación fungieron como elemento clave en el engranaje entre padres, docentes, alumnos y profesionales de la salud (Fernández D, y col 2006).

A si mismo los estudiantes de enfermería pudieron convertirse en verdaderos promotores de la salud, realizaron roles de profesores, impartiendo un conocimiento a los grupos sociales que la conformaron , atendiendo carencias y necesidades de los adolescentes del nivel secundaria y preparatoria, desarrollando unas actividades específicas que orientó adecuadamente la intervención. (Álvarez R. 1998)

Bibliografía.

(2000 UNESCO

Álvarez Alba R. Educación para la salud. Manual Moderno, México 1998.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007- 2012.

Fernández Candela D, Rebolledo Malpica M, Velandia Mora A. Hacia la promoción de la salud. Volumen 11, enero-diciembre 2006.

Flores Bienert M, Armero Barranco D, García Herrero M. La enseñanza en la educación para la salud vista por profesionales enfermeros de atención primaria de salud. www.imss.gob.mx/NR/.

Herrera Cornejo M.A. Infecciones por transmisión sexual. México: Mc Graw-Hill, 2002.

ICIPD, El Cairo 1994.

ONUSIDA 2011.

Torres P. Estrategias novedosas de prevención de embarazo, ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública, México* 2006; Vol. 48.

Bibliografía consultada.

Cañadas OI, Sánchez BA. Psicothema, 1998, Vol., 10, N 3 pp., 623-631. Universidad de la Laguna.

Castañeda, AI, Gálvez GAM. Programa Docente, Metodología de la Investigación, Escuela Nacional de Salud Pública. 2006

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.
Pineda EB. De Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE AGUAS ALMACENADAS PARA DISMINUIR LA PROLIFERACIÓN DEL VECTOR AEDES AEGYPTI TRANSMISOR DEL DENGUE

Presenta:
Estudiante de la licenciatura en enfermería, Elena Dolores Domínguez Pérez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Asesor: MAPS Juan Mario Naranjo Sánchez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Colaborador: Mtro. Robert Gender de la Cruz Arellano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Colaborador: MAPS Silvia Vázquez Jiménez.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Enfermería en el cuidado de aguas almacenadas para disminuir la proliferación del vector Aedes Aegypti transmisor del dengue

Presenta: Elena Dolores Domínguez Perez[1]
Asesor: MAPS Juan Mario Naranjo Sanchez[2]
Colaborador: Mtro. Robert Gender de la Cruz Arellano[3]
Colaborador: MAPS: Silvia Vázquez Jimenez[4]
Colaborador: Daniel Cadena Sandoval[5]

Introducción: El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes.* El agente etiológico es el Dengue virus. Es considerado como la enfermedad más común transmitida por artrópodos, la OMS reporta, existen entre 30 y 60 millones de infecciones por año en el mundo, miles de muertes en más de 100 países y aproximadamente dos mil millones de personas en riesgo. **Objetivo**: Realizar el cuidado de aguas almacenadas para prevenir la proliferación del vector causante del dengue. **Material y método:** Descriptivo, corte transversal de intervención**,** levantamiento de tarjeta censal por estudiantes de Enfermería en comunidad, en las que habitan 365 domicilios, con 280 pozos con brocal y dos cisternas, se calculó el cuidado de las aguas con Temephos al 1%, a través del volumen total de agua mediante las formulas lado x lado x alto en recipientes rectangulares y cuadrados así como $xr^2/2$ en depósitos cilíndricos. **Resultado**: Repartición del 100% de trípticos con la información y charlas educativas de prevención por domicilio, y la colocación del 100% de Temephos al 1%, en los domicilios intervenidos. **Conclusión.** El personal de enfermería presenta a nivel de figura pública en la comunidad mucha identificación con los problemas sociales, por lo que sin ser una actividad propia en la formación académica permite una intervención integral comunitario.

Palabras Claves: Enfermería en cuidados de aguas, prevención del dengue.

(1) Estudiante de la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:lolygnr@hotmail.com
(2) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(3) Profesor Investigador, Encargado de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México.
(4) MAPS, Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México.
(5) Profesor Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco México.

Nursery in the care of storoged water to reduce the proliferation of Aedes aegypti vector transmitter of dengue.

Presents: Elena Dolores Domínguez Pérez [1]
Asesor: MAPS Juan Mario Naranjo Sanchez[2].
In collaboration with: Mtro. Robert Gender de la Cruz Arellano[3], MAPS: Silvia Vázquez Jimenez[4], Mtr. Daniel Cadena Sandoval[5]

Background: Dengue is an acute infectious disease caused by a viral infection transmitted by mosquitoes of the Aedes genus. The etiologic agent is the Dengue virus. It is considered as the most common arthropod-borne disease, the WHO reports that there are between30 and 60million infections per year worldwide, thousands of deaths in over 100 countries and approximately two billion people at risk. **Objective**: Performing care of stored water to prevent the spread of vector causing dengue. **Methods:** Descriptive, cross-sectional intervention, lifting census card by nursing students in community, dwelling in 365 households, with 280 rim wells and two cisterns, water care was calculated with Temephos to 1% through the total water volume, by the side x side x high formulas in rectangular and square containers as well as $xr^2/2$ in cylindrical tanks. **Result:** Full distribution of leaflets with Dengue information and educational talks of prevention per household, and 100% placement of Temephos to 1% in the intervened homes. **Conclusion:** The nursing staff is present as a public figure in the community, is in charge to identify social problems, so without being an own activity in their academic training, it allows a comprehensive community intervention.

Keywords: Nursing, water care, dengue prevention.

(1) Student nursing de gree at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:lolygnr@hotmail.com
(2) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México. Email:caballoverde_01@hotmail.com
(3) Research Professor, Responsible of the Bachelor of Medicine at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México.
(4) MAPS, Full-time Research Professor at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México.

(5) Research Professor, at Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco, México.

Introducción

El siguiente trabajo de intervención de los estudiantes de la licenciatura en enfermería se realizó con el fin de valorar la salud del individuo, familia y comunidad, como la generadora de recursos para producir, mantener y recuperar la salud a partir de su propia percepción de salud.

Manejando los indicadores básicos para efectuar diagnósticos de salud al nivel de la familia y comunidad.

Aplicando los programas preventivos prioritarios, establecidos por el sistema de salud, y en el caso específico de la fiebre por dengue que constituye un problema de salud creciente en el mundo, especialmente en las Américas (Kourí G. 2006). En muchos países de la Región circulan diferentes serotipos virales causantes de esta enfermedad, incluso al mismo tiempo. Por otra parte, su principal vector, el mosquito *Aedes aegypti*, se encuentra ampliamente distribuido en el continente americano. Esto ha ocasionado que la enfermedad sea endémica en la mayoría de los países y que en muchos de ellos haya casos de hemorragia por dengue, la forma clínica más grave de la enfermedad (Guzmán M, Kourí G. 2002). Es una enfermedad infecciosa aguda. El agente etiológico es el Dengue virus con cuatro serotipos: DENV-1, 2, 3 y 4. La infección viral puede producir un cuadro asintomático, cuadros de fiebre indiferenciada, Fiebre Clásica de Dengue (DC), Dengue Hemorrágico (DH) o Síndrome de Choque por Dengue (SCHD). Es considerado como la enfermedad más común transmitida por artrópodos (arbovirosis); de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen entre 30 y 60 millones de infecciones por año en el mundo, con miles de muertes en más de 100 países y aproximadamente dos mil millones de personas en riesgo.

Planteamiento del problema: La fiebre por dengue constituye un problema de salud creciente en el mundo, especialmente en las Américas. En muchos países de la Región circulan diferentes serotipos virales causantes de esta enfermedad, incluso al mismo tiempo. Por su complejidad de control por múltiples factores, sociales, económicos, culturales y de la propia salud, ha ocasionado que la enfermedad sea endémica en la mayoría de los países y que en muchos de ellos haya casos de hemorragia por dengue, la forma clínica más grave de la enfermedad.

Justificación

La realización de esta actividad por parte de los estudiantes de la licenciatura en enfermería surgió en base a la necesidad existente y expuesta por los habitantes en donde mencionaba la existencia de muchos mosquitos y la poca o nula intervención del personal obligada de vectores del sector salud.

Así mismo la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4º establece que: Contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud en materia de salubridad general.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, menciona en su Eje 3. Igualdad de Oportunidades, Objetivo 4. Mejorar las condiciones de salud de la población, Estrategia 4.3 Integrar acciones de prevención de enfermedades.

“Las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud” (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

Además el programa de estudio de Enfermería Comunitaria vigente y actualizada como

parte de la formación integral menciona en su objetivo general que los estudiantes deberán identificar los factores determinantes de la salud del individuo, familia y comunidad que le permita planear, ejecutar y evaluar intervenciones en aras de la conservación de la salud individual y colectiva, con base en el marco de la organización y operatividad del primer nivel de atención basado en el programa del paquete básico de salud denominada: Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis Nocivas Que contienen las siguientes patologías: Dengue (fiebre por dengue y hemorragia por dengue), Paludismo, Oncocercosis, Leishmaniosis, Chagas o Tripanosomosis americana, Rickettsiosis, Leptospirosis, rabia; con el sustento normativo de las normas oficiales mexicanas: vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector Nom-032-ssa2-2002; y Vigilancia Epidemiológica Nom 017.

Antecedentes

Debido a la incapacidad de programas tradicionales conducidos en diferentes países de América para controlar la proliferación del vector se incorpora la movilización social como un elemento clave en el control y coinciden en afirmar que la mejor solución la ofrece la integración de programas verticales y horizontales donde se vinculen un grupo de estrategias que van desde el uso de métodos de control larvario hasta el mejoramiento del suministro de agua y los servicios de salud (Gubler 2002).

La mayoría de los programas de control del Dengue no están equipados apropiadamente para desarrollar y manejar estrategias sostenidas de participación comunitaria (Lloyds y col. 1994).

Por falta de actividades básicas como la investigación formativa, se han promocionado continuamente métodos de control que son irrelevantes e imposibles de mantener o que son ineficaces para prevenir la producción de mosquitos (Gubler 2005).

En esfuerzo por lograr un enfoque costo-efectivo que permitiera el control sostenible del *Aedes aegypti* desde 1980 se ha puesto énfasis en el desarrollo de programas basados en la comunidad (Gubler y Clark 1996)

(Kay y Vu 2005) sugirieron que los esfuerzos continuados de control químicos unidos a la participación comunitaria activa en la reducción de sitios de cría y el ordenamiento del medio son probablemente el camino más eficaz para prevenir las epidemias de Dengue.

Objetivo. Realizar el cuidado de aguas almacenadas para prevenir la proliferación del vector causante del dengue

Material y método. Estudio Descriptivo, corte transversal de intervención.

Formato de tarjeta censal familiar utilizada por la secretaria de salud, tabla de apoyo, lapiceros y lápices punto N2, croquis comunitario para ubicación de los domicilios, flexómetro, cordel con punta de plomo, calculadora científica marca Sony, bolsas de polietileno de 100, 150 y 200gr. Guantes de lates desechables, cubre bocas, mandil, báscula electrónica marca Sanyo.

Se realizó un oficio dirigido a la autoridad legal de la comunidad, donde se explicó las intervenciones de enfermería para el control químico (procedimiento aplicado contra los vectores, en sus estadios larvarios o inmaduros y de imagos o adultos, utilizando sustancias tóxicas con efecto insecticida) del vector Aedes a través del larvicida temephos al 1%. Se acudió casa por casa para la actualización de la tarjeta censal que sirvió de fuente primaria para la elaboración de un diagnóstico comunitario y la elaboración de un croquis. Las tarjetas censales arrojaron la existencia de 365 viviendas en las cuales se identifican la existencia de 280 pozos y 2 Aljibe o cisterna (depósito construido con diferentes materiales generalmente subterráneo para colectar, almacenar y distribuir el agua) que a su vez fueron ubicados en el croquis comunitario, identificados los pozos por

domicilio se dieron las capacitaciones a los habitantes en la utilización del larvicida y el abastecimiento de agua para el consumo humano a través de la cloración. Información que se dejó a través de mensajes impresos (trípticos). Se utilizó única y exclusivamente en los depósitos y recipientes en los que no se puede realizar el control físico y que representaron un riesgo significativo de convertirse en criaderos de mosquitos, tal es el caso de los tambos, pilas, piletas, tinacos y cisternas sin tapa. Para asegurar el éxito del tratamiento de los recipientes con tememphos al 1%, (Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue)

Se realizó lo siguiente:

Se organizó a la población y jefes de familia para que se humedecieran las paredes internas de los pozos por arriba del nivel del agua a fin de favorecer la eclosión de los huevecillos. Realizada dicha acción los estudiantes de la licenciatura en enfermería calcularon el volumen total de agua de cada uno de los pozos y cisternas mediante las formulas lado x lado x alto en recipientes rectangulares y cuadrados así como $xr^2/2$ en depósitos cilíndricos.

Se dosificó en relación al volumen total del recipiente aunque se encontrara temporalmente vacío. Mediante la utilización de gorros, cubre bocas, guantes y mandiles para no estar en contacto directo con el larvicida. Utilizando las bolsas de polietileno para el envase del temephos y una báscula electrónica para el gramaje exacto.

Para el caso del Temephos en gránulos de arena al 1% se aplicó 1 g por cada 10 litros de agua. Para facilitar el tratamiento de los depósitos de agua y optimizar el tiempo. Se embolsó la cantidad de Temephos al 1%, que se colocó en los depósitos de agua a tratar, para lo cual se utilizaron las siguientes unidades de medida:

Bolsas: A las que se les colocó el peso exacto de 20, 50, 100 y 200 gr haciéndole unas pequeñas perforaciones con la punta de un lápiz y para que de forma gradual fuera liberando el larvicida durante su promedio de eficacia de 60 a 90 días. Para que la bolsa con el temephos al 1% flotara se le colocó una bolsa del mismo tamaño con aire para hacer la función de flotador.

Posterior a la realización de la actividad se notificó a la jurisdicción sanitaria 05 del municipio de Comalcalco para su seguimiento con las brigadas denominadas control de vectores.

Resultados

Se aplicó 40 kg del temephos al 1% en los 280 pozos y dos cisternas. Se impartieron 5 talleres en el cuidado de agua almacenada y de la estrategia “patio limpio” con una asistencia de 25 personas responsables de los hogares por cada sesión. Se realizó una feria de la salud en la cancha de usos múltiples de la comunidad en donde se colocó un módulo de orientación sobre el cuidado del agua e identificación de signos y síntomas en caso de padecimiento del dengue. En coordinación con la Jurisdicción Sanitaria del municipio de Comalcalco se participación de un desfile alusivo al control de las larvas del mosquito, en donde los estudiantes de la licenciatura portaron una playera alusiva a la estrategia preventiva, así mismo se mostraron pancartas y carteles, en el mismo desfile se aprovechó para la divulgación, mediante porras y la entrega de volantes, la estrategia de mantener los patios limpios y los contenedores de agua con el temephos al 1%, al término del desfile se concentraron los estudiantes en el parque principal de la cabecera municipal.

Para la comunidad se realizaron materiales informativos gráficos (con dibujos alusivos a identificar al vector) que sirvieran para la reflexión en reuniones comunitarias y para colocar en escuelas primarias y viviendas. Los mensajes estuvieron encaminados a la eliminación de los recipientes inútiles de las viviendas y sus alrededores.

Discusión

Este trabajo muestra que la necesidad de la implementación de programas para la prevención del Dengue, que incluyan el control larvario y el mejoramiento del suministro del agua contribuye al control de este problema de salud, coincidiendo así con Gubler al afirmar que estas estrategias son la mejor solución.

De igual manera la integración y movilización comunitaria constituye un factor importante en el control del dengue con énfasis en el desarrollo de programas basados en la participación de la comunidad (Gubler y Clark 1995). Siendo pues el control químico, la participación comunitaria y la implementación de estrategias de capacitación de la población para la prevención del dengue como la mejor opción para controlar la proliferación del vector.

Las intervenciones de Enfermería realizadas en la comunidad contribuyeron a lograr el control de la proliferación del mosquito transmisor del dengue además de integrar a la población de tal manera que se cubrieran sus necesidades de salud.

Conclusión

El personal de enfermería representa a nivel de figura pública en la comunidad donde a través de su función operativa, gestora y de investigación logra la identificación de problemas sociales. Las actividades realizadas por estudiantes de la licenciatura en enfermería en la colocación del temephos al 1% y las actividades de promoción para la salud, les permitió en su formación académica, tener una visión multidisciplinaria y una intervención integral en las necesidades de la comunidad.

Bibliografía consultada.

Cañadas OI, Sánchez BA. Psicothema, 1998, Vol., 10, N 3 pp., 623-631. Universidad de la Laguna.

Castañeda, AI, Gálvez GAM. Programa Docente, Metodología de la Investigación, Escuela Nacional de Salud Pública. 2006

Gluber DJ, Clark G Dengue/Dengue Hemorrhagic fever: The Emergence of a global health problem. Emerge infect Dis 1995; 1 (2):55-7

Gluber DJ. Clark GG. Community involvement in the control of Aedes aegypti. Act trop 1996; 61 (2): 169-179.

Gluber D. the emergence of epidemic dengue fever and dengue hemorrhagic faver in the Americas; a case of folled public health policy. Rev. Panam Salud Publica 2005, 17 (4):221-4.

Guzman MG, Kourí G. Dengue: an update. Lancet Infect Dis. 2002; 2:33–42.

Kay B y Vu SN. New strategy against Aedes eagypti in Vietnam Lance 2005, 365 (9459); 613-617.

Kourí G. El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2006; 19:143–5.

Loyd y col. Results of a community based Aedes eagypti control program in Merida, Yucatán, México. Am j trop med Hyg 1992; 46 (6): 635-642.

Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue.

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.

NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por vector.

Pineda EB. De Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud.

EL TRABAJO POR PROYECTOS Y LAS TUTORÍAS COMO UNA FORMA DE INTERNACIONALIZAR EL CONOCIMIENTO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE-DOCENTE DESDE LA SALUD PÚBLICA

Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos, [1*] Humberto A. Veras Godoy, [2] José María Busto Villareal,[3] Luis Carlos Romero Quezada,[4] Jorge Castelan Melendez.[5], Juan Francisco Martínez Campos,[6] Adrian Moya Escalera,[7] Ivan Hernández Pacheco.[8]

[*1]Profesor Investigador de Tiempo Completo en Área Académica de Medicina (ICSA-UAEH) Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado del Hidalgo. México. [2]Rector UAEH, [3]Director de ICSa-UAEH, [4]Jefe área académica de Medicina, [5]Secretario de ICSa. [6]Servicio social de la UAEH, [7,8]Servicios Medicos Universitarios de la UAEH.

*Correspondencia/Autor. Doctor en Ciencias de la Salud Pública Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma, E-mail: *dcspjcarlos@gmail.com* Domicilio: ICSA. Ex Hacienda La Concepción, n/n; Pachuca-Actopan Highway, Tilcuautla Road. Pachuca Hidalgo, Mexico. Tel (771) 1327538 ext. 4311. Cel. 5548817657

Resumen

El proceso enseñanza aprendizaje debe ser un proceso activo, donde el alumno aprenda haciendo, desarrollando actividad cognitiva al vincular lo teórico con lo práctico construido desde el aula y en el contexto socio-ambiental, esto implica que tanto el docente como los alumnos estén dispuestos a incursionar en la construcción del conocimiento. **Objetivo.** Describir el proceso y los resultados obtenidos mediante trabajo por proyectos en la asignatura de salud pública y epidemiología vinculando el modelo de tutorías como un sistema de seguimiento y apoyo para alumnos en su proceso de aprendizaje durante su desarrollo en la carrera de médico cirujano de la UAEH. **Material and Métodos.** Se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter transversal fundamentado en los resultados obtenidos mediante la aplicación de aprendizaje basado en proyectos y el seguimiento-acompañamiento de los estudiantes por medio de las tutorías. Para lo cual se hace una revisión y análisis de los productos finales obtenidos a partir del año 2013 a mayo del 2014. **Resultados.** Hasta el momento se han realizado 15 proyectos de los cuales 12 se han publicado en revistas internacionales, 1 artículo esta aceptado para su publicación (se encuentra en proceso en PENSEE JOURNAL), 6 se encuentran en proceso; incluye la espera para su aceptación, las revistas indexadas en que se ha publicado son; International Journal of Research in Ayurveda & Pharmacy (1), IOSR Journal of Pharmacy (2), African Journal Traditional Complementary Alternative Medicine (1), Biomedical & Pharmacology Journal (3), Journal of Biological and Scientific Opinion (2), International Research Journal of Pharmacy (1) y en el Boletin de ICSa (1), en algunos trabajos se ha realizado trabajo colegiado en el Cuerpo Académico de Salud Pública (CASP), aproximadamente unos 5 trabajos pueden ser rescatables para su publicación en otras revistas. **Conclusión.** El trabajo por proyectos y tutorías interviene en la internacionalización y el aprendizaje de los alumnos-docentes desde la salud pública.

Palabras clave: trabajo por proyectos, tutorias, publicaciones, revistas indexadas, CASP, internacionalización.

Introducción

Si bien es cierto que en nuestro país el modelo educativo que impera es el tradicional, este no permite al educando la facilidad para pensar, para cuestionar y para construir el conocimiento,[1-4]

El constructivismo es una postura psicológica y filosófica que argumenta que los individuos construyen gran parte de lo que aprenden y comprenden (Bruning, Scharaw y Onning, 1995). Destaca las relaciones entre los individuos y las situaciones en la adquisición y el perfeccionamiento de las habilidades y los conocimientos, los participantes son activos y deben construir el conocimiento (Geary, 1995) el procesamiento cognoscitivo, expectativas, valores y percepción del yo y los otros son fundamentales para la teoría constructivista[5].

En el constructivismo se enseña mediante interacción social, el constructivismo puede dividirse en exógeno y endógeno, el primero radica en la reconstrucción del mundo externo y es adecuado en cuanto refleja la realidad, así el constructivismo endógeno señala que las estructuras mentales proceden de otras previas, el conocimiento se desarrolla merced a la actividad cognoscitiva de la abstracción, así por ejemplo el constructivismo dialéctico considera que el conocimiento se construye en las interacciones de los individuos y su entorno[5] el constructivismo exógeno permite determinar de cómo perciben estructuras de conocimiento en cada área, mientras que en el endógeno es conveniente para explorar la forma en que los estudiantes progresan de niveles iniciales a grados superiores.[5-6]

La perspectiva oncogénica del constructivismo sustenta que la realidad no es previa al conocimiento si no que es construida a medida que es conocida, por medio de determinadas estructuras cognitivas, realidad ontológica que se encuentra más allá de todo conocimiento, por otro lado la realidad tangible de nuestra experiencia de la que deriva todo lo que llamamos conocimiento,[5] la realidad se encuentra conectada al sujeto quien constantemente la define (Ceruti, 1986, 1989).[5]

Uno de los enfoques de mayor adaptabilidad es el enfoque interpretativo del conocimiento, señala que a) el conocimiento no es recibido pasivamente ni por medio de los sentidos, ni por medio de la comunicación; b) el conocimiento es construido activamente por parte del sujeto cognoscente; c) la función del conocimiento es adaptativa en el sentido biológico del término y tiende hacia la adecuación la viabilidad; d) el conocimiento sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto y no para descubrir una realidad ontológicamente objetiva, desde el constructivismo el aprendizaje es *operar en función de la transformación de estructuras precedentes de conocimiento producidas en el ámbito de la acción del conocimiento individual, dando cuenta , a partir del reconocimiento auto-reflexivo, de la inadecuación de tales estructuras al enfrentar nuevas estimulaciones ambientales*, la naturaleza de la información y del conocer, las interacciones con los otros y el fenómeno cambian si se ven desde la perspectiva constructivista a través de prácticas cognitivas compartidas y como nociones a transmitir.[6] el aprendizaje y el pensamiento están siempre situados en un contexto cultural y dependen siempre de la utilización de recursos culturales. (Bruner), esto conlleva a pensar en la posibilidad de provocar cambios en la manera de percibir un riesgo como tal, como resultado de la aplicación del modelo constructivista de la educación[6-7].

Resulta importante señalar que la cultura de la prevención es muy difícil ejecutarla cuando o no se ha recibido educación formal o cuando la educación que se ha recibo es comparable a una instrucción, donde la actividad meta-cognitiva es pasiva y por su propia naturaleza no provoca reflexión y ajuste o adaptabilidad a las circunstancias de la realidad ontológica. La educación basada en el modelo tradicional no permite el desarrollo de habilidades para pensar, de aquí que resulta la incapacidad para favorecer su estilo y calidad de vida, al parecer no se ha estudiado la percepción de los riesgos ambientales y

la posibilidad de modificar las estructuras cognitivas que les permitan a las personas modificar sus habilidades para pensar y por ende de modificar la percepción de los riesgos en su contexto y con su cultura al enfrentar nuevas estimulaciones ambientales, la interacción social y los fenómenos, el contexto y la cultura permiten provocar cambios en estilos de vida, si estos cambios son provocados por aquellos que incursionan en el enfoque socio-constructivista la generación de profesionistas se convierte en garantía de ejecución de su labor profesional con mayor eficiencia.
Evidentemente el beneficio al buscar la internacionalización del conocimiento generado en el aula, en el contexto donde se manifiesta problemas de salud pública y durante las tutorías/asesorías provoca desarrollo de habilidades en el pensamiento, motivación en los actores del proceso formativo y conocimiento construido en el contexto que al ser presentados en otros países impactan positivamente en el estudiante, en el docente y en la internacionalización de la universidad, por lo tanto al referirnos a internacionalizar el conocimiento estamos confirmando la presencia de la universidad en otros países, es decir, en el ámbito internacional y/o a nivel global.
Las tutorías/asesorías representan un espacio de crecimiento académico que le permite al alumno incluso regularizar su situación académica, participar en proyectos y lograr satisfacción al encontrase como autor en eventos, tales como congresos o foros de investigación, les permite incluso optar por estancias en comunidades universitarias extranjeras, lo que incide en el incremento de sus competencias profesionales y en la internacionalización de la universidad.
Por lo que la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente incógnita:

¿Cuál es el impacto del aprendizaje basado en la pedagogía por proyectos y las tutorías como una forma de internacionalizar el conocimiento y como este tipo de pedagogía incrementa aprendizaje-maduración profesional en el estudiante y docente desde la salud pública?

Objetivo.
Evaluar el impacto en la percepción de riesgos para la salud pública del aprendizaje basado en la pedagogía por proyectos y las tutorías como una forma de internacionalizar el conocimiento y como este tipo de pedagogía incrementa aprendizaje-maduración profesional en el estudiante y docente desde la salud pública

Objetivos específicos.
-Determinar la percepción de los riegos para la salud pública, entre ellos los riesgos ambientales antes de la implementación del curso taller fundamentado en el constructivismo a partir de la teoría de la modificabilidad cognitiva y trabajo en equipo.
-Diseñar un curso taller fundamentado en el constructivismo a partir de la teoría de la modificabilidad cognitiva y trabajo en equipo para el curso de salud pública en la carrera de Licenciado en médico cirujano.
-Implementar el curso taller fundamentado en el constructivismo a partir de la teoría de la modificabilidad cognitiva y trabajo en equipo para la generación de productos científicos a nivel local e internacional.

Hipótesis generadas
H_I: La teoría de la modificabilidad cognitiva provoca impacto positivo en la modificabilidad de la percepción de riesgos para la salud pública y ambientales en personas de comunidades vulnerables y en los equipos de trabajo al obtener productos científicos publicados en el ámbito local e internacional.

H_0: La teoría de la modificabilidad cognitiva no provoca impacto positivo en la modificabilidad de la percepción de riesgos para la salud pública y ambientales en personas de comunidades vulnerables y los equipos de trabajo al obtener productos científicos publicados en el ámbito local e internacional.

Material y métodos.

Diseño del estudio. Se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter transversal fundamentado en los resultados obtenidos mediante la aplicación de aprendizaje basado en proyectos y el seguimiento-acompañamiento de los estudiantes por medio de trabajo por proyectos y las tutorías. Para lo cual se hace una revisión y análisis de los productos finales obtenidos a partir del año 2013 a junio del 2014. Mediante la pedagogía de trabajo por proyectos "En equipo" en los cursos de salud pública y epidemiología I como una forma de integrar equipos de investigadores considerando los alumnos y profesores invitados de acuerdo a perfil profesional en su línea de investigación.

Análisis estadístico.

Se construyó una base de datos en D-BASE III Plus y el análisis se realizó en SPSS-17

Resultados.

En nivel pregrado se han realizado hasta el momento, 15 proyectos de los cuales 12 se han publicado en revistas internacionales cuya descripción al respecto es la siguiente; 1 artículo en LA PENSEE JOURNAL), 6 se encuentran en proceso; incluye la espera para su aceptación, las revistas indexadas en que se ha publicado son; International Journal of Research in Ayurveda & Pharmacy (1), IOSR Journal of Pharmacy (2), African Journal Traditional Complementary Alternative Medicine (1), Biomedical & Pharmacology Journal (3), Journal of Biological and Scientific Opinion (2), International Research Journal of Pharmacy (1) y en el Boletín de ICSa (1), en algunos trabajos se ha realizado trabajo colegiado en el Cuerpo Académico de Salud Pública (CASP), aproximadamente unos 5 trabajos pueden ser rescatables para su publicación en otras revistas. En nivel posgrado se generaron en total 13 proyectos, donde el equipo se conformó de acuerdo al proyecto de tesis de cada uno de los alumnos, el alumno y su director de tesis, el docente de su clase "Seminario de Productos Científicos" y asesores 1-3 que fueron invitados e integrados derivado de su perfil profesional y sus líneas de investigación.

Se puedo obtener 11 productos "Carteles" para presentarse en congresos, y hasta el momento se logró generar 10 artículos científicos de revisión donde se buscó que la misma revisión bibliográfica aportara incluso la validación de referencias de sus protocolos de investigación, se enviaron a revistas internacionales; en la revista Int. J. Res Pharmacy 1 artículo publicado, 6 artículos a la Revista Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (Están en proceso de revisión), 3 artículos a la revista Biomedical Pharmacology Journal (publicados en el mes de junio, 2014, publicados recientemente) y 2 aceptados para el mes de diciembre de 2014.

1 artículo publicado en la revista Biosciences Biotechnology Res) para el mes de agosto, 2014, 7 de los artículos generados se encuentran en proceso de envío o búsqueda de la revista para su envío.

Tabla 1. Publicaciones en revistas institucionales.

Revista	Frecuencia	Alumnos autores	Docentes autores	Incluidos en CASP
Revista Educación para la salud ICSa	**2**	**5**	**5**	**2**
Gaceta Hidalguense de investigación en salud	**2**	**1**	**1**	**0**

Fuente. Directa.

Tabla 2. Publicaciones en revistas internacionales indexadas.

Revista	**Frecuencia**	**Alumnos autores**	**Docentes autores**	**Incluidos en CASP**
International J. of Res in Ayurveda & Pharmacy	**1**	**4**	**1**	**0**
IOSR Journal of Pharmacy.	**2**	**4**	**1**	**0**
African Journal Traditional Complementary Alternative Medicine	**1**	**4**	**3**	**0**
Journal of Biological and Scientific Opinion	**2**	**4**	**5**	**1**
Int. J. Res Pharmacy	**2**	**2**	**4**	**1**
Biomedical & Pharmacology Journal	**3**	**3**	**2**	**0**
La Pensee Journal	**1**	**3 (2cols)**	**3**	**1**

Fuente. Directa

Tabla 3. Artículos en proceso y aceptados para su publicación

Revista	**Frecuencia**	**Alumnos autores**	**Docentes autores**	**Incluidos en CASP**
Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia	6	6	9	1
Biosciences Biotechnology Research Asia.	1	1	2	0
Biomedical & Pharmacology Journal	2	2	1	0

Tabla 4. Relación de trabajos generados por nivel académico.

Pregrado	Publicados 9 artículos	Alumnos 21	Profesores 19	CASP 5

Posgrado	Publicados 3 artículos 3 artículos enviados/proceso 2 artículos en proceso de envío 5 artículos inconclusos	Alumnos 3 3 2 5	Profesores 8 6 2 5	CASP 3 0 0 0

Se han generado artículos donde colaboran investigadores de otros institutos de la universidad, entre ellos del ICBI (Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería), de universidades como la ULSA (Universidad La Salle Pachuca), La UNIVA (Universidad del Valle de Atemajac), UAD (Universidad Autónoma de Durango Campus Los Mochis Sinaloa) UNAG (Universidad Antropológica de Guadalajara) y U de G (Universidad de Guadalajara).

Discusión.

El enfoque socio-constructivista aplicado en el proceso enseñanza aprendizaje en el aula y en el contexto socio-ambiental resulta ser un mecanismo disparador de aprendizajes y de la generación de conductas saludables. Resulta importante que el que aprende tenga la capacidad de cuestionarse y de cuestionar su realidad.[2] El proceso enseñanza aprendizaje debe encausarse a la producción de hábitos y habilidades que nos permitan buscar soluciones a problemas que surgen de nuestro entorno.[4] durante el proceso de la construcción del conocimiento es importante señalar que la participación es libre, se motiva a comentar aspectos importantes del tema y se presenta el alentar y el reconocer el esfuerzo del alumno cuando éste se observa, caso particular de la participación de las personas en la comunidad se les debe alentar a participar, se induce a la incursión de su realidad en cuanto a problemas reales de su entorno, en su propia casa, Cuidado con los riesgos" [4] la cultura de la prevención es uno de los aspectos que en salud pública resulta más relevante, ya que, es mejor y más económico trabajar preventivamente a iniciar el ataque contra una enfermedad sea cualquiera de su naturaleza, el aprendizaje en el contexto socio-ambiental, además de generar conductas saludables en las personas de comunidades vulnerables, o en aquellos escenarios donde el alumno aprende a sensibilizarse respecto a la problemática que en salud pública se vive a nivel comunitario, abona a la maduración profesional de los estudiantes e incluso permite a este incursionar en la generación de información científica, misma que aprende a plasmar por escrito y que al ser publicada en revistas de índole nacional e internacional incrementa el poder de manifestación de su universidad en el ámbito internacional.

Al estudiante le provoca la adquisición de seguridad, de crecimiento profesional y este llega a transformarse en su pensamiento y en su actuar como un mejor profesionista, es decir, en aquel profesionista que hoy en día se requiere para enfrentar los retos que en salud pública son necesarios en nuestro país, entre esos retos se encuentra la capacidad de investigar, la capacidad para evaluar escenarios de riesgo, y por ende, el generar entornos saludables, seguros a su alrededor e incluso ser propositivos ante los problemas de salud pública a nivel nacional e internacional. Cuando el alumno se convierte en autor, este adquiere un estatus con motivación y si este continúa en el ámbito del aprendizaje

desde esta perspectiva, entonces tendremos los profesionales que se requieren para atender las diversas problemáticas en el área de la salud pública.

Publicar un artículo de investigación asesorada, con seguimiento y estructuración de su profesor de asignatura, obvio requiere de un profesor capacitado en el ámbito de la pedagogía socio-contructivista, donde el docente lo único que requiere es tener la voluntad y buscar incrementar su capacidad para la generación de información científica, el profesor puede ser un investigador incluso con su nombramiento, pero, esto no lo convierte en aquel que busque en sus alumnos aprendizaje que trascienda en ellos, a nivel local-nacional e incluso en otros países, esto finalmente incide a nivel comunitario favoreciendo estilos y calidad de vida de personas vulnerables en su contexto y podría despertar su participación en la búsqueda de corresponsabilidad en salud pública.

Publicar un artículo es todo un proceso, hay quienes no se tienen la confianza y no se atreven a hacer un envío, ya que a la luz de otros científicos, ese trabajo podría ser criticado y anulado al no cumplir los requerimientos para dicha revista, pero de manera intrínseca al recibir las observaciones realizadas por los editores realizadas por lo pares y entonces resulta que no atreverse significa miedo a ser evaluados por científicos de otros países, sin embargo cuando ese atrevimiento ocurre por parte del profesor y de sus alumnos y la respuesta es positiva en el sentido de que su artículo incluso bajo ciertos cambios estructurales-conceptuales ha resultado aceptado y es en otro país donde se va a publicar el artículo, incrementa el crecimiento en la confianza en sí mismo y probablemente los participantes buscaran continuar generando información publicable, es aquí donde se ha logrado internacionalizar el conocimiento generado durante el proceso aprendizaje bajo el enfoque socio-constructivista y por tanta la internacionalización de la universidad, ya que esta aparecerá en otros países, no solamente a nivel local.

Como es lógico, no todo es azul cielo, o bonito, en primer lugar tanto docente como alumnos tienen que estar dispuestos a trabajar, a dar horas extras de su tiempo a la conclusión del artículo que se pretende enviar a una revista, esto significa que si en el trabajo por proyecto, en el equipo hay alumnos que no justifican su mínima participación, por justicia no pueden aparecer entre los autores, puesto que no han cumplido, ni se preocuparon por el producto que se pretende obtener y es aquí donde se afianza el gusto, la felicidad de verrse entre los autores al publicarse el artículo, es decir, que si no trabajan para este producto, no pueden ser autores, los que han dado tiempo extra y trabajaron experimentan la satisfacción, cabe señalar que siempre que se esté construyendo un artículo científico habrá quien quiera ser parte de él, aun sin haber movido un poco las neuronas para la construcción de dicho producto, y entonces hasta se puede tornar esto en conflicto de intereses, es aquí donde se hace hincapié en que no todo es azul-bonito, pero, es importante la comunicación para establecer responsabilidades y en su momento incluir o no a alguien que no puede aparecer entre los autores por no aportar en lo mínimo requerido por el equipo de trabajo para dicha publicación.

El trabajo en equipo requiere eso, que todo el equipo trabaje, que todos los alumnos y docente conformen eso, un quipo, ya no es válido; el que saca copias, el que escribe y presenta los resultados y el que incluso por pagar las copias o comprar los refrescos ya es del equipo. La pedagogía por proyectos implica las mismas responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo.

Cabe señalar que se cuenta con los recursos humanos para la realización de este proyecto, que es un proyecto trascendente derivado de la modificabilidad de la percepción de los riegos y de la cuestión preventiva que finalmente incrementa la posibilidad de propiciar un estilo y calidad de vida saludable dependiente de la participación activa de alumnos y docente como un equipo de trabajo en la búsqueda de trascender a nivel local e incluso a nivel internacional al publicar sus resultados en el ámbito internacional.

Un aprendizaje fundamentado en el constructivismo provoca una mejor percepción de los riesgos en la comunidad y favorece el trabajo en la cultura de la prevención, situación que llevará a la comunidad a un mejor estado de salud, el trabajo en equipo permitirá desarrollar productos y cambios a nivel socio-científicos, así mismo genera una serie de modelos aplicables a otros contextos sociales similares y permite la generación de profesionistas formados desde su carácter humanitario o sensible a las necesidades sociales y entre otros aspectos, aunque el aprendizaje se encuentra dirigido a los estudiantes, este impacta positivamente en los docentes, ya que incursionan en la construcción de artículos científicos y aprenden a generar este tipo de productos, así mismo favorece a la internacionalización de la universidad.
Por lo tanto el fin último de la enseñanza, por encima de la formación de competencias, sea la resolución de problemas de la realidad.[8] esto concuerda de manera objetiva con lo que señala la didáctica critica "si lo hago lo aprendo" [9] y es por eso que resulta trascendente que los alumnos incursionen en el contexto socio-ambiental, es decir, donde se encuentran los problemas de salud pública.[10]

Conclusiones.
El trabajo por proyectos y tutorías interviene en la internacionalización y el aprendizaje de los alumnos en salud pública. Los alumnos que no se integran hasta el final del desarrollo del proyecto, es decir, que no culminan con su participación activa hasta obtener el producto científico, muestran conductas desagradables al aspirar a los mismos beneficios de aquellos que culminaron su trabajo y que han experimentado el llegar a ser autores en el ámbito científico local e internacional.
El aprendizaje socio-constructivista y la modificabilidad cognitiva mediante la generación de productos científicos interviene en la internacionalización del conocimiento en el proceso-enseñanza aprendizaje y de la universidad al generar productos derivados de asesoría y tutorías con seguimiento de alumnos participantes en dicho proceso.
Este tipo de pedagogía implementada con alumnos de pregrado y de la maestría en salud pública de la universidad permite formar mejores profesionistas e investigadores, además de impulsar el salto sobre todo en aquellos de nivel posgrado a incursionar en el mundo científico al ser autores junto con algunos de sus profesores de acuerdo a sus perfiles científicos y sobre todo de aquellos que dieron tiempo extra para el desarrollo de dichos artículos científicos.
El proceso enseñanza aprendizaje fundamentado en el enfoque socio-constructivista permite generar productos y ponentes para su participación en congresos, el trabajo por proyectos y tutorías interviene en la internacionalización y el aprendizaje de los alumnos en salud pública.
El trabajo por proyectos y tutorías interviene en la internacionalización del conocimiento generado en las tutorías/asesorías y el aprendizaje de los alumnos en salud pública, genera cambios importantes en la motivación de los actores del proceso educativo e interviene en la generación de profesionistas y docentes con incremento en su curriculum, es decir, en profesionalización e internacionalización.

Agradecimientos.
A los alumnos que se dedicaron con entusiasmo y esfuerzo a trabajar en equipo, que además se decidieron a trascender, incluso a aquellos que no se decidieron a hacerlo y que han visto el sueño de aquellos que quisieron ver su nombre enunciando en un artículo científico, de igual manera a agradezco a los profesores investigadores de ICSa, ICBI y otras Universidades que apoyaron de alguna manera la culminación de un producto científico derivado del trabajo por proyectos bajo el cobijo de la pedagogía colaborativa en equipo.

Referencias
1.-Gutierrez Saénz, R. Y Sánchez, J. Metodología del trabajo intelectual,. (7 edición) México: profesores de la Universidad Iberoamericana, 1983.
2.-Panza González, M. La instrumentación didáctica en la perspectiva de la didáctica, Ed. Gernika, 1992.
3.-Carlos Zarzar Charur, Habilidades para la docencia, Ed. Patria, 1996
4.-Ruvalcaba-Ledezma J.C. Análisis de la práctica docente en la enseñanza de la ecología. Revista UNIVA, 2004
5.-Dale H. Shunk. Constructivismo. Teorías del aprendizaje. 2DA EDICION ED. Pearson Prentice hall. Pag. 208
6.-Flavia Santoianni, Maura Striano. Más Allá De La Ciencia Cognitiva. Cap.1 El Constructivismo. modelos teóricos y metodológicos de la enseñanza. Ed. Siglo Veintiuno Editores. 2006. Pag 75-77.
7.- Frida Díaz Barriga Arceo, Gerardo Hernández Rojas. Estrategias Docente para un aprendizaje significativo, una interpretacion constructivista. 3ra Edicion. Mc Graw Hill. 2010.

8.-MONEREO, C. (2010). “La formación del profesorado. Una pauta para el análisis e intervención a través de incidentes críticos”, Revista Iberoamericana de Educación, No. 52, 149-178.
9.-ZARZAR Charur, C. (1996). Habilidades para la docencia, Ed. Patria
10.-RUVALCABA, J.C.(2010). Entorno socio-ambiental, vital en la conservación de la salud. Aprehender. Consejo Municipal de Ciencia y Tecnología de Oaxaca de Juárez. Año II No. 7 agosto-septiembre, pp. 6-7

CAMINA: SISTEMA DE RECOMENDACIÓN DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL SEDENTARISMO EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

Concepción Pérez de Celis-Herrero[1], María Somodevilla-García[1], Ivo Pineda-Torres[1], Felipe Orihuela-Espina[2], Alejandro Serrano-Mancilla[1], Karen Ramírez-Armendáriz[1], Jesús Montiel-Pulido[1]
[1]Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, [2] Instituto Nacional de Astrofísica Óptica y Electrónica

Resumen

La inactividad física es uno de los denominados factores de riesgo modificables, que al igual que el tabaquismo y la alimentación no saludable, son considerados los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles(ENT). Las intervenciones clínicas, encaminadas a modificar el estilo de vida(EV) han demostrado ser eficaces en la prevención y control de ENT; sin embargo es también cierto, que la adherencia a las modificaciones saludables del EV sigue siendo baja. El objetivo de este proyecto es el de implementar un *sistema de recomendación de cambio de estilo de vida(SRCEV)*, para reducir el sedentarismo como medida de prevención de ENT, en la población universitaria. Para analizar el comportamiento sedentario, se aplicó el cuestionario de Baecke de evaluación de actividad física. El estudio realizado sirvió como pauta para comprobar la

existencia del problema en la población objetivo. Utilizando la metodología del cómputo persuasivo se diseñó una herramienta computarizada que denominamos ¡CAMINA!, que con retos progresivos, apoya a los usuarios registrados para lograr el objetivo de caminar 10,000 pasos diarios.

Palabras Clave: Cómputo persuasivo; Sedentarismo; Cambio de estilo de vida

Abstract
Physical inactivity is one of the known modifiable risk factors, which like smoking and unhealthy diet are considered the main determinants of noncommunicable diseases (NCDs). Clinical interventions aimed at modifying lifestyle (EV) have proven effective in the prevention and control of NCDs; Yet it is also true that adherence to healthy modifications of EV remains low. The objective of this project is to implement a recommendation system change lifestyle (SRCEV) to reduce sedentary as prevention of ENT at the university. To analyze sedentary behavior, Baecke questionnaire assessment of physical activity was applied. The study served as a guide to check the existence of the problem in the target population. Using the methodology of pervasive computing a computerized tool called WALK !, with progressive challenges, supports registered users to achieve the goal of walking 10,000 steps a day is designed.
Keywords: Persuasive computing; Sedentary; Changing lifestyle

I. Introducción

La Estrategia Nacional presentada en 2013, promueve la construcción de una política pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población. En este marco, se pretende desarrollar una línea de acción en materia de comunicación educativa e intervenciones para la regulación, control y sensibilización que reduzcan el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional. Las acciones se dirigen a toda la población y particularmente a escolares ya que en los últimos 10 años, la prevalencia de diabetes tipo 2 se ha incrementado de manera importante en niños y adolescentes. Conforme a la ENSANUT 2012, en México residían 31 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 26.5% de la población total. Los resultados reportados en esta encuesta, indican que el 0.68% de estos ya han sido diagnosticados con diabetes. Por otra parte de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, en 2011 fallecieron aproximadamente 38 mil jóvenes, lo que en términos porcentuales representa 6.4% de las defunciones totales y si a estos datos agregamos que también para este grupo poblacional, se detectó un importante incremento en los hábitos que conforman en conjunción el trípode de los principales factores de riesgo evitables de las ENT: inactividad física, alimentación poco saludable y fumar, resulta inminente que los servicios de salud, específicamente las unidades de salud del primer nivel de atención, deben hacer uso de las tecnologías de información y comunicación (líneas telefónicas móviles, internet, redes sociales) para ofrecer soluciones que faculten a la persona a cambiar sus estilos de vida de forma sostenida.

El segmento social universitario incluye la etapa de vida adolescente hasta el adulto mayor, con una diversidad de comportamientos, hábitos, costumbres y necesidades de salud. Las Universidades como espacios de formación académica, constituyen los escenarios indicados para llevar a cabo la formación integral de los profesionales, desde el punto de vista humanístico, científico y tecnológico, a través de una gestión basada en los principios del desarrollo humano sostenible. La dinámica sociocultural y académica encuentra su razón en el logro de aprendizajes cognitivos y de habilidades para la vida, que fomenten actitudes de desarrollo integral de las personas, que busquen y concreten

los ámbitos universitarios en lugares donde se desarrolle la comunidad intelectual con calidad de vida, tolerancia e inclusión social. Es evidente bajo esta perspectiva que contribuir al desarrollo humano integral de los actores sociales de la comunidad universitaria: alumnos, docentes, administrativos y autoridades, a través de la promoción de la salud es uno de los ejes del quehacer universitario.

La obesidad es un problema en todo el mundo en gran medida determinado por los estilos de vida. El exceso de ingesta alimentaria es sin duda, un factor determinante para el sobrepeso / obesidad, sin embargo, aunada a la obesidad en la mayoría de los casos los individuos que la padecen realizan poca o nula actividad física y llevan una vida generalmente sedentaria. En estudios clínicos recientes sobre la obesidad[1,2], el sedentarismo tiene un lugar destacado. El estilo de vida de la sociedad actual ocasiona que, la mayoría de las personas pasen gran cantidad de tiempo al día en actividades sedentarias, razón por la cual en los últimos años se ha producido numerosos ensayos médicos para generar pruebas y recolectar datos sobre el impacto en la salud de la conducta sedentaria y en particular sobre la relación entre sedentarismo y obesidad.
El objetivo del presente estudio es evaluar los índices de sedentarismo, en el contexto universitario, con el objetivo de iniciar campañas e intervenciones que fomenten la actividad física. Nuestro interés es contribuir a que los estudiantes, mejoren sus comportamientos y reduzcan los hábitos no saludables a lo largo de su estancia en la universidad; Proveyéndolos de información suficiente sobre las prácticas y hábitos que pueden implicar riesgos para la salud, creando conciencia de la gravedad de determinadas conductas e incentivando los hábitos de salud en los futuros profesionales. Por otra parte este estudio pretende, comparar los hábitos de salud y factores de riesgo de dos niveles de estudiantes universitarios, los recién incorporados y los estudiantes próximos a graduarse, de manera que se pueda, comprobar la eficiencia de los programas de intervención, durante la transición universitaria.

I.1 Sedentarismo y su impacto en la salud

Intervenciones recientes[3,4,5] han demostrado que las personas en la sociedad actual, pasamos la mayor parte del día inactivas o en actividades sedentarias, incluyendo el transporte, la ocupación laboral y el tiempo libre. Según las estimaciones recientes, utilizando medidas objetivas, de la actividad física y el tiempo de sedentarismo en muestras representativas de la población, se puede asegurar que solamente entre el 30 o 40 por ciento del tiempo que permanecemos despiertos lo dedicamos a una actividad física de intensidad moderada a vigorosa, mientras que el 60 por ciento de las horas de vigilia las dedicamos a actividades sedentarias [6, 7]. El sedentarismo ha sido definido como aquellas actividades caracterizadas por estar sentado o en posición recostada y que requieren un gasto de energía <1.5 MET (múltiplos de la tasa metabólica basal)[2]. Las actividades de baja intensidad son las que se realizan de pie, pero que requieren menos de 3.0 MET [3], estas últimas incluye actividades como; caminar lentamente, cocinar y el lavado de los platos.
Es importante destacar que el sueño no se considera una conducta sedentaria, debido a sus funciones fisiológicas de restauración, sólo aquellas conductas que requieren bajo gasto de energía (menos de 1.5 MET) y que se producen durante las horas de vigilia, son consideradas como sedentarias.
La actividad física (AF) es un factor de prevención reconocido contra la acumulación de adiposidad crónica. Sin embargo, el equilibrio entre la práctica de AF y el comportamiento sedentario es tan complejo como la etiología de la obesidad. En este sentido los cambios acelerados en las características ambientales y de comportamiento en las últimas décadas

han contribuido a la reducción del gasto calórico promedio de los individuos. Los avances tecnológicos, las comodidades de los ambientes construidos, los medios de transporte, las ocupaciones poco activas, y redes sociales afectan la forma en que vivimos en la casa, el trabajo y centros educativos, este cambió de vida en apariencia benéfico, tiene como consecuencias la reducción en el nivel y la duración de la AF en la vida diaria, y el aumento de las actividades sedentarias.

De hecho, la intensidad, la duración y el tiempo total de descanso de la AF tiene sinergia y reduce de forma independiente el riesgo de sobrepeso /obesidad en las mujeres y los hombres [5]. En contraste el comportamiento sedentario, con actividades que nos mantienen mucho tiempo sentados o lapsos de tiempo prolongado de pantalla (viendo la televisión, usando la computadora o jugando juegos electrónicos), ha aumentado este riesgo en niños y adultos [3-7], independientemente de la actividad física. En niños, el sedentarismo se ha asociado con infiltración de grasa en el músculo esquelético durante el crecimiento, que podría contribuir a la obesidad relacionada con trastornos metabólicos [8, 9]. Además, ver televisión más de dos horas por día fue asociado con deterioro físico, disminución de las puntuaciones de autoestima y el comportamiento pro-social, y la baja en el rendimiento académico, además de un mayor riesgo de obesidad [4,5]. Por lo tanto, el tiempo sedentario debe destacarse como un factor de riesgo independiente con el fin de prevenir la obesidad.

Por otra parte, Lakerveld et al. [11] encontraron una reducción de la física actividad del 34 y el 38,1% en varones y mujeres, respectivamente, la obesidad abdominal (≥ 102 cm y ≥ 88 cm, respectivamente) en comparación con aquellos con una circunferencia de cintura normal. De hecho, se ha demostrado que el sobrepeso / obesidad, se asocia con disminución de la posibilidad de cumplir los niveles de actividad física recomendada, al tener más barreras para realizar actividades física los sujetos tienden a pasar más tiempo en conductas sedentarias [5,6,7,10]. Curiosamente, las mujeres pero no los hombres, con tiempos de visualización de TV (≥ 4 h / día) presentan una disminución de AF mayor, independientemente de la obesidad abdominal [5,11]. En general en la bibliografía considerada las mujeres ven más televisión y tienen más actividades sedentarias que los hombres aumentando su riesgo de obesidad y otras complicaciones relacionadas.

I.2 Actividad Física y Sedentarismo en México

A partir de los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012 [12], se tiene que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no practicaron algún ejercicio durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% practicó uno o dos y el 2.5% más de tres; el ejercicio más frecuente para este grupo de edad es el futbol soccer. De acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, el 18.3% son moderadamente activos y un 59% son activos. Por otro lado se estimó que los adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumento significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012). Este fenómeno es similar al observado en otros países como se discutió en las secciones precedentes. Cuando se evaluó el tiempo frente a una pantalla, como parámetro para evaluar el sedentarismo, únicamente 33% de los niños y adolescentes reportó haber cumplido con la recomendación de pasar un máximo de dos horas diarias frente a una pantalla, mientras que 39.3% reportó pasar de más de dos y menos de cuatro horas diarias y el 27.7% cuatro o más horas diarias frente a una pantalla. Para el grupo de adolescentes, 36.1% reporto haber pasado un máximo de dos horas diarias frente a una pantalla (incluye: televisión, computadora, películas, redes sociales, internet, videojuegos.,) mientras que 63.9% aceptó que pasa más de dos horas diarias. Finalmente, 51.4% de los adultos reportó haber pasado hasta dos horas diarias frente a

una pantalla, mientras que 48.6% paso más de dos horas diarias. Esta encuesta encontró que los adultos ocupan en promedio 1:40 horas de su tiempo diario en transportarse inactivo, y 3:30 horas de su tiempo en estar sentados. Además reportaron dormir diariamente un promedio de 7:30 horas diarias.
De acuerdo con los hallazgos de esta encuesta y tomando en cuenta las implicaciones negativas que el sedentarismo tiene en la salud de los individuos, resulta prioritario promover, no solo el incremento de actividad física moderada y vigorosa, incluyendo actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado). Para ello, diversos grupos de expertos recomiendan el uso de campañas de comunicación masiva con mensajes cortos enfocados a aspectos clave para la comunidad.

2. Materiales y Métodos

Como población piloto de nuestro estudio se eligió a la comunidad de la Facultad de Ciencias de la Computación de la Universidad Autónoma de Puebla. Para poder contar con la información correspondiente de la población objetivo, inicialmente se tienen que recolectar los datos y características conductuales de los usuarios potenciales del sistema para generar una población muestra en la cual se puede determinar qué tipo de recomendaciones son las más adecuadas y también para conocer el estado actual de la población objetivo para poder determinar de manera más precisa en qué puntos se deben de concentrar las actividades a realizar por los usuarios. Para poder obtener esta información se evaluó a un grupo de 1334 personas todas ellas con estudios universitarios (494 mujeres y 840 hombres) con el cuestionario de Baecke de actividad física [13]. Como resultado del estudio, la población objetivo obtuvo un índice de 0.55 que es comparable con los datos obtenidos por la encuesta ENSANUT 2012. Si comparamos los resultados obtenidos con los índices de la encuesta Baecke que van de 0 (no sedentario) a 1 (altamente sedentario), tenemos que nos enfrentamos a una población poco activa como se muestra en la tabla 1 a continuación.

Tabla 1. Resultados de la encuesta Baecke de actividad física aplicado a la población estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Computación de la Universidad Autónoma de Puebla.

Resultados de la Encuesta Baecke de Actividad Física	Índice Trabajo	Índice de Deportes	Índice de Entretenimiento	Índice de Trabajo + Deportes + Tiempo Libre
Población Encuestada	2.20	1.98	2.65	6.82
Estándares población no sedentaria	5	5	5	15

Se realizó también un análisis a partir del índice de masa corporal de la población encuestada, encontrándose que el 31% presenta sobrepeso. Además se estimó el estado nutricional de la población a partir de su Índice de Masa Corporal y se encontró que existe mayor probabilidad de encontrar personas con sobrepeso que con infrapeso u obesidad en ambos sexos ($\chi 2 = 24.44$, $P < 0.00005$), dicho patrón se conserva entre mujeres y hombres. Podemos concluir que el sobrepeso es una condición normal en los estudiantes universitarios.
Nuestra alternativa de solución, propone el monitoreo constante de los usuarios a través de sensores, permitiendo recolectar información acerca de sus actividades diarias: momentos de actividad, tiempo en reposo. De esta manera se espera atender, particularmente a los usuarios registrados recomendando: ejercicios, actividades, artículos sobre la importancia

de la actividad física constante, ya que es fundamental fortalecer en el usuario la auto-gestión de su salud lo que redundará en la prevención de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Para realizar la retroalimentación entre el sistema los usuarios contarán con un monitor (coaching) personal que pueda apoyarlo a moldear su estilo de vida a partir de su estado actual.

Para tener un panorama de la actitud de la población objetivo, se incluyó en la encuesta realizada la opción de participar en programas de salud preventiva, a lo cual el 62% de los encuestados respondieron negativamente, por lo cual se plantea el dar seguimiento a los usuarios por medio de la computación persuasiva y métodos no invasivos, con lo cual podemos realizar el seguimiento a estado de salud de forma constante sin intervenir directamente con sus procesos diarios y proponer de ser necesario las acciones preventivas para mejorar su actividad física.

Por esta misma razón se preguntó sobre los dispositivos telefónicos y solamente el 20% de los encuestados no cuentan con teléfonos con acceso a internet, por lo cual se consideró también el uso de podómetros para obtener un resultado similar al que se planteó conseguir con la aplicación desarrollada para la plataforma, aunque con ello los usuarios tienen que introducir manualmente lo que realizan cada día y reiniciar los podómetros al día siguiente.

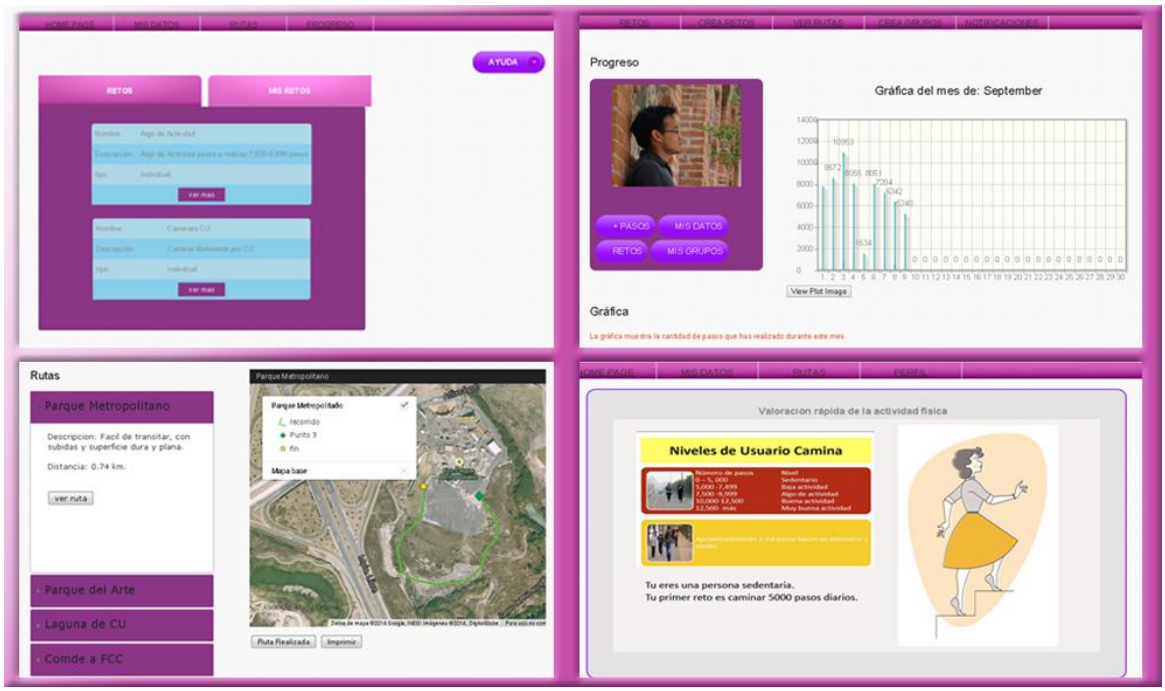
3. Resultados

Con base en los estudios sobre actividad física consideramos la caminata como la actividad más accesible y viable para la población objetivo. Elegimos la caminata ya que existe evidencia importante que relaciona la salud de las personas con la cantidad de pasos que camina al día. Según se plantea en diversas investigaciones las personas que cumplen el reto de caminar alrededor de 10 mil pasos diarios poseen una mejor salud general y una mejor calidad de vida que aquellas personas con poco movimiento durante el día. El SRCEV diseñado lo nombramos ¡Camina!. En Camina se implementaron una serie de retos graduales que el usuario debe vencer hasta alcanzar el hábito de caminar 10,000 pasos diarios. Para situar el nivel del usuario se implementó el cuestionario RAPA de actividad física[14] que debe realizarse al registrarse en el sistema. De este modo el sistema de recomendación basado en las respuestas del usuario puede ubicarlo en el nivel adecuado para él y asignarle un primer reto de actividad física.

Por otro lado el usuario cuenta con un perfil en donde puede ver su progreso diariamente, proporcionándole un estímulo para realizar el reto diario y conseguir más compitiendo con el mismo, de tal manera que busque superar la meta anterior y así controlar los factores de riesgo sin tenerlo presente a lo largo de las actividades.

Los usuarios de Camina cuentan inicialmente con un reto progresivo que puede ser desde realizar cinco mil pasos hasta realizar más de diez mil pasos diarios, pero para aquellos usuarios que les gusta competir, proponer o simplemente desean cumplir otra meta, se optó por proporcionar a los usuarios registrados en la plataforma, un formulario para proponer los retos que les gustaría poder realizar, siendo estos retos solamente virtuales. Para garantizar la seguridad de los usuarios antes de ser aprobados estos retos son verificados por el administrador de la plataforma que los retos no cuenten con puntos de encuentro, direcciones, números telefónicos o algún tipo de contacto, posteriormente esta propuesto sistematizar el análisis sintáctico y léxico para poder publicar los retos automáticamente después de ser propuestos, con la certeza de que son seguros para los demás.

Al ser una plataforma multi-usuario lo que se buscó es que los usuarios pudieran interactuar entre sí, para lograr que los usuarios se relacionen con personas que quizás no conozcan se planteó la creación de grupos con aficiones en común, de tal forma que las personas que pertenezcan a un grupo tengan gustos, metas o ideas similares para poder



así contribuir a alcanzar un objetivo grupal, apoyar a los integrantes del grupo a cumplir sus metas individuales y a propiciar una competencia sana, todo esto con el objetivo de que los usuarios, vaya modificando su estilo de vida al realizar las metas diarias. Cada usuario cuenta con un perfil, en el cuál puede visualizar sus avances durante el mes en curso, este tipo de seguimiento permite a los usuarios valorar sus avances o retrocesos en sus retos diarios, esto se hace con la intención de motivar a los usuarios para que día a día superen el nivel de su gráfica, teniendo en mente el esfuerzo realizado y el logro obtenido, en la figura 1 se muestra un mosaico de las funcionalidades del sistema.

Para que los usuarios registren su actividad consideramos dos modelos, el primero mediante el uso de podómetros ya que conforme a las encuestas realizadas en la población objetivo existe un número considerable de individuos que no cuentan con un dispositivo móvil ni acceso a internet en sus hogares. El mecanismo para el registro de este primer grupo de usuarios es accediendo a la plataforma web dentro de las instalaciones universitarias.

Figura 1. Mosaico de imágenes de la interfaz usuario de ¡Camina!

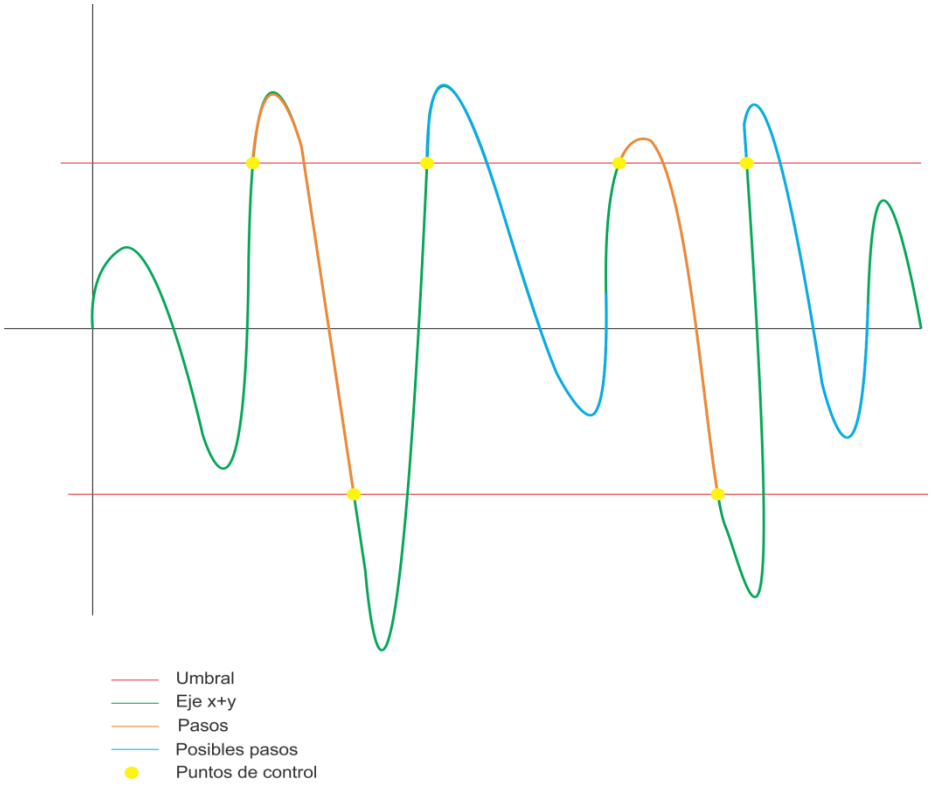
El segundo modelo de acceso es mediante una aplicación móvil para el sistema Android que nos ayuda a contar los pasos realizados por el usuario, esta aplicación se basa en el uso del acelerómetro, que se encuentra en los dispositivos, obteniendo el cambio de estado de los ejes x, y restándole la constante de gravedad, donde alpha es igual a 0.8.

```
@Override
public void onSensorChanged(SensorEvent event) {

    synchronized (this) {

                gravity[0] = alpha * gravity[0] + (1 - alpha) * event.values[0];
                gravity[1] = alpha * gravity[1] + (1 - alpha) * event.values[1];
                gravity[2] = alpha * gravity[2] + (1 - alpha) * event.values[2];

                X = event.values[0] - gravity[0];
                Y = event.values[1] - gravity[1];
                Z = event.values[2] - gravity[2];
```

Inicialmente se calcula la gravedad aplicada en el acelerómetro con la formula mostrada en el código anterior, posterior a su cálculo se toma el valor origina del acelerómetro y se le resta la gravedad calculada anteriormente, obteniendo el valor de los ejes sin la gravedad, esto nos sirve para su posterior procesamiento, los valores generados son almacenados por 24 segundos y evaluados, mientras se vuelven a almacenar los datos de otros 24 segundos, y así sucesivamente, el cálculo de los pasos se realiza por ventanas de 24 segundos donde de los datos generados por el acelerómetro en los ejes x, y, la forma de calcular estos pasos es a través de flat points.

```
pasos+= flatp(fx,fy,0,1199,d);
actualiza(pasos);
```

El proceso de evaluación de los flat points consiste en verificar cuales puntos al sumar ambos ejes (x, y) resultan mayores al umbral, y una vez que se encuentra un punto mayor se verifica q de igual forma sea menor al umbral negativo como se muestra en la gráfica 1.



Gráfica 1. Proceso de evaluación de los flat points.

Como se puede observar, no todo punto de control es considerado un paso, para que esto suceda se tiene que cumplir con las restricciones antes mencionadas, de no cumplirse con éstas, los datos no se toman en cuenta, en la gráfica los datos de color naranja cumplen con los requisitos y se consideran como pasos, al contrario de los datos azules, con esta metodología se logró obtener que la aplicación móvil tuviera una precisión del 96%, esto es +-4 pasos por cada 100 que dé el usuario, por lo que es un rango algo de precisión y nos sirve para lo planteado anteriormente. El mecanismo de registro de logros para este modelo se realiza en tiempo real, si se cuenta con plan de datos y de no ser así el sistema los almacena y envía al SRVEV en cuanto detecte servicio de internet.

4. Discusión

Esta propuesta de intervención surgió como una necesidad impostergable ante el incremento de hábitos no saludables, observados en los estudiantes universitarios de la BUAP. Hábitos que desencadenan factores de riesgo de diabetes y otras enfermedades no transmisibles (ENT); Cabe señalar que la población encuestada por el carácter mismo de su área de conocimiento requiere de pasar en promedio más de cuatro horas frente a pantallas, que probablemente no sea el caso para otras de las profesiones, razón por la cual se requiere ampliar el estudio iniciado por esta intervención para cubrir el total de los alumnos de la BUAP. Lo importante ahora es no solamente detectar los factores de riesgo de la comunidad universitaria sino establecer estrategias que permitan reducirlos; Creemos que estas estrategias deben estar encaminadas a la modificación de los hábitos no saludables de los individuos, una de las técnicas que hemos empezado a trabajar es el desarrollo de Sistemas de Recomendación de Estilos de Vida. Estos sistemas son aplicaciones computacionales que capacitan a las personas (sanas o con algún comportamiento no saludable) en temas de salud y bienestar, enseñándoles cómo sus acciones afectan a su salud, siendo esto, un paso importante para mejorar la calidad de vida y disminuir enfermedades futuras, ya que contribuyen al empoderamiento del individuo sobre su salud fortaleciendo su agente de autocuidado. Actualmente el sistema prototipo de Camina, se encuentra en fase de evaluación y se plantea realizar una intervención considerando dos grupos pilotos de usuarios registrados. El primer grupo contará con podómetros y seguirá el modelo uno de registro y el segundo tendrá acceso a la aplicación móvil. En total el número de personas de la comunidad universitaria que participará será de 100 personas. Cabe señalar que como meta final esperamos incidir en la reducción del sedentarismo en los ambientes laborales y educativos. Los resultados hasta ahora obtenidos nos indican que es posible sensibilizar y persuadir a la población objetivo para participar en la intervención, lo cual nos permitirá contar con un mejor perfil de los interesados y sus expectativas.

Referencias

[1] Lideke Middelbeek, João Breda, Obesity and Sedentarism: Reviewing the Current Situation Within the WHO European Region. Current Obesity Reports, March 2013, Volume 2, Issue 1, pp 42-49.

[2] Josefina Bressan, Fernanda de Carvalho Vidigal , Helen Hermana M. Hermsdorff. Social Components of the Obesity Epidemic, Curr Obes Rep (2013) 2:32–41, Springer Verlag

[3] Elin Kolle, Ulf Ekelund. Is Sitting Time a Strong Predictor of Weight Gain?. Curr Obes Rep (2013) 2:77–85, Springer Science+Business Media

[4] JA Mitchell, RR Pate, MW Beets, PR Nader. Time spent in sedentary behavior and changes in childhood BMI: a longitudinal study from ages 9 to 15 years. International Journal of Obesity (2013) 37, 54 – 60. pp 54-60. 2013.

[5] A. Thorp, N. Owen, G. Healy, B. Clark, J. Salmon, J. Shaw, P. Zimmet, and D. Dunstan. Television Viewing Time and Sitting Time: are they similarly associated with biomarkers of cardio-metabolic risk?. The AusDiab Study, Australia

[6] Healy GN, Lawler SP, Thorp A, Neuhaus M, Robson EL, Owen N & Dunstan DW 2012. Reducing prolonged sitting in the workplace (An evidence review: full report), Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, Australia.

[7] avid Dunstan, Genevieve Healy, *Interventions Targeting* the. *Reduction of Workplace Sedentary*. *Time: An Evidence Review*. . Baker IDI Heart & Diabetes Institute, The University of Queensland, Australia.

[8] Farr JN, Van Loan MD, Lohman TG, Going SB. Lower physical activity is associated with skeletal muscle fat content in girls. MedSci Sports Exerc. 2012;44(7):1375–81.

[9] L. DeMattia, L. Lemont and L. Meurer, Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literatura, obesity reviews (2007) 8, 69–81

[10] Neville Owen, Genevieve N Healy, Bethany Howard, David W Dunstan, Too Much Sitting: Health Risks of Sedentary Behaviour and Opportunities for Change, Research Digest, Series 13, Number 3, 2012. *Published quarterly by the President's Council on Fitness, Sports & Nutrition Rockville, MD*

[11] Lakerveld J, Dunstan D, Bot S, Salmon J, Dekker J, Nijpels G, et al. Abdominal obesity, TV-viewing time and prospective declines in physical activity. Prev Med. 2011;53(4–5):299–302

[12] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Informe de resultados nacionales. [Internet] 2013 [consultado 2014 septiembre 16]; Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

[13] Baecke J A, Burema J, Frijters J E. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies, American Journal of Clinical Nutrition. 12; 36(5):936-42.

[14] Topolski, TD., LoGerfo, J., Patrick, DL., Williams, B., Walwick, J., Patrick, MB., (2006) "Evaluación Rápida del Nivel de Actividad Física (*Rapid Assessment of Physical Activity*, RAPA) de los adultos mayores". *Prev Chronic Dis* [serie publicada on-line] En: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/, [Fecha de consulta: 9/9/14].

PROPUESTA PARA RESPONDER A NECESIDADES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Deyanira González de León Aguirre
Addis Abeba Salinas Urbina
María del Pilar Torre Medina Mora
Fernando Mora Carrasco

Departamento de Atención a la Salud
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX)
Ciudad de México

Resumen:

Introducción: En este trabajo presentamos la propuesta para promover la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población estudiantil en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX), ubicada en la Ciudad de México. Esta propuesta forma parte del Programa Universidad Saludable de nuestra institución, que inició en 2009. Las actividades del Programa se han apoyado en información de encuestas para detectar necesidades de SSR en estudiantes de primer ingreso. La propuesta busca promover los derechos sexuales y reproductivos de los y las estudiantes.
Objetivos: a) Compartir con colegas de otras universidades nuestra propuesta para promover la SSR de la población estudiantil; b) Discutir la viabilidad de desarrollar estudios interinstitucionales sobre necesidades de SSR en estudiantes.
Conclusiones: Encuestas realizadas en la UAMX y otras universidades del país muestran que la mayoría de estudiantes carece de la información y el apoyo necesarios para proteger su SSR. Como parte de su responsabilidad social, las universidades están obligadas a implementar estrategias que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes.
Palabras clave: salud sexual y reproductiva, estudiantes universitarios, universidades saludables, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract:

Introduction: In this paper we present the proposal to promote the sexual and reproductive health (SRH) of students at the Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, located in Mexico City. The proposal is part of the Healthy University Program of our institution, which started in 2009. Activities of the Program have been supported by information from surveys to detect SRH needs in first year students. The proposal seeks to promote the sexual and reproductive rights of students.
Objectives: a) To share with colleagues from other universities our proposal to promote the SRH among students; b) To discuss the possibility to developing inter-institutional studies about SRH needs in university students.
Conclusions: Studies carried out at the UAMX and other universities of the country show that most students lack of the information and support necessary to protect their SRH. As part of its social responsibilities, universities are mandated to implement strategies for promoting young people's sexual and reproductive rights.
Key words: sexual and reproductive health, university students, healthy universities, sexual and reproductive rights.

Introducción:

Este trabajo tiene como objetivo compartir con colegas de otras universidades la propuesta para promover la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población estudiantil en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX), ubicada en la Ciudad de México. La propuesta se apoya en información de encuestas para detectar necesidades de SSR en estudiantes de primer ingreso, realizadas como parte de las actividades que sustentaron el inicio del Programa Universidad Saludable en 2009. Un segundo objetivo del trabajo es discutir las posibilidades de llevar a cabo estudios interinstitucionales sobre necesidades de SSR en poblaciones universitarias.

La mayoría de estudiantes que ingresan a las universidades en México corresponde al grupo poblacional de los adultos jóvenes, ubicado entre los 20 y 24 años de edad. De

acuerdo con un trabajo publicado hace algunos años, los adultos jóvenes representan un grupo intermedio y vagamente definido, que transita del final de la adolescencia hacia la vida adulta independiente y cuya vulnerabilidad en términos de su SSR merece mayor atención.1

Por otro lado, organismos internacionales han reconocido que los problemas de salud de la población joven —15 a 24 años— han sido insuficientemente atendidos por las políticas gubernamentales y que la promoción de su SSR tiene una importancia central para fomentar su bienestar.2,3 Sin embargo, las infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos no deseados y los abortos son problemas que afectan a millones de jóvenes. Pocos países reconocen plenamente la capacidad de adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y en muchos —como México— crear servicios especializados para atender sus necesidades e implementar programas integrales de educación sexual supone grandes desafíos.4,5

Buena parte de los y las jóvenes que ingresa a las universidades mexicanas carece de los recursos de información y atención necesarios para proteger su SSR. Estudios realizados en México revelan carencias notables de información en temas como el uso del condón, las ITS, las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) o el aborto en estudiantes de nivel universitario.6-11 Estos y otros estudios indican que el nivel de conocimientos sobre asuntos relativos a la sexualidad y la reproducción entre estudiantes universitarios es en general pobre y similar al de otros grupos de jóvenes sin acceso a la educación superior. Se trata, además, de una población cuyos comportamientos sexuales son influenciados, en mayor o menor medida, por mitos y estereotipos que favorecen una alta incidencia de embarazos no deseados, abortos e ITS en jóvenes universitarios. Sin duda, esta situación es resultado de las graves deficiencias de la educación sexual en el sistema escolar y del impacto de las campañas de grupos conservadores para desacreditar la eficacia del condón y de la anticoncepción de emergencia. Por otro lado, los valores conservadores y la doble moral frente a la sexualidad que prevalecen en el contexto sociocultural del país tienen aún una importante influencia en las percepciones y opiniones de muchos jóvenes, hombres y mujeres, en relación a asuntos como la virginidad y la sexualidad femenina, las relaciones de pareja, la violencia de género, la homosexualidad o el aborto.

Las encuestas aplicadas en la UAMX:

Por razones de espacio en esta sección se presenta sólo un resumen de los principales resultados de dos encuestas, anónimas y de opción múltiple, aplicadas a estudiantes de primer ingreso. La primera se aplicó con un formato impreso en 2009, a una muestra representativa de 315 estudiantes. La segunda, aplicada en 2013, fue respondida en forma electrónica por 1,215 estudiantes que representaron más del 67% de la matrícula de primer ingreso. La primera encuesta fue más extensa, pero la segunda incluyó nuevas preguntas y los resultados de ambas son complementarios. Los principales hallazgos de estas encuestas son los siguientes:

- Las proporciones de hombres y mujeres que participaron en las dos encuestas fueron iguales: 46% y 54% respectivamente; la edad promedio fue de 21 años y sólo un 5% reportó como estado civil el de casado/a.
- El 81% realizó sus estudios de preparatoria en instituciones públicas y casi un tercio reportó que trabajaba además de estudiar. Poco más de 40% provenía de familias cuyos padres tenían un nivel de escolaridad de secundaria o menor.

- Alrededor del 80% de los hombres y el 60% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales (RS) coitales antes de ingresar a la universidad; en ambos sexos, alrededor del 80% reportó el inicio de sus RS entre los 15 y 20 años. Los hombres reportaron un número mayor de parejas sexuales que las mujeres.
- 59% de hombres y 33% de mujeres reportaron haber tenido RS orales, mientras las cifras de quienes reportaron RS anales fueron de 22% y 14% respectivamente.
- Alrededor del 90% en ambos sexos reportó ser heterosexual; menos del 8% respondió que había tenido RS con personas de su mismo sexo.
- Más del 70% señaló que tenía RS esporádicamente (de vez en cuando), lo cual remite a la necesidad de promover intensivamente métodos de protección como el condón y las PAE en las universidades.
- 10% de mujeres y 4.5% de hombres reportaron haber tenido alguna ITS. La proporción de mujeres que señaló haberse realizado pruebas para detectar ITS fue ligeramente mayor que en los hombres, con 29% y 26% respectivamente. El total de mujeres que reportó ITS recibió atención médica, mientras el 16.7% de los hombres no la buscó porque los síntomas desaparecieron espontáneamente.
- Más del 90% en ambos sexos consideró que tenía la información necesaria para ejercer su sexualidad sin riesgos. Sin embargo, las dos encuestas indican, en proporciones no despreciables de hombres y mujeres, un uso bajo e inconsistente del condón; un conocimiento pobre en relación a las ITS; un uso bajo de métodos anticonceptivos eficaces y seguros; y un escaso conocimiento sobre la dosificación de las PAE, así como la percepción, errónea, de que provocan abortos.
- La primera encuesta permitió detectar la presencia de valores, mitos y estereotipos que limitan la capacidad de los y las estudiantes para evitar riesgos asociados al ejercicio de su sexualidad, e influyen negativamente en sus percepciones sobre asuntos como la virginidad y la sexualidad femenina, las relaciones de pareja, la homosexualidad, o el aborto, entre otros.
- En la primera encuesta, el 10% de mujeres reportó que había abortado y el 9% de hombres que había tenido esa experiencia con alguna pareja, datos que aluden a la alta frecuencia del embarazo no deseado en la población joven. La proporción de quienes ignoraban que el aborto es legal a solicitud de la mujer en la Ciudad de México fueron de 26% en mujeres y 30% en hombres.
- La información obtenida, también en la primera encuesta, muestra una postura conservadora frente al aborto en la mayoría de estudiantes, particularmente entre las mujeres. La aceptación del aborto fue alta en casos de violación y cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, pero menor frente a otro tipo de razones: Sida en mujeres embarazadas, diagnóstico fetal de Síndrome de Down, adolescentes con embarazos no deseados, fallas anticonceptivas, estudiantes universitarias que no quieren interrumpir sus estudios, y carencias económicas de la mujer o la pareja. La aceptación fue mayor entre quienes tenían vida sexual.

Propuesta de la UAMX para promover la SSR en la población estudiantil:

Desde la perspectiva de quienes suscribimos este trabajo, responder a las necesidades de SSR de la población estudiantil supone que la universidad asuma el compromiso de implementar acciones que permitan a sus estudiantes no sólo evitar riesgos y problemas —ITS, embarazos no deseados, abortos--, sino también cuestionar los valores, mitos y estereotipos que limitan el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Se trata, esencialmente, de promover que los y las jóvenes que estudian en la universidad vivan su sexualidad con plenitud y sin riesgos.

La propuesta para responder a las necesidades de SSR que la UAMX puede implementar en el corto plazo comprende los siguientes aspectos:

- Ofrecer a la población estudiantil servicios de atención y consejería en SSR, garantizando la dotación de condones y métodos anticonceptivos incluyendo pastillas anticonceptivas de emergencia.
- Estimular y dar prioridad a la participación de estudiantes en el diseño y la implementación de actividades para promover la SSR incluyendo talleres, grupos de discusión, conferencias, ciclos de cine, teatro, mesas redondas.
- Fortalecer la relación con organizaciones no gubernamentales que promueven los derechos sexuales y reproductivos de la población joven para obtener materiales informativos; contar con su colaboración en la organización de eventos; y capacitar a estudiantes en la implementación de talleres dirigidos a sus pares sobre ITS y sexo seguro, uso de anticonceptivos, aborto, violencia de género y otros temas.
- Organizar seminarios de sensibilización en SSR para docentes con un enfoque sustentado en los derechos sexuales y reproductivos de la población joven.
- Formalizar la colaboración con el sector salud y con organizaciones no gubernamentales para coordinar campañas periódicas de detección de ITS, contar con datos sobre su prevalencia en la comunidad estudiantil y remitir a quienes requieran atención especializada.
- Asesorar a estudiantes que necesiten servicios para la interrupción del embarazo, remitiéndoles a servicios especializados de alta calidad.

El programa Universidad Saludable de la UAMX es aún una iniciativa en construcción que ha tenido logros importantes pero que enfrenta el desafío de contar con más recursos financieros y con un mayor grado de institucionalización. Las actividades para la promoción de la SSR han contado con una gran participación de estudiantes y con el apoyo de un número creciente de trabajadores académicos y administrativos.

Un logro reciente del Programa es la creación de un grupo conformado por académicas de distintas disciplinas y por personal de la Sección de Orientación Educativa, que tiene el propósito de dar mayor visibilidad a la violencia de género que se perpetra dentro de la universidad, cuyas manifestaciones abarcan el acoso sexual, las agresiones sexuales con violencia física y la homofobia.

Conclusiones:

Consideramos que este trabajo contribuye al conocimiento de las necesidades de SSR en jóvenes universitarios. Si bien los resultados presentados no son muy diferentes a los de otros estudios con poblaciones de jóvenes en México, las comunidades universitarias tienen particularidades que justifican la realización de investigaciones de este tipo en las instituciones de educación superior. Asimismo, creemos que lo reportado en este trabajo es aplicable a otras comunidades estudiantiles de México.

Frente a su compromiso de convertirse en una universidad promotora de la salud, la UAMX está obligada a ofrecer a sus estudiantes servicios de consejería y atención de alta calidad en SSR que difícilmente podrían obtener fuera de la universidad. Asimismo, un proyecto de esta naturaleza tiene que ofrecer a sus estudiantes información que les permita evitar las ITS, los embarazos no deseados y los abortos.

Referencias bibliográficas:

1. Dominguez L, Shields W. The lost years: The challenge of delivering reproductive health care to young adults (editorial). Contraception. 2008; 78: 1-3.
2. Hopenhayn M, coordinador. La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. 2ª ed. Buenos Aires: Comisión Económica para América Latina y El Caribe / Organización Iberoamericana de Juventud, Naciones Unidas; 2007.
3. United Nations. Monitoring of population programs, focusing on adolescents and youth. Report of the Secretary General. New York: United Nations Commission on Population and Development, 45th Session; 2012.
4. Bearinger L, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet. 2007; 369: 1220-1231.
5. J Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: Evidence and implications. Guttmacher Policy Review. 2011; 14(3): 17-23.
6. Staines HS, Fraga MA, Menchaca R, Salazar J, Vargas AC, Bucardo J et al. Actitudes sexuales y uso del condón en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez. Tecnociencia Chihuahua. 2009; 3(2): 84-96.
7. Chávez M, Petrzelová J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2009; 14(1): 137-151.
8. Flores MM, Mendoza RN. El SIDA: percepción de riesgo de contagio en estudiantes universitarios. Educación y Ciencia. 2001; 5(9): 53-66.
9. Enríquez DJ, Sánchez R, Robles SS. Variables relativas al uso de condón en hombres y mujeres universitarios. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2005; 8(2): 81-98.
10. Leyva A, Chávez R, Atienzo E, Allen B, Ramírez D, Yunes E et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública de México. 2010; 52(2): 156-164.
11. González de León D, Salinas AA, Torre P, Mora F. Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública en la Ciudad de México. Global Health Promotion. 2014. DOI: 10.1177/1759975913516653.

PROMOVIENDO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA ESTUDIANTIL Y PERSONAL

P.L.E. Flores López Claudia
Universidad Autónoma de Aguascalientes.[25]

RESÚMEN

Los hábitos que llevamos como estudiantes son poco convenientes y se atribuyen a la carga académica, laboral y sobre todo la falta de organización de tiempo para realizarlos efectivamente; lo que nos lleva a ser candidatos a desarrollar Enfermedades Crónico Degenerativas en la edad adulta, éstas tienen por causa factores de riesgo comunes que se pueden prevenir al modificar el estilo de vida en los cuales se incluyen: una

[25] Claufe_0707@live.com.mx

alimentación sana, la activación física y el evitar el consumo de tabaco u otro tipo de drogas.
La persona es un ente biopsicosocial que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad para llevar a cabo de manera satisfactoria su autocuidado, por lo que es importante hacer modificaciones en el estilo de vida actual que se lleva, el objetivo es que los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes analicen y de ser necesario modifiquen su estilo de vida para prevenir el desarrollo de dichas enfermedades y así fortalecer los factores protectores con los que se cuentan.
Dentro de la Universidad Autónoma de Aguascalientes se imparten talleres sobre tiempo de ocio, sedentarismo y alimentación sana, aumentando así el interés y el conocimiento para prevenir, reconocer y controlar los factores de riesgo en los estudiantes, ya que influye en su vida personal, escolar, familiar y social.
Palabras clave: enfermedades crónicas degenerativas, factores protectores, autocuidado y estudiantes universitarios

Summary

The habits that we as students are inadequate and are attributed to the academic workload and the lack of organization of time to actually perform them; which leads us to be candidates for developing Chronic Degenerative Diseases in adulthood, because they have common risk factors that can be prevented by modifying lifestyle in which include healthy eating, physical activation and avoid the consumption of snuff or other drugs.
The person is a biopsychosocial being who possesses the skills, ability and willingness to perform satisfactorily after themselves, so it is important to make changes to the current lifestyle that takes, the goal is for students the Autonomous University of Aguascalientes analyze and if necessary change their lifestyle to prevent the development of these diseases and thus strengthen the protective factors that are counted.
Inside the Autonomous University of Aguascalientes workshops on leisure time physical inactivity and taught healthy eating, increasing the interest and knowledge to prevent, recognize and control risk factors in students, as it influences your personal life, school , family and society.

Keywords: chronic degenerative diseases, protective factors, self-care and university students

INTRODUCCIÓN

En México la salud es un derecho (OMS 1946), por lo que los estados de mala nutrición; desnutrición, sobrepeso u obesidad, deben ser prevenidos o diagnosticados y tratados sin importar la edad de quienes los padecen, ya que constituyen un factor de riesgo para otras patologías. Se sabe que actualmente predominan las enfermedades no transmisibles como el sobrepeso y la obesidad (el 70% prevalece en adultos).
Los seres humanos desde pequeños, vamos adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco integran lo que será nuestro estilo de vida. Es muy importante promover en todas las etapas de la vida, la adopción de hábitos que nos lleven a construir estilos de vida saludables. Existen evidencias de que los hábitos de alimentación son factores modificables que intervienen en la expresión o el desarrollo de diversas patologías tanto por deficiencia como por exceso de energía y nutrimentos. Los estilos de vida saludables se consideran como patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo y representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que pueden afectar la salud del individuo. Cuando estas acciones son responsables, adecuadas y positivas contribuyen a prevenir enfermedades.

Algunos de los comportamientos que forman parte de un estilo de vida saludable son: llevar una alimentación adecuada, realizar actividad física y actividades recreativas de forma regular, controlar el estrés, no fumar o abusar de las bebidas alcohólicas, cafeína o fármacos y adoptar medidas de higiene y seguridad adecuadas.
Se espera que los participantes reflexionen sobre la necesidad de hacerse responsables de sí mismos, de sus acciones y de su entorno.

MÉTODO

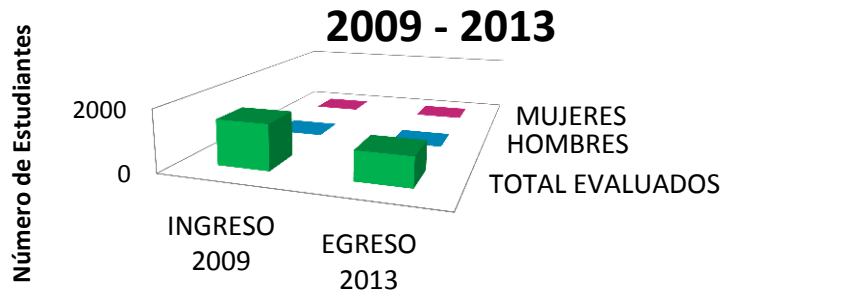
1. EVALUACION INICIAL

En la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se realizó el Examen Médico Automatizado, el cual evalúa a los estudiantes al ingreso y al egreso de la carrera, éste examen evalúa varios rubros, entre ellos, salud bucal, salud visual, salud sexual, y enfermedades crónico degenerativas, así como sus antecedentes familiares.
Se incluyen a todos los alumnos de primero, segundo, séptimo y octavo semestres de todas las carreras de la Universidad. Todos los estudiantes proporcionaron información general, como; edad, género, carrera, peso, consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, realización de actividad física, valoración antropométrica y dietética.
Valoración antropométrica: se tomaron medidas de peso, talla y circunferencia de cintura por personal de enfermería.
Examen Médico Automatizado (UNAM): se les aplica a todos los alumnos de ingreso y egreso (para este análisis se tomó en cuenta la generación 2010 – 2014), este examen mide varios rubros como lo son: antecedentes heredofamiliares, salud visual, salud sexual, salud psicosocial, factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, actividad física, estilos de vida (factores protectores) y salud dental, entre otros.

RESULTADOS

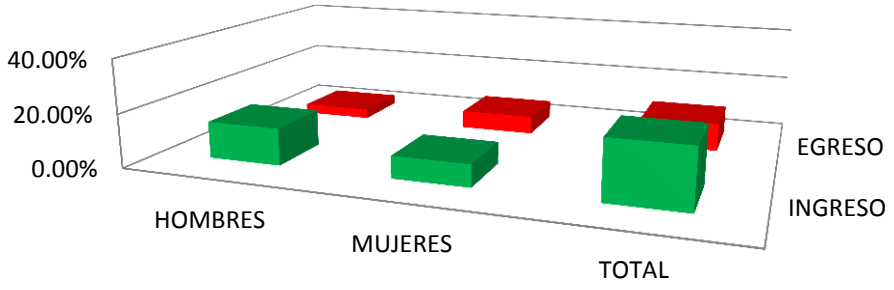
Se incluyeron a todos los alumnos de nuevo ingreso generación 2009 - 2013 (primeros, segundos, séptimos y octavos semestres de todas las carreras), los estudiantes incluidos al ingreso fueron 1490, del cual el 45.90% fueron hombres y el 54.10% fueron mujeres. Los alumnos incluidos al egreso fueron 953 estudiantes, de los cuales el 40.7% fueron hombres y el 59.3% fueron mujeres. La edad promedio fue entre los 18 y 26 años (GRAF 1)
A todos los alumnos se les tomaron estudios de somatometría, el cual se realiza dentro del Examen Médico Automatizado, éste estudio; nos arroja información suficiente para poder decir que el 10.7% de la población total se encuentra en un estado de sobrepeso y obesidad del cual 8.3% son mujeres y el 13.8% son hombres (resultados de ingreso), los resultados que obtuvieron los estudiantes al aplicar el examen de egreso son; 10.6% de la población total se encuentra en un estado de sobrepeso u obesidad, de los cuales el 3.7% son hombres y el 6.9 son mujeres (según el rango de la OMS), a pesar de que las cifras varían considerablemente, existe el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus, Hipertensión y Síndrome Metabólico entre otras varias enfermedades (GRAF 2)
En el estilo de vida de los alumnos, se encontró que al ingreso el 45.7% de los alumnos eran sedentarios y al egreso la cifra fue del 54.1%, el 56.3% al ingreso a la Universidad consumían bebidas alcohólicas, mientras que al egreso se obtuvo un porcentaje del 59.9% (GRAF 3 y 4)
En cuanto a los factores protectores, el 80.2% del total de la población no consumen tabaco, el 27.7% dice no consumir alcohol y el 25.7% realiza algún deporte (GRAF 5)

GRÁFICA 1.



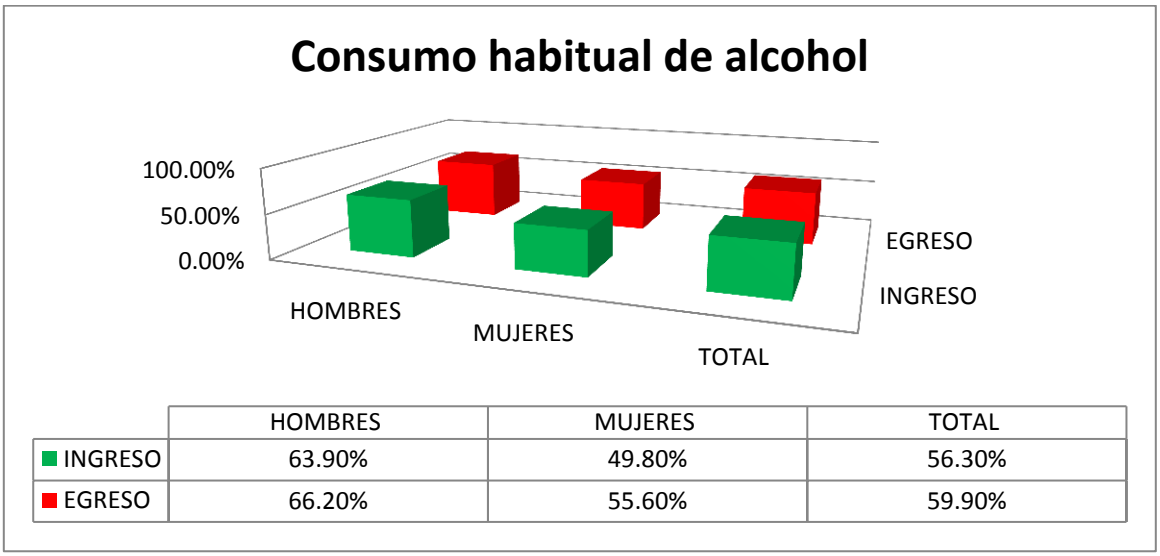
	INGRESO 2009	EGRESO 2013
TOTAL EVALUADOS	1490	953
HOMBRES	45.90%	40.70%
MUJERES	54.10%	59.30%

GRÁFICA 2.



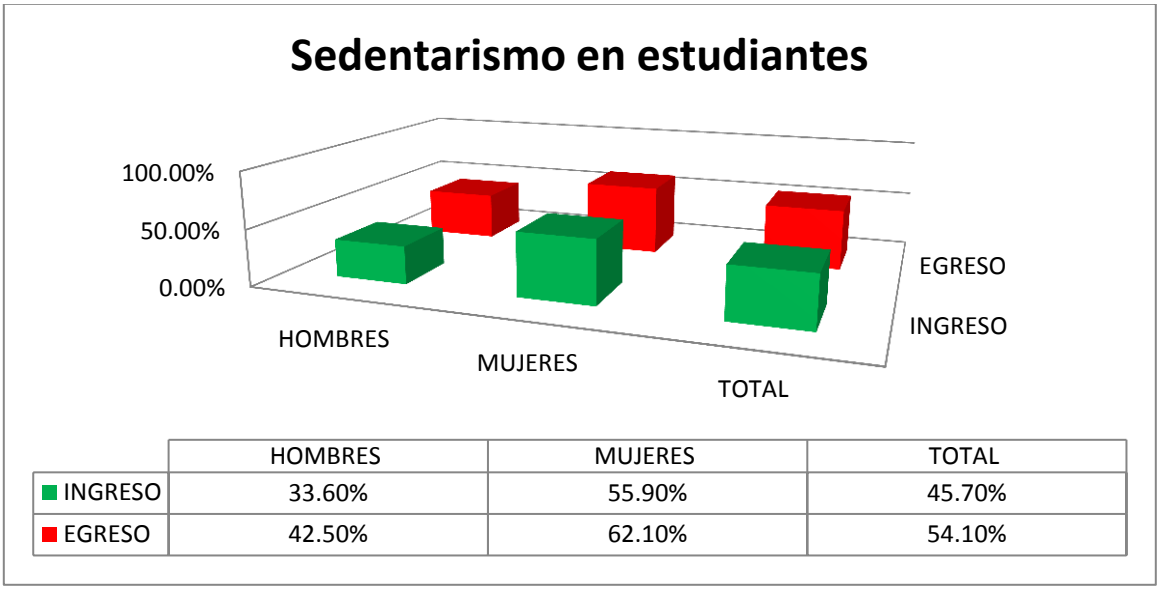
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INGRESO	13.80%	8.30%	22.10%
EGRESO	3.70%	6.90%	10.60%

GRÁFICA 3.



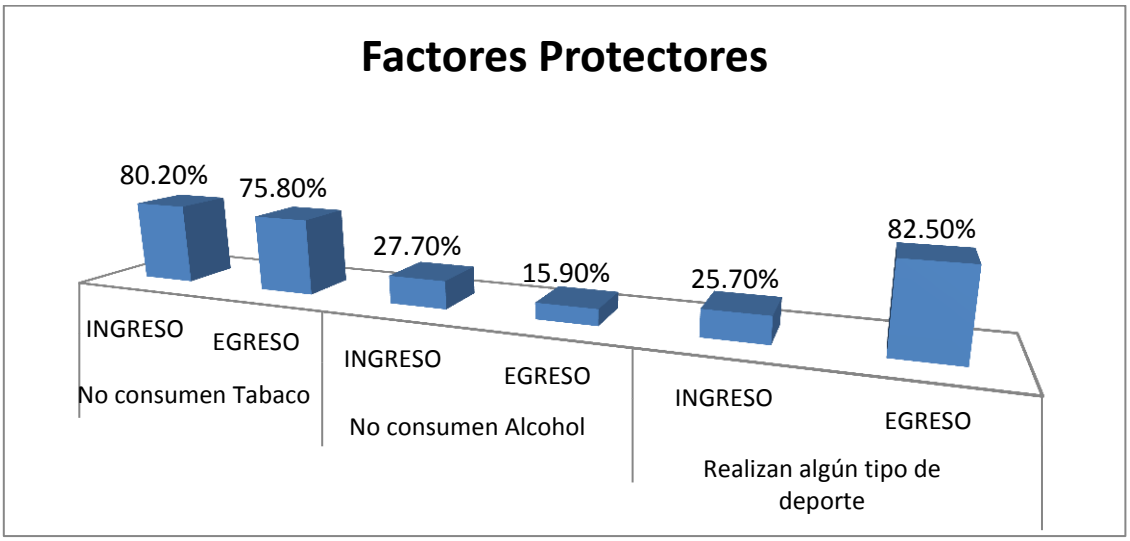
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INGRESO	63.90%	49.80%	56.30%
EGRESO	66.20%	55.60%	59.90%

GRÁFICA 4.



	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INGRESO	33.60%	55.90%	45.70%
EGRESO	42.50%	62.10%	54.10%

GRÁFICA 5.



2. ESTRATEGIAS DE PREVENCION Y PROMOCION EN SALUD

El programa Universidad Saludable de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, en base a los resultados obtenidos de dicho examen, propuso varios talleres, con el firme propósito de:

- Reducir los porcentajes que se encuentran elevados en los hábitos de vida de los estudiantes
- Fortalecer los factores protectores y,
- Fomentar un estilo de vida saludable tanto escolar como personal.

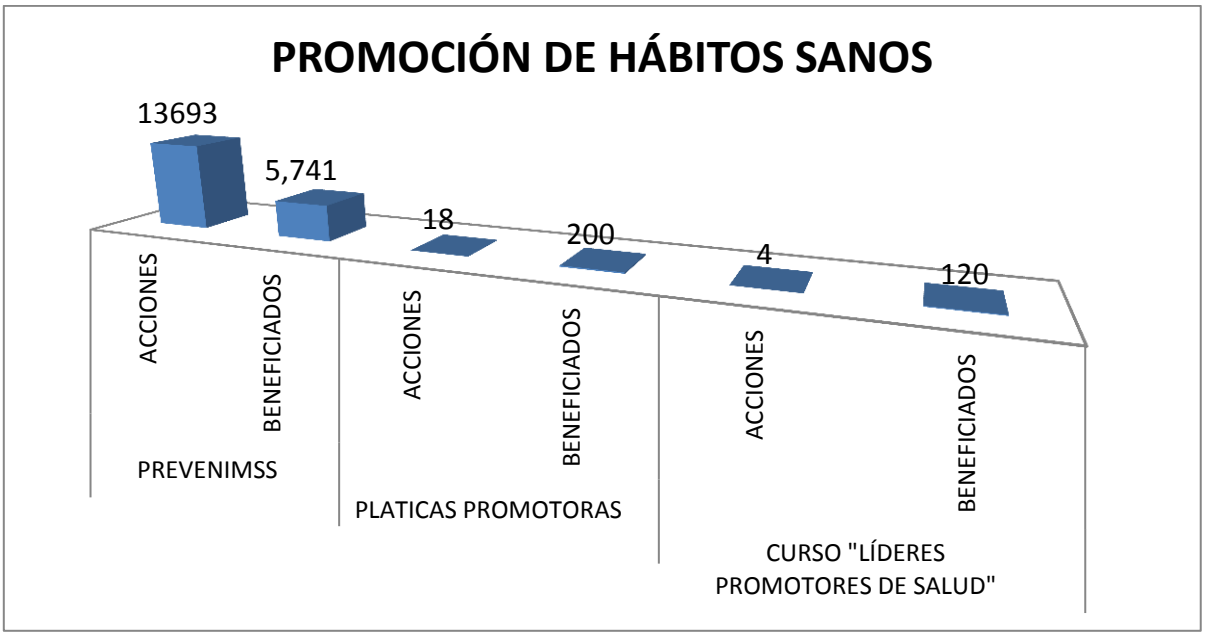
Los rubros que sobresalen más en porcentaje son: obesidad, sobrepeso, sedentarismo, mala alimentación, estrés, ansiedad y depresión, y mala salud sexual y reproductiva.
Además de realizar jornadas de salud, los talleres que se impartieron para disminuir dichos rubros fueron:

- Alimentación saludable
- Salud dental
- Tiempo de ocio
- Date gusto, el deporte te activa
- Comunicación Asertiva Laboral
- Control y manejo del Estrés, ansiedad y depresión
- Conociéndome
- Convivencia sana en pareja
- Ser mujer, activando el poder femenino
- Vida Sexual Activa Responsable
- Consumo Responsable de Alcohol
- Estilos de vida saludable
- Hábitos sanos
- Módulo PREVENIMSS - UAA

En total se impartieron 13,693 acciones PREVENIMSS dirigidas a 5,741 alumnos durante el año 2012-2013 en la Evaluación Integral de Salud, se realizaron un total de 18 platicas promotoras con un impacto a 200 alumnos en el apoyo a tutorías y dentro del Programa de Formación Humanista, se abordaron temáticas de Prevención de enfermedades y

Promoción de hábitos de vida saludables y 4 cursos de Lideres Promotores (formación de promotores de salud) con un total de 120 alumnos. (GRAF 2.1)

GRÁFICA 2.1



DISCUSIÓN

En la Universidad Autónoma de Aguascalientes, los estilos de vida hacen referencia, principalmente, a los comportamientos habituales y cotidianos que caracterizan el modo de vida de un individuo, en este caso del estudiante. Cabe destacar que también interfiere variables como las creencias, las expectativas, los motivos, la cultura, los valores y las emociones, entre otros varios.
Según el estudio realizado se deduce que los estudiantes tienden a tener comportamientos no saludables que son estables en el tiempo, tales como, el desequilibrio de la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol y el inicio de una vida sexual activa insegura. Ellos se lo atribuyen a la falta de tiempos libres para organizarse y a la falta de información.
De los rubros que se evaluaron se puede observar que en algunos malos hábitos aumentó el porcentaje, sin embargo, es importante señalar que también hubo un aumento importante en la realización de actividad física, ya que con esto se previenen algunas de las principales Enfermedades Crónico Degenerativas que hoy en día aquejan a nuestra Universidad.
Hubo un importante impacto en los estudiantes, ya que se fomentó el autocuidado, se les proporcionó información de cómo prevenir, cómo cuidar y a dónde acudir en caso de ser necesario.

BIBLIOGRAFIAS

B. Hacia un Estilo de Vida Saludable. 1era edición; Buenos Aires. 2012 editorial universitaria de buenos aires sociedad de economía mixta
G. Velásquez. Fundamentos de alimentación saludable. Universidad de Antioquia Editorial; Colombia: 2006.
M.R. Trinidad Ayala Pastor. Obesidad: problemas y soluciones. Editorial club universitario. Sin Edición; 2009.
G. Álvaro, Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable (memorias y conferencias), editorial panamericana: Bogotá, Colombia; 2001
L. Capdevilla. Actividad Física y estilo de vida Saludable. Revista Universitaria: Barcelona España; 2005
http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html, encuesta nacional de adicciones
http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/, consumo de alcohol a nivel global
http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=59311115007, consejo breve para consumo de alcohol
http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/nueva_vida.html, tratamiento de adicciones
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf, manual OMS consejo breve

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN PREADOLESCENTES

Rodríguez-Rosales Adriana Margarita[26]
Velázquez-Fabián Cinthya Ivon[27]

[26] Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, ady22_flaca@hotmail.com

Méndez-Puga Ana María[28]
Díaz-Barajas Damaris[29]

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Psicología
Morelia, Michoacán. México.

RESUMEN

La presente investigación analiza los factores psicológicos que se asocian a la obesidad/sobrepeso. Se realizó bajo la lógica cualitativa, con la participación de los preadolescentes de la Escuela Primaria Federal Gertrudis G. Sánchez, del Municipio de Madero, Mich.; se trabajó con ellos y sus padres, utilizando guías de entrevista a profundidad, instrumentos proyectivos y observación. Se encontró que padres de familia no ven a la obesidad como una enfermedad, además, tanto éstos como los preadolescentes conocen el estilo de vida saludable, así mismo presentan baja autoestima, conflictos en el área social, dificultades para relacionarse, ansiedad, agresividad y una carencia afectiva.
PALABRAS CLAVE: Preadolescencia, obesidad, autoestima.

ABSTRACT
This research analyzes the psychological and family factors that are associated with obesity and overweight in preteens. Was carried out under the logic of qualitative, with the participation of the tweens of the Federal Gertrudis G. Sánchez elementary school, morning shift, in the municipality of Madero, Mich.; We worked with them, they and their parents, using interview with depth and projective instruments and observation guides. We found that parents do not see obesity as a disease, so many these as Preteens also referred to the healthy lifestyle; also have low self-esteem, conflict in the social area, difficulties relate, anxiety, aggressiveness and a lack of emotional.
KEY WORDS: Obesity, Preadolescence, self-esteem, family.

INTRODUCCIÒN
El incremento de la obesidad es un fenómeno mundial y México no es la excepción, siendo ésta uno de los principales problemas de salud pública que aqueja a la población (Aranceta, Pérez, Ribas & Serran, 2005). Ésta va cada vez en aumento, y no sólo en nuestro país, sino en el resto del mundo; es una situación de riesgo que con el paso del tiempo ha ido dominando a la sociedad sin importar edad, sexo, factores económicos, ni demográficos.
De 1980 a la fecha, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), México presenta un notorio cuadro de obesidad; la proporción de personas con sobrepeso y obesidad se ha triplicado con respecto al total de la población, específicamente en las personas adultas: 39.5% (hombres y mujeres) tienen sobrepeso, y 31.7%, obesidad; es decir, aproximadamente 70% de la población adulta padece esta enfermedad; la epidemia además, reporta una tasa de crecimiento elevada entre los niños, lo que ha llevado al país

[27] Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, cinthyapretty@hotmail.com

[28] Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, mendezana22@gmail.com

[29] Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, damadiaz03@gmail.com

a ocupar el primer lugar mundial en obesidad infantil, con las consecuencias que a futuro puede provocar esta situación.
En el estado de Michoacán, las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron elevadas en los diversos grupos de edad: una quinta parte de los niños en edad escolar, un tercio de los adolescentes y siete de cada 10 adultos la presentan. En la ciudad de Morelia, 5 de cada 10 niños atendidos en diversos establecimientos de salud pública presentan problemas de obesidad, por lo que este problema se ha convertido en prioridad para el gobierno capitalino (Ávalos, 2012).
La frecuencia de la obesidad se ha incrementado debido al estilo de vida que llevan los niños y adolescentes, ocasionando cambios significativos en los hábitos alimenticios, dado que se alimentan de productos industrializados, dejando de lado los alimentos saludables, como frutas, agua fresca y comida casera, siendo éstas remplazadas por pizza, hamburguesas, refrescos y una gran cantidad de frituras, aumentando el número y tamaño de la porción al día. Si a esto se le agrega que poco a poco se va disminuyendo la actividad física, como son el jugar pelota, brincar la cuerda, pasear en bicicleta, salir a caminar al parque; y a su vez, lo que va en aumento es el tiempo que pasan frente al televisor, jugando videojuegos, y con aparatos electrónicos.
Diversas investigaciones sugieren que los principales factores asociados al desarrollo de la obesidad y el sobrepeso son patrones de conductas sedentarias y la ingesta excesiva de grasas en la dieta alimentaria, puesto que los interesados en esta problemática resultan ser médicos y nutricionistas (Rodríguez, 2006). Sin embargo, son investigaciones estrechas y reduccionistas, porque a pesar que los hábitos alimentarios y la actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, es necesario prestar atención a los aspectos psicológicos, los cuales juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad; y por lo general son poco abordados en las investigaciones.
La obesidad y el sobrepeso además de llevar consigo una serie de enfermedades, tiene consecuencias de orden psicológico; pobre desempeño en actividades deportivas, rechazo por compañeros de clase, baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas familiares, entre otros. Sumado esto, en la transición de la niñez a la adultez, inicialmente llamada preadolescencia, se incrementa la atención del físico, lo que le puede traer un desorden en la aceptación del cuerpo.
Por lo anterior, es que se propuso realizar esta investigación, intentando llevar a cabo un proceso en el que fuera posible observar, interactuar, dialogar e intervenir con los preadolescentes, con el objetivo de analizar los factores psicológicos que se asocian a la obesidad y sobrepeso, de la misma manera conocer la autoestima y describir el estilo de vida saludable de los participantes.

MÈTODO

Es una investigación con una metodología cualitativa, de tipo etnográfico, contando con la participación de 32 preadolescentes (mujeres y hombres) con obesidad y sobrepeso, los cuales cuentan con una edad comprendida entre los 9 y 11 años, cursando educación básica en la Escuela Primaria Federal "Gertrudis G. Sánchez” de Villa Madero, municipio de Morelia Michoacán, de nivel socioeconómico medio y medio bajo. También se trabajó con los padres de familia, contando con la participación de 15 padres, las edades oscilan entre 29 y 44 años, el total de hijos que tienen es de uno a cuatro; la escolaridad que presentan en la mayoría de los casos es bachillerato terminado. Se utilizó guías de entrevista a profundidad, instrumentos proyectivos (Test de la Familia) y observación. Para la selección de los participantes se realizó un diagnóstico con los grupos que la institución autorizó; se les tomaron datos como peso, talla, estatura y edad, para sacar el

índice de masa corporal (IMC) de cada preadolescente. Posterior al diagnóstico, se identificaron los casos de sobrepeso y obesidad, después se trabajó con los preadolescentes seleccionados, en un primer momento se les aplico el Test de la Familia, posteriormente se realizó la entrevista, a la par se entrevistaba a los padres de familia, a su vez se observaba a los preadolescentes en la institución educativa.

RESULTADOS

Se encontró que en la mayoría de los casos los alumnos estaban en el peso normal, sin embargo, varios de ellos presentaron sobrepeso y muy pocos obesidad; y con el menor número, bajo peso.

Un dato interesante que se obtuvo en el diagnóstico, es que los participantes de menor edad, 5° grado, son el grupo con más alto índice de sobrepeso y obesidad, en comparación con los grupos de 6° grado quienes presentan el problema pero en menor índice, de la misma manera son los que presentan mayor preocupación por su cuerpo y figura.

Eje 1. Hábitos

a) Alimentación

En esta investigación se puede observar que la alimentación de los preadolescentes está basada en alimentos de origen animal (pollo, res, huevo y leche), leguminosas (frijol y lentejas) y cereales (sopa, tortilla, pan y cereal procesado). En algunos casos se consumen las verduras y frutas. Respecto a la alimentación indicada por los padres se coincide en lo referido por los preadolescentes. Resulta interesante que los padres señalan la leche y el pan como parte de su dieta, lo que no es referido por los hijos; expresan que las verduras se consumen siempre guisadas, en la minoría de los casos las madres comentan que no consumen verduras porque no les gustan a los cónyuges; es importante resaltar que las frutas no forman parte de la dieta que refieren los progenitores, aunque los hijos lo expresen.

- *"Normal, pollo, frijoles, carne de res, sopas y las verduras las comemos una vez a la semana, pero no solas, porque no les gusta a mi esposo e hijos, dice mi esposo que no les llena…" (pd. 1)*

Generalmente en la comida se consume lo que son los caldos (pollo y res), sopas (arroz y fideo), frijoles, huevo, enchiladas y lentejas. Las verduras se comen, pero acompañadas con otros alimentos.

- *"Comemos enchiladas, hamburguesas, frijoles, caldo de pollo, pero yo no como la carne porque no me gusta, solo la pechuga pero empanizada con papas. A veces si como verduras pero poquito porque no me gustan…" (c.12).*
- *"Entre semana lo que más comemos es caldo de pollo o de res; frijoles en tacos y refritos; consomé; medallón de ternera, ejotes o verduras. Y los domingos vamos a comer a otros lugares, si vamos a Acuitzio comemos tacos o quesadillas, depende a donde vayamos, y los domingos es también de refresco…" (c. 10).*

La mayoría de los entrevistados cena, en general leche; sin embargo hay quienes si cenan platillos fuertes como tamales, tacos, pollo, chuleta o frijoles.

- *"Leche, pero los domingos papas a la francesa, palomitas y frijoles, porque mi mamá no hace muchas cosas…" (c.29).*

Romero y Vásquez (2008), comentan que es importante una correcta valoración sobre la nutrición en las etapas de la infancia, ya que estas serán reafirmadas en la adolescencia, lo cual va a influir en la salud física y mental en la edad adulta.

De acuerdo a estos autores y a lo analizado en la investigación se puede observar que los participantes evaluados, no cuentan con una correcta valoración nutricional, dado que los alimentos consumidos no forman parte de una dieta balanceada. En ocasiones, el consumo de alimentos es utilizado únicamente para satisfacer el hambre o por el simple

placer de degustar el platillo favorito de los integrantes de la familia, ya que se consumen alimentos tradicionales, dejando a un lado la valoración nutricional.
En el caso de las bebidas, las que más consumen los preadolescentes y sus familias se encuentran en primer lugar el agua fresca de fruta natural, la que más se consume, por ser de las favoritas en los alumnos, es la de limón y de mango; luego el agua natural y en tercer lugar el refresco.

- *"Pues tomamos agua fresca, pero más la coca, esa que no falte como dice mi papá, la coca no nos debe de faltar en la mesa…". (c.13).*

En cuanto a la persona que se encarga de la organización de la alimentación (ir al mercado, hacer la comida) es la madre y en ocasiones pregunta a los miembros de la familia ¿qué quieren comer? Sólo en dos casos, por el hecho de que las madres salen a trabajar fuera de casa, la alimentación la prepara y deciden qué comer es la suegra y el esposo, esto referido por los padres de familia.

- *"Pues yo, yo compro todas las cosas y yo las preparo también, en ocasiones les pregunto a mi esposo o hijos que quieren comer…" (pd.2).*

b) Ejercicio y actividades físicas

La práctica de actividad física es una de las conductas clásicas del estilo de vida que tanto en los adultos como en los adolescentes favorece el desarrollo de estilo de vida saludable, la actividad física se debe de entender como cualquier movimiento corporal que produzca un gasto de energía (Balaguer, 2002).
Respecto a los resultados obtenidos se encuentra de manera general que los preadolescentes practican alguna actividad física, como salir a caminar, correr, pasear en bicicleta, saltar la cuerda o simplemente jugar juegos con movimientos físicos. Y en su minoría practican algún deporte (futbol, basquetbol o voleibol). Sin embargo, hay casos donde a los niños no les gusta realizar ninguna actividad física o deporte, solo lo ejecutan en la escuela en la clase de educación física, como lo señalan algunos de ellos mismos. Cabe señalar, que unos de los entrevistados se encuentran en equipos de futbol, su entrenamiento es de dos días a la semana, aproximadamente hora y media por día y los partidos se llevan a cabo los sábados.

- *"No. Porque me da flojera y no tengo ni tiempo para ir a hacer algún ejercicio ni nada…" (c. 17).*
- *"Si estoy en un equipo de fut. Entreno los martes y jueves de 5-6:30 pm y cada sábado jugamos. En la cancha del aserradero entreno y juego en el empastado. Con los del equipo y entrenador…" (c. 31).*

De esta manera se puede observar que entre sus hábitos no están los relacionados al deporte, ni el gusto por la actividad física.
Por su parte los padres confirman esta información, diciendo que nadie de los integrantes de su familia practica un ejercicio como tal; en el caso de los hijos, refieren los padres que sólo en la clase de educación física y actividades de la escuela; en lo que alude a ellos, salen a caminar y zumba (sólo las madres). En muy pocos casos realizan algún deporte padres e hijos, o hijos solamente, también en una minoría tienen al ejercicio como un hábito saludable.

- *"No, por flojera, sólo en oportunidades, pero juegan o corren los niños…" (pd. 7).*
- *"Nadie, deporte no, los niños sólo en la escuela en educación física, y mi esposo porque sale al campo…" (pd. 8).*
- *"Si, yo voy a correr y zumba, es una forma de desestresarme, trato de decirle a mi hija también, pero su papá le dice otras cosas y prefiere hacer lo otro, sólo un tiempo fue conmigo, me la trataba de llevar conmigo…" (pd.12).*

Al respecto Cruz y Meza (2008), comentan que la manera segura, eficaz y sana de perder peso y mantener el peso normal, es sin duda el ejercicio físico moderado junto con una dieta equilibrada; la actividad física ayuda el gasto energético, es decir, a quemar calorías y grasa. Es de suma importancia realizar ejercicio físico, porque también ayuda a prevenir enfermedades como: obesidad, diabetes, osteoporosis, enfermedades del corazón, hipertensión, etc.

Estos aspectos no se pueden observaren los participantes, puesto que solo unos cuantos le dedican tiempo al ejercicio físico, de tal manera que tienen un tiempo para ejercitarse y encontrarse con ellos mismos, lo cual se ha hecho un hábito para estos menores, sin embargo la alimentación no concuerda con una dieta equilibrada. La mayoría solo realiza alguna actividad física sin ofrecer determinado tiempo a ello, de tal manera que se ejercitan pero no como un hábito. Es importante señalar que estos patrones de conducta son heredados por los progenitores, quienes no motivan a los menores a dar determinado momento a las actividades físicas.

Ahora bien, el llevar un estilo de vida saludable implica conocer los comportamientos que ayudan a mejorar la salud. Mismos que deben ser realizados por un sujeto que interviene en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, las cuales trascienden en su bienestar físico y en su supervivencia (Oblitas, 2006, p. 89).

Para conocer más sobre el estilo de vida saludable y no saludable, se les preguntó únicamente a los progenitores si algunos de los integrantes de la familia nuclear padecía alguna enfermedad, en su totalidad dijeron que no, resulta de interés que los padres no veían a la obesidad/sobrepeso como una enfermedad; mencionaron en su mayoría a enfermedades como diabetes, artritis, gastritis y presión alta, y problemas emocionales como, depresión y crisis nerviosas. Los progenitores reconocen las enfermedades antes mencionadas, sin embargo, no las relacionan con el sobrepeso y la obesidad, aun cuando son consecuencias de ello.

Según Besh (2006) dice que la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar múltiples complicaciones médicas, entre las cuales están la hipertensión arterial, la diabetes tipo II, la enfermedad coronaria y Accidentes Cardio Vasculares (ACV), cáncer (próstata, colón, endometrio, seno), dislipidemias, síndrome metabólico, apnea de sueño, colecistitis, infertilidad y múltiples complicaciones en el embarazo.

- *“No nadie…” (pd. 15).*
- *“Ninguna de ningún tipo…” (pd. 13.)*
- *“Sí, mi esposo de gastritis…” (pd. 4).*
- *“Mi esposa, de crisis nerviosa fuertes, estuve en terapia y también estuvo internada…” (pd. 8).*

De la misma manera, refieren sobre los factores de riesgo que afectan la salud física; en conjunto se conocen, es decir, conocen cuáles son los estilos de vida saludable y los riesgos; entre los factores de riesgo que afectan la salud psicológica, mencionan a los problemas familiares (peleas entre pareja, desintegración familiar, malos tratos hacia a los hijos, falta de comunicación), la economía, violencia social, vicios (drogadicción, alcoholismo), presiones por el trabajo, la vida diaria, ver mucha televisión y el no cuidarse.

¿Conoce cuáles son los factores de riesgo para su salud física?

- *“La mala alimentación, el no hacer deporte…” (pd. 10).*
- *“No hacer ejercicio y darse muchos gustos en la comida…” (pd. 13).*
- *“La mala alimentación, el estrés, la herencia y el no cuidarse…” (pd. 9).*

¿Conoce cuáles son los factores de riesgo para su salud psicológica?

- *“La depresión, estar siempre en el trabajo…” (pd. 10).*
- *“Sí, la violencia en la familia…” (pd. 7).*

- *"Los problemas familiares, la desintegración familiar, el maltrato infantía…l" (pd. 9).*

Eje 2: Autoestima

Niveles de autoestima

Ahora se aborda el tercer eje de esta investigación, el cual hace referencia a la autoestima de los participantes evaluados, centrándose en primera instancia en los niveles de autoestima en los que se encuentran. Dentro de este eje solamente se hace referencia a los preadolescentes, el análisis se realiza considerando el test de la familia y los discursos presentes en la entrevista.

La autoestima ha sido definida por Coopersmith (en Espino, 2008), como aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, significativo, exitoso y valioso, por lo tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.

- Participantes evaluados con autoestima baja:

Se presentan 15 alumnos con esta característica, autoconcepto devaluado, minimización de sí mismo, autoimagen de la persona insuficiente, sentimientos de inferioridad, formas autocontroladas de responder a las presiones ambientales y retraimiento

Las características que sobresalen en los dibujos de los preadolescentes con autoestima baja, generalmente son dibujos pequeños, en la parte inferior, eliminan elementos como manos, pies, nariz o boca en ellos o en algún miembro de la familia; otra característica es que los participantes evaluados se dibujan en último momento. Así mismo, se le agrega que los dibujos presentan muchas borraduras, el trazo es muy remarcado o líneas temblorosas, hay algunos elementos que adornan el dibujo, como soles, nubes, montañas o un soporte en los integrantes, hay una alteración en la jerarquía de hermanos, y todos los integrantes tienen las manos muy abiertas, también en ciertos casos el participante evaluado dibuja cosas en él, como una pala, machete. Se diferencia también porque los rasgos faciales son poco emotivos.

Las historias que se narraban en relación al dibujo eran cuentos que indicaban negatividad hacia su persona o sobre emociones negativas, como la historia de una niña fea; una niña que estaba enojada con su hermana, llovió, se cayó y se rieron de ella; que no le gusta vivir con su abuelito; sobre un atropello o simplemente textos muy cortos, evidenciando pobreza para verbalizar aspectos que podrían relacionarse con la persona.

De acuerdo a la entrevista se logró corroborar este lineamiento, puesto que a la hora de efectuarse la entrevista los participantes evaluados se mostraban un tanto inseguros al dar respuestas, además de que éstas eran muy cortas, en ciertos casos solo daban réplica positiva o negativa. La postura en la que se encontraban era encorvada, con la mirada hacia abajo o simplemente la evadían, el tono de voz era bajo, realizaban movimientos de pies y manos involuntarios y jugueteos con su cabello.

De acurdo a Coopersmith (citado en Steier, 2005), la personas que tienen autoestima baja tienden a ser dependientes, valoran más las ideas de los otros, se caracteriza por el desánimo y la depresión, se sienten aislados, sin atractivos, incapaces de expresarse y demasiado débiles para hacer frente a vencer sus deficiencias, así como para asumir sus circunstancias, son muy sensibles a la crítica, pues se juzgan de manera negativa y sienten miedo a provocar el enfado de los demás.

- Participantes evaluados con autoestima media:

Ocho preadolescentes que conocen sus capacidades y limitaciones, presentan seguridad.

Los dibujo tienen un tamaño normal, no hay una alteración en la jerarquía de los integrantes a excepción de uno de los participantes evaluados quién omite a los hermanos menores, presentan menos borraduras y no están las líneas remarcadas, en

general los dibujos se posicionan en el centro, la minoría se ubican en la parte superior; no omiten rasgos faciales, sin embargo, siguen poniendo elementos que adornan el dibujo como nubes, soles, casas, arboles. También muestran estar tomados de la mano.
Las historias muestran menos negatividad, la mayoría habla sobre algún paseo con su familia, las mascotas que tienen o sobre sus gustos, también se describen físicamente, o detallan la composición de su familia, por lo que en general las narrativas son más extensas.
De acuerdo a la entrevista, son éstos los que se aceptan como son, muestran más seguridad al expresarse, su postura es recta, la mirada al frente, se puede percibir que no huyen de la realidad y se enfrentan a los problemas tomando decisiones propias.
Como lo menciona Coopersmith (citado en Steier, 2005), en su categorización de niveles de autoestima; los que presentan autoestima media poseen tendencias a ser optimistas, expresivos y capaces de aceptar la crítica, a ser más seguros a las autoestimaciones de valía personal y tienden a depender esencialmente de la aceptación social. Se habla de personas que en los encuentros sociales toman una posición activa buscando aprobación y experiencias que enriquezcan su autoevaluación. Se caracteriza por presentar similitud con las que presentan autoestima alta, pero la evidencian en menor magnitud, y en otros casos, muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el autoconcepto.
Dichas características se encontraron en los participantes diagnosticados en este nivel, por su actitud en la entrevista y la historia narrada en el test de la familia.

- Participantes identificados con autoestima alta:

En esta investigación también sobresalen participantes con autoestima alta, sin embargo, es la mínima parte. En los cuales se observaron las siguientes particularidades, sobrevaloración de sí mismos, son personas narcisistas, sin embargo, con la necesidad de compensar carencias afectivas como mecanismo de defensa.
Es un dibujo grande, que no presenta borraduras, las líneas son firmes, solo hay líneas remarcadas para indicar el pelo, se observa un dibujo limpio, está situado en la parte inferior, pero no en el límite o en el centro indicando seguridad en ambos casos; y se dibuja el participante evaluado en primer lugar o en el orden jerárquico de la familia. No se omiten rasgos faciales, sin embargo, las manos siguen quedando omitidas, tratan de poner mayor empeño en su persona para dar buena impresión.
Las historias presentan otras características una de ellas es que la narrativa es más extensa, bien redactada, se logró explayar, dando a conocer más aspectos personales y familiares.
Con la entrevista se puede corroborar, lo anterior puesto que a la hora de desarrollarla ellos se muestran muy seguros de lo que son, consideran no tener defectos pero si cualidades, quieren ser los mejores del grupo y líderes, se ofenden sí los pares no los elijen a ellos y se van con otros compañeros. En los participantes evaluados con alta autoestima existen rivalidades entre sí.
Craighead y colaboradores (en Steiner, 2005), afirman que los individuos con alta autoestima reflejan un autoconcepto positivo sobre su imagen corporal, así como en sus actividades académicas, familiares y sociales, se ajustan a los cambios fácilmente, están mejor equipados para enfrentarse a los problemas de su vida social y personal.
De acuerdo a lo mencionado por estos autores y los resultados en la investigación se esclarece esta afirmación, dado que los participantes con autoestima alta presentan las características mencionadas anteriormente. Son los que presentaron mayor seguridad en sí mismos y de los cuales se obtuvieron historias más extensas y con mejor redacción.

- Participantes evaluados con resultados diferentes en el Test de la Familia y entrevista:

Entre las cualidades que se observaron con estos participantes y que no se categorizaron en las anteriores secciones fue que no concordaba la información que se tenía en el test de la familia y la entrevista, ya que en el dibujo mostraban algo diferente a lo que fue la entrevista; resulta interesante señalar que son sujetos que necesitan de un tercer instrumento de evaluación para corroborar la información, se trata de personas que tienen bien establecidas sus defensas y que necesitan de atención especial; esto aconteció en seis casos.

Algunas de las características de los seis participantes evaluados, fueron que tres casos a través de las entrevistas demuestran estar con una autoestima adecuada, mayor inteligencia y defensas, reconociendo sus cualidades y defectos, así como aceptándose tal como son, sin embargo, el dibujo demuestra que existe una baja autoestima, al ser un dibujo pequeño y con rasgos faciales de tristeza. Un participante, indica en el dibujo estar normal en su autoestima, pero durante la entrevista se observa que tiene baja autoestima, esto por lo expresado corporalmente y la inhibición de algunas preguntas, tal vez esto sea una crisis momentánea, por eso no hay coincidencia, son dibujos que están en un lado, en la parte superior centrados, su tamaño es normal, no hay una alteración en la jerarquía, la historia que se narra es de una familia feliz.

Áreas de autoestima

A. Personal

En general, los preadolescentes verbalizan sentirse satisfechos con su forma de ser, se aceptan como son y no les gustaría cambiar nada de su persona ni de su cuerpo. Sin embargo, seis comentan aceptarse y que les gusta como son, pero les gustaría cambiar y/o eliminar conductas que presentan; 14 más refieren no sentirse bien con el peso y desean eliminarlo, reconociendo que si presentan obesidad y/o sobrepeso, aun cuando dicen que se aceptan como son.

En la investigación se pudo corroborar lo antes mencionado, puesto que los participantes evaluados manifiestan aceptar su forma de ser y como son; así mismo se pueden percatar de que existe una contrariedad para su bienestar, ya sea por conductas que presentan o por el peso que tienen de más. Es importante señalar, cómo los preadolescentes manifiestan en primera instancia sentirse satisfechos o conformes con su persona y cómo va cambiando esta satisfacción conforme se desenvuelven en la entrevista, pues al final remiten sentir algún disgusto por sí mismos. Tratan de evadir los cuestionamientos cuando son directas, sin embargo, al dirigirlas de manera indirecta refieren lo que sienten.

La mayoría de los preadolescentes presentan conflictos emocionales (ansiedad, agresividad e impulsividad) y carencia emocional fuerte, esto por las cosas extras que aparecen en los dibujos. Con las características ya mencionadas a cinco de los participantes podrían presentar nulo control de emociones, tendencias depresivas, ya que parece existir una insatisfacción consciente, reacción a las presiones ambientales con actitud agresiva y expansiva, inseguridad, necesidad de apoyo y dependencia exagerada.

Once casos presentan conflictos emocionales, carencia emocional y se sitúan en el mundo de las ideas, de la fantasía, lo espiritual y huyen de la realidad.

En otros preadolescentes (cuatro) se observa nerviosismo, sentimientos de culpa, con indicios de vivencia de la prohibición de la expansión vital sobre el mundo ambiente.

Por otro lado, cuatro participantes evaluados parecen revelar un mayor contacto con la realidad y corresponden a sujetos más firmemente arraigados. En esta misma línea se encuentran dos situados en la zona del corazón, de los afectos y de la sensibilidad, lo cual indica seguridad.

Aberastury y Knobel (1993), comentan sobre los cambios que se presentan en esta fase, en donde el preadolescente vive la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la

infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto, lo cual produce un verdadero fenómeno de despersonalización que domina el pensamiento del adolescente en los inicios de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento.

En lo que respecta a la investigación se percibe cómo los participantes evaluados enfrentan transformaciones en su estructura, lo cual repercute en sus emociones que constantemente cambian.

En la entrevista se confirma que frecuentemente una situación que les permite a los participantes evaluados mantener un desarrollo personal satisfactorio y estar contentos, felices y tranquilos es la convivencia familiar. En contraposición existen cuatros casos donde con frecuencia se sienten tristes, esto por diferentes causas, una de ellas es por estar separados de los progenitores, hermanos o abuelos, otra causa es por problemas con una compañera, esto en el momento de la entrevista. Por otro lado, ocho mencionan sentir enojo, enfado, sentirse solos, aburridos o cansados y/o enfermos o porque no los escuchan y mucho menos les interesa lo que les platican a sus padres.

B. Social

Los cimientos de la socialización se construyen en la infancia pero es en la adolescencia cuando se estructuran. Por lo que se espera que el adolescente establezca relaciones nuevas y más maduras con pares del mismo sexo; que alcance y desee un comportamiento socialmente responsable; que desarrolle habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñar como ciudadano y por último, que logre una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto de sus padres y de otros adultos (Hurlock, 2010).

En esta investigación se encontró que la mayoría de los alumnos (20) se sienten bien en la escuela, conformes, alegres, divertidos, que tienen amigos y que no se les dificulta hacer nuevas amistades, no presentan conflictos con los compañeros, existe buena relación entre ellos, además de que van a aprender cosas nuevas y se muestran respeto.

Por lo contrario nueve casos en esta área se sienten mal, aburridos y cansados en la escuela, por diferentes razones: sus compañeros los molestan, casi no tienen amigos, mencionan que se sientes más o menos alegres, no les es fácil hacer amigos, no salen a convivir con sus vecinos o jugar en la calle, les ponen apodos sus iguales y en un caso al poco tiempo de que se iba realizar la entrevista había discutido con una compañera, lo cual la hacía sentirse mal.

Aguilar et ál. (2010) mencionan que los adolescentes obesos tienen más baja autoestima y mayor tendencia a la depresión, socialmente suelen estar aislados y tienen menos amigos que los no obesos; está comprobado que las personas muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso u obesidad. Estas características pudieron ser vistas en estos casos, donde los menores con obesidad, se mantenían alejados de los compañeros, para evitar ser molestados.

De estos mismo alumnos se les preguntó si han sido molestados por los compañeros, a lo que nueve respondieron afirmativamente; durante algún tiempo han sido molestados por los compañeros, ya sea por agresiones físicas o verbales, comentan que solo es por algunos de los compañeros, generalmente es el mismo de cada grupo; uno de estos casos, menciona que desde que cursaba el primer grado de primaria ha sido molestada por la misma compañera, comenta que no es a la única que agrede sino a la mayoría del grupo e incluso al profesor que tienen actualmente; en general, todos mantienen una buena relación con sus iguales, dejando de lado a los agresores, con ellos mantienen cierta distancia.

En tres preadolescentes por dificultades académicas, se sienten nerviosos por los exámenes, o temor a que el maestro les puede regañar porque se les olvidan las cosas o tareas.

C. Familiar

En general la mayoría dibuja en orden a la familia, primero al padre, luego a la madre y por ultimo al resto de los hijos. De acuerdo al aspecto familiar se encontró que cinco de los participantes dibujan primero al padre, quien es valorizado y admirado por los mismos, esto corroborándolo con la entrevista, donde manifiestan tener mayor comunicación con el padre o es quien los consiente, o por el papel que desempeñan en la casa.

Así también se encuentra el caso de nueve alumnos que dibujan en primera instancia a la madre, misma que es valorizada y se sienten identificadas con ésta, cabe señalar que cuatro que dibujaron a la madre primero son mujeres. En caso contrario la madre es la última en dibujarse (tres progenitoras), los motivos por los que es dibujada al final se esclarecieron en la entrevista y son los siguientes: uno mencionó que era porque le daba coraje con ella porque no hacía nada, ya que sufre de violencia física y verbal por parte del esposo; en los casos restantes es porque consienten más a sus hermanos pequeños que a ellos.

Lluís, (1978), en el Test de la Familia afirma que cuando el dibujo se plasma en orden jerárquico, no existe ninguna alteración en la familia; de la misma manera dice que el miembro que es dibujado en primera instancia (padre/madre) es la persona valorizada.

Por otro lado se encuentra siete alumnos, quienes dibujan en primera instancia a alguno de los hermanos, cuatro de ellos es al hermano menor, ya que por la información que emerge en la entrevista es con el que presentan conflicto y rivalidad fraternal, en tanto que los padres por ser el hermano menor le brindan mayor atención y cuidados. Mencionan que por la diferencia de edad no se llevan bien. En este aspecto el dibujo arroja que es un indicativo de conflictos emocionales de cierta importancia y causante principal de tensiones emocionales. En general se observa que existe una relación entre el dibujo y lo expresado en la entrevista. A diferencia de los padres dibujados en primera instancia, cuando alguno de los hermanos es el primero en ser dibujado, Lluís, (1978), en el Test de la Familia comenta que se debe a conflictos emocionales mismos que pueden causar tensiones.

Por otro lado, se encuentran dos casos en los cuales los participantes evaluados se dibujan en primer lugar que los demás integrantes de la familia, lo cual proyecta egocentrismo y narcisismo, se coincide lo dicho con la entrevista, utilizado esto para compensar una carencia afectiva.

De esta misma manera siete preadolescentes omiten a los hermanos, igual que en los casos anteriores es al hermano menor, esto como mecanismo de defensa en negar una realidad que produce angustia, ante el sentimiento de incapacidad de adaptarse a esta realidad, reacciona negando su existencia de manera inconsciente puede estar deseando su eliminación.

En la entrevista lo mencionan, sin embargo en el dibujo lo omiten; al momento de preguntar cuántos hermanos tienen lo mencionan, y cuando se les pregunta que si en el dibujo falta algún integrante dicen que no hasta que se les pregunta por el que mencionaron en la entrevista, mismos con los que tienen una rivalidad fraternal, y compite por el cariño y la atención de los padres. Lluís, (1978), en el Test de la Familia comenta que cuando uno de los hermanos es omitido en el dibujo, se debe a la desvalorización como una forma de negación, en el cual se niega la realidad.

DISCUSIÓN

Para la realización de esta investigación se tomaron los factores psicológicos, mismos que son poco estudiados respecto a la obesidad y sobrepeso, esto con la finalidad de dar a conocer que es una enfermedad que va más allá de la salud física. Se ha observado en otras investigaciones que la obesidad es causada tanto por la inactividad física como por el excesivo consumo de alimentos con altas calorías, sin embargo, estas investigaciones

han quedado cortas, debido a que esta es una enfermedad con múltiples factores relacionados; entre ellos se encuentran los factores individuales, los resultados obtenidos permiten valorar ésta enfermedad como un problema multifactorial; por lo tanto, su tratamiento debe ser multidisciplinario e incluir elementos educativos, nutricionales, asistencia médica y abordar los aspectos psicológicos y conductuales.

Analizado esto, se encuentra que es importante valorar la etapa de la preadolescencia respecto a la obesidad/sobrepeso y a los factores que se asocian a ella, pues la mayoría de los estudios han mostrado que la preocupación por el cuerpo se inicia con la adolescencia, y es donde se producen los mayores índices de insatisfacción corporal, es posible que esta circunstancia pueda empezarse a gestar en la preadolescencia, una vez que los menores empiezan a tener conciencia de su imagen corporal (Pallares & Baile, 2012).A pesar de esto, existen contradicciones al respecto, ya que es aquí cuando se descuida la alimentación, se consumen mayor cantidad de frituras y refrescos en ocasiones por gusto y en otros casos por cambios en los horarios escolares.

Como se ha mencionado la adolescencia es una etapa de cambios físicos, emocionales y psicológicos; ésta ha sido estudiada por varios investigadores en diferentes áreas y etapas de la misma; no obstante, la preadolescencia se ha quedado corta en las investigaciones, tal vez por ser una etapa de la adolescencia difícil de abordar, puesto que es un periodo en donde la mitad de éste se superpone a la etapa final de la niñez, y la otra mitad, a la parte inicial de la adolescencia (Hurlock, 2010, p. 17).

A su vez, también fue analizado el estilo de vida que presentaban los participantes evaluados; entre las conclusiones se puede marcar que los participantes de menor edad son el grupo con más alto índice de sobrepeso y obesidad, en comparación con los grupos de 6° grado quienes presentan el problema pero en menor índice, de la misma manera son los que presentan mayor preocupación por su cuerpo y figura; una de las causas más notorias es observada en cuanto a los hábitos, es lo que refieren en cuanto al uso de la tecnología, porque ahora pasan más tiempo viendo televisión y jugando videojuegos, lo cual ha ocasionado que dejen de lado actividades físicas como jugar con la cuerda, correr, brincar, jugar en bicicleta, etc.

Así mismo, en general el estilo de vida saludable se conoce, tanto por padres como por hijos, a pesar de esto, la alimentación está basada en comidas tradicionales de la región, en lo que respecta a las actividades físicas, éstas no son parte de un hábito, los participantes creen que el hecho de estar en actividad física y realizar juegos físicos se están ejercitando, sin embargo, estas actividades quedan cortas para tener el hábito del deporte, ya que para esto, es necesario tener un tiempo determinado en el que se encuentren consigo mismos relacionando cuerpo y mente, y no solo ejercitarse por el hecho de caminar; es importante señalar que estos patrones de conducta son heredados por los progenitores. De allí que las preferencias alimentarias se realizan a partir de las creencias familiares como lo menciona Navarro, Meza, Ramos y Martínez (2010).

Respecto a las funciones parentales, se concluye que la figura paterna está dedicado a su rol de proveedor, mientras que la madre es quien se hace cargo de la casa y alimentación de los integrantes de la familia. En los preadolescentes con obesidad o con sobrepeso se puede apreciar que tienen más baja autoestima, conflictos en el área social, ansiedad, agresividad y una carencia afectiva, en consecuencia a esto, la vida social también se ve afectada, puesto que muchas veces son más vulnerables a la discriminación, las críticas o el rechazo; esta discriminación, da comienzo desde temprana edad. Guzmán y Torres (2011), mencionan que dentro de los problemas psicológicos que trae la obesidad es la discriminación social, la dificultad para relacionarse con los demás y la baja autoestima, y en la adolescencia el problema es aún mayor por todos los cambios que está surgiendo

en esta etapa, pues es un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

De esta manera se puede concluir que los supuestos planteados sí permitieron guiar la investigación, ya que la obesidad y sobrepeso es una enfermedad que efectivamente se ocasiona por diversos factores, entre ellos se encuentran los factores familiares y factores psicológicos como se observó en la investigación. Otro de los supuestos planteados es que los preadolescentes con obesidad o con sobrepeso tienen menor tendencia a tener un estilo de vida saludable, lo cual fue acertado, de la misma forma los casos observados y que podrían ser pacientes identificados, en su mayoría presentan baja autoestima; en lo que atañe a que éstos, un número considerable, presentan bajo rendimiento escolar, los resultados permiten ver que los preadolescentes presentan como síntoma ansiedad en el campo de estudio, ya que se sitúan en los extremos, es decir, son los que más estudian o los que menos lo hacen, esto como un escape a posibles conflictos que puedan presentarse.

Para finalizar, aún en esta población se tiene la creencia de que el niño *gordito, gordito feliz o lleno de amor*, no tiene ningún problema, cambiar esta idea implica trabajar desde las familias, no obstante la posibilidad de incidir desde la escuela también tendría implicaciones positivas, considerando talleres que incluyan hábitos alimenticios y ejercicio físico; estructura y dinámica familiar; y autoestima.

REFERENCIAS

Aberastury, A., & Knobel, M. (1993). *La adolescencia normal.* Argentina: Paidós.

Aguilar, C. M., Manrique, R. L., Tuesta, M. M., & Musayón, O.Y. (2010). Depresión y autoestima en preadolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Rev. enferm Herediana, 3* (1), 49-54. Recuperado de http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3_1/depresion%203_7

Aranceta, B. J., Pérez, R. C., Ribas, B. L., & Serran, M. L. (2005). Epidemiología de la obesidad y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España *Rev. Pediatr. Aten Primaria VII,* (1), 13-20. Recuperado de http://www.aepap.org/pdf/obesidad_epidemiologia.pdf

Ávalos, M. E. (Septiembre, 2012). Obesidad en Michoacán. Este artículo fue publicado por Agencia Quadratín. Todos los Derechos Reservados © 2014. Recuperado de http://www.quadratin.com.mx/morelia/Presentan-obesidad-5-de-cada-10-ninos-en-Morelia/

Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia.* España: Promolibro.

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría, 34* (004), 537-546.

Cruz, S. A., & Meza, V. M. (2008). *Ciencias de la salud 2*. México: Innovación educativa.

Espino, T. E. (2008). *La autoestima ante la presencia de obesidad infantil: un estudio comparativo.* (Tesis para licenciatura en psicología). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia Michoacán.

Hurlock, E. (2010). *Psicología de la adolescencia*. México: PAIDOS

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª Ed*).* México: Thomson.

Organización Mundial de la Salud OMS (2012). Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Rodríguez, R. R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Investigación en salud, 002 (*VIII*),* 95-98.

Romero, V. E., & Vásquez, G. E. (2008). La obesidad en el niño, problema no percibida por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta. *Medigraphic Artemisa*, 519-527.

Steiner, B.D. (2005).*La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano.* (Trabajo especial de grado). Tecana American University. Bachelor of Arts In Psychology. Recuperado de http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.pdf

EFECTO DEL CONSUMO DE EDULCORANTES ARTIFICIALES EN VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS E INGESTA DE MACRONUTRIMENTOS EN UNIVERSITARIOS DE QUERÉTARO

Olalde-Mendoza Liliana, Orozco-Álvarez María Yesenia, Aguilar-Galarza Beatriz Adriana, García-Gasca Teresa, Romero Márquez Rubén, Ramírez-Amaya Víctor y Anaya-Loyola Miriam Aracely (*)

Facultad de Ciencias Naturales. Programa SU SALUD-UAQ. Universidad Autónoma de Querétaro. Avenida de las Ciencias S/N, Juriquilla, Querétaro. 76230. *aracely3270@yahoo.com

RESUMEN

Introducción. El consumo de azúcar se ha considerado como uno de los principales responsables del aumento en la incidencia de la obesidad y el desarrollo de varias enfermedades crónicas no transmisibles. Se ha descrito que los edulcorantes artificiales pueden ayudar a reducir la ingesta de energía, logrando así reducir el peso. **Objetivo.** En este estudio transversal, se evaluó el efecto del consumo de edulcorantes artificiales sobre diferencias en las variables antropométricas y cambios en la ingesta de macronutrimentos. **Materiales y métodos.** Participaron 814 jóvenes de la Universidad Autónoma de Querétaro, con edades de 17 a 20 años. Se tomó su peso, estatura, circunferencia de cintura y de cadera y contestaron un cuestionario de frecuencia de alimentos semicuantitativo. **Resultados.** El 51.2% de los participantes reportó consumir edulcorantes artificiales. No se encontraron diferencias significativas en variables antropométricas, la ingesta de hidratos de carbono, azúcar y proteína, entre los consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales ($P<0.05$). Sin embargo, se encontró que los participantes que consumen edulcorantes, tienden a tener un consumo más elevado del porcentaje de lípidos en la dieta (54% vs 63%) de aquellos que no consumen edulcorantes artificiales, así como un mayor porcentaje de grasa corporal. **Conclusión.** Si bien los edulcorantes artificiales se utilizan para disminuir el consumo de azúcar de la dieta y con esto el peso, estos resultados nos advierten que no se observaron diferencias en las variables antropométricas, por lo que se deben buscar otras estrategias para disminuir la incidencia de obesidad.

Palabras clave: edulcorantes artificiales, dieta, macronutrimentos, obesidad.

Introducción

La obesidad es una enfermedad caracterizada por la acumulación excesiva de grasa corporal. El consumo de azúcar se ha considerado como uno de los principales responsables del aumento en la incidencia de la obesidad y el desarrollo de varias enfermedades crónicas no transmisibles (Rothwell, 1984). Esto originó la necesidad de buscar aditivos para sustituir el azúcar que ofrecieran una menor densidad energética pero que proporcionaran el mismo sabor dulce. Así nacieron los edulcorantes artificiales (Wiebe, 2001; Duran, 2011).

Se ha reportado que los animales y el hombre prefieren el sabor dulce, por lo que en ocasiones pueden consumir más de lo que necesitan (Furudono, 2006). De hecho, se ha considerado que debido a la dulzura de los edulcorantes artificiales, pueden promover un aumento en el apetito (Mattes, 2009).

Algunos estudios longitudinales encuentran que el consumo de bebidas con edulcorantes en niños podría ayudar a disminuir el índice de masa corporal (IMC) y la incidencia de obesidad (DeRuyter, 2012), otros estudios han reportado resultados opuestos (Appleton, 2001; Fowler, 2008; Swithers, 2013). Por ello, a pesar de que se reconoce que los edulcorantes artificiales pueden ser una herramienta útil para disminuir la densidad energética de alimentos y bebidas, sus repercusiones en la salud son inciertas e incluso se les ha relacionado con un incremento en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular (Swithers, 2013). Por lo que es necesario seguir profundizando en las repercusiones de su consumo en la salud humana.

Por lo tanto, el presente trabajo tuvo como objetivo investigar si existe una relación entre el consumo de edulcorantes artificiales y cambios en variables antropométricas y la ingesta de macronutrimentos en jóvenes de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Materiales y Métodos

El estudio fue de tipo transversal, se llevó a cabo durante el período Agosto 2012 a Marzo 2014 y fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Autónoma de Querétaro. Los sujetos recibieron toda la información del estudio de forma oral y escrita y aquellos interesados en participar, firmaron de forma voluntaria una carta de consentimiento informado. El total de la muestra fue de 814 jóvenes de 17 a 21 años que recién ingresaron a la Universidad Autónoma de Querétaro.
A todos los individuos se les tomo presión arterial, peso, estatura, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera y se les aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo con 118 diferentes alimentos incluido el ítem del consumo de edulcorantes artificiales, lo cual permitió separar a los grupos que consumían edulcorantes de aquellos que no lo hacían. El peso y el porcentaje de grasa corporal fueron tomados con un equipo de bioimpedancia eléctrica de múltiples frecuencias (X-Scan plus body composition analyzer).

Los datos obtenidos se integraron en una base de datos y se analizaron con el programa StatView versión 5.0.1.

Resultados y discusión

El total de la muestra fue de 814 individuos de los cuales el 42.6% eran mujeres y 57.4 hombres con un rango de edad de 17 a 20 años. Los resultados mostraron que el 51% de la población consume edulcorantes artificiales, lo que contraste con el estudio de Duran (2011) en donde con un amplio análisis del consumo de diferentes productos que se ofrecen en los supermercados, encontró en niños chilenos, una prevalencia del consumo de edulcorantes artificiales del 100%. Pero nuestros datos y los datos de Durán contrastan con datos sobre el consumo de edulcorantes en la población americana el cual es del 15% (Mattes, 2009). Posiblemente estas diferencias se deban a las tendencias globales del incremento en el consumo de edulcorantes artificiales.

Los resultados antropométricos se obtuvieron dividiendo a la población entre hombres y mujeres, y comparando entre aquellos que reportaron consumir edulcorantes artificiales y los que reportaron que no los consumen. Las características generales de los participantes se presentan en la Tabla 1. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables antropométricas de peso, estatura, índice de masa corporal, cintura, índice cintura-cadera, índice cintura estatura y % de grasa corporal ($p<0.001$).

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de dos vías para comparar entre hombres y mujeres y entre consumidores y no consumidores. De este análisis se encontró diferencias significativas entre consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales en el porcentaje de grasa corporal. Las mujeres que no consumen edulcorantes artificiales, tienen un porcentaje más elevado de grasa corporal en comparación con las que consumen edulcorantes (Figura 1). Este resultado si bien parece estar de acuerdo a la hipótesis de que los edulcorantes artificiales ayudan a reducir el peso, llama la atención debido a los individuos que los consumen no presentan medidas o pesos menores, aunque sí se ve reflejado en el porcentaje de grasa corporal.

Se ha reportado que el consumo de bebidas que contienen edulcorantes artificiales reduce longitudinalmente los valores de IMC en niños (DeRuyter, 2012), mientras otros autores han encontrado lo opuesto (Flowler, 2008; Cong, 2013) encontraron lo opuesto. Se ha observado también que este incremento en los IMC en mujeres adultas se asocia con una mayor incidencia de diabetes tipo 2. Nuestro resultado sugiere que el uso de edulcorantes artificiales no cambia los valores del IMC en hombres y mujeres.

Es posible que el análisis de los datos antropométricos, utilizando las medias que se obtienen en una población grande, puedan diluir potenciales efectos de la variable de consumo de edulcorantes, por lo que se procedió a realizar una clasificación de los valores de IMC de los sujetos con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, con el propósito de evaluar si el consumo de edulcorantes produce una variación significativa de la prevalencia de cada una de estas condiciones. De esta manera, en hombres y mujeres que no consumen edulcorantes artificiales, aparece una tendencia a presentar obesidad. Sin embargo al realizar el análisis estadístico con la Chi cuadrada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Figura 2).

Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el consumo de energía, % de hidratos de carbono y % de azúcar ($p<0.001$). Las mujeres tienden a tener un consumo más elevado de hidratos de carbono de la dieta que los hombres (Figura 3),

pero las mujeres que no consumen edulcorantes artificiales, tienen un consumo elevado de azúcar de la dieta que aquellas que consumen edulcorantes artificiales y que los hombres (Figura 4). El consumo de proteína y lípidos no sufrieron variación entre hombres y mujeres.

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales en las variables de dieta ($p<0.005$) pero, se puede observar que los consumidores de edulcorantes artificiales, tienden a tener un consumo más elevado de lípidos y colesterol de la dieta que aquellos que no consumen edulcorantes artificiales (Figura 5 y 6). A pesar de no ser estadísticamente significativo, concuerda con lo sugerido por otros autores en donde al eliminar la sacarosa de la dieta, se reporta que aumenta el contenido de lípidos, lo que puede provocar un aumento en la ingesta de energía y del peso corporal a largo plazo (Astrup, 1992; Saris ,2000).

Conclusiones

Es importante notar que gran parte del consumo de edulcorantes artificiales puede ocurrir sin que las personas se percaten de ello, ya que muchos productos los usan sin anunciar claramente que los contienen, lo que nos obliga a realizar un estudio más detallado del consumo de los productos que los contienen.
El presente estudio sugiere que el consumo de edulcorantes artificiales no está asociado a cambios en el peso e índice cintura-cadera pero sí a composición corporal. Los resultados obtenidos del análisis de dieta, muestran que, aunque no existen diferencias significativas entre consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales, hay una tendencia a incrementar el consumo de lípidos en la dieta en aquellos individuos que consumen edulcorantes. Esto sugiere que si bien el consumo de hidratos de carbono y azúcar no se encuentra alterado, el consumo de lípidos a largo plazo puede aumentar el riesgo de presentar un aumento en el peso. Son necesarios estudios que contemplen un análisis más detallado de los alimentos que contienen edulcorantes artificiales.

Referencias

1. Appleton KM, Conner MT. Body weight, body-weight concerns and eating styles in habitual heavy users and non-users of artificiallysweetened beverages. Appetite. 2001;37(3):225-30.
2. Cong W, Wang R, Cai H, Daimon C, Scheibye-Knudsen M, Bohr V, et al. Long-Term Artificial Sweetener Acesulfame Potassium Treatment Alters Neurometabolic Functions in C57BL/6J Mice. PloS one. 2013:8(8);e70257.
3. DeRuyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. N. Engl J Med. 2012;367(15):1397-406.
4. Durán S, Quijada M, Silva L, Almonacid N, Berlanga M, et al. Niveles de ingesta diaria de edulcorantes no nutritivos en escolares de la región de Valparaíso. Revista chilena de nutrición. 2011:38(4):444-449.
5. Fowler SP, Williams K, Resendez RG, Hunt KJ, Hazuda HP, Stern MP. Fueling the obesity epidemic? Artificially sweetened beverage use and long-term weight gain.Obesity (Silver Spring). 2008;16(8):1894-900.

6. Furudono Y, Ando C, Yamamoto C, Kobashi M, Yamamoto T. Involvement of specific orexigenic neuropeptides in sweetener-induced overconsumption in rats. Behavioural brain research. 2006;175(2):241-248.
7. Mattes R, Popkin B. Non-nutritive sweetener consumption in humans: effects on appetite and food intake and their putative mechanisms. Am J ClinNutr. 2009;89(1): 1–14.
8. Rothwell NJ, Stock MJ. The development of obesity in animals: the role of dietary factors. Clin Endocrinol Metab. 1984;13(3):437-49.
9. Swithers SE. Artificial sweeteners produce the counterintuitive effect of inducing metabolic derangements. Trends Endocrinol Metab. 2013;24(9):431-441.
10. WALKER, A. R. P. Studies on sugar intake and overweight in South African black and white schoolchildren. S. African Med. J. 1974;48:1650.
11. Wiebe N, Padwal R, Field C, Marks S, Jacobs R, Tonelli M. A systematic review on the effect of sweeteners on glycemic response and clinically relevant outcomes. BMC Med. 2001;9(1):123.
12. Astrup A, Raben A. Obesity: an inherited metabolic deficiency in the control of macronutrient balance? Eur J Clin Nutr 1992;46:611–20.
13. Saris WHM, Astrup A, Prentice AM, et al. Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate/fat ratio and simple vs complex carbohydrates on body weight and blood lipids. Int J Obes Relat Metab Disord 2000;24:1310–8.

Tabla 1. Características generales de los participantes.

	Mujeres						Hombres							
	No consume			Consume			No consume			Consume			Diferencias entre consumidores	Diferencias entre sexo
VARIABLE	Media	±	SD	Media	±	SD	Media	±	SD	Media	±	SD		
Edad, años	19.2	±	1.6	19.1	±	1.9	19.4	±	2.1	19.5	±	2.2		
Estatura, cm	159.6	±	6.4	159.0	±	5.4	171.6	±	6.4	172.3	±	6.5		*
IMC	22.8	±	3.7	22.5	±	3.4	23.7	±	4.0	23.8	±	4.4		*
Cintura, cm	72.9	±	8.1	72.7	±	7.6	80.9	±	10.1	81.5	±	10.4		*
Cadera, cm	95.7	±	7.4	95.0	±	7.6	96.2	±	7.9	97.3	±	8.0		
Índice cintura-cadera	0.7	±	0.0	0.7	±	0.0	0.8	±	0.0	0.8	±	0.0		*
Índice cintura-estatura	0.4	±	0.0	0.4	±	0.0	0.4	±	0.0	0.4	±	0.0		*
Grasa corporal, %	29.1	±	6.3	29.0	±	5.4	21.4	±	6.5	22.2	±	6.7	*	*
Energía, kcal	2568.7	±	1137.4	2783.5	±	1097	3058.8	±	1176.4	3221.2	±	1177.0		*
Lípidos, %	28.3	±	6.3	29.1	±	6.6	28.9	±	6.6	29.4	±	6.9		
Proteína, %	16.1	±	2.9	16.5	±	3.2	16.3	±	2.8	16.2	±	2.8		
Hidratos de carbono, %	56.7	±	9.1	55.9	±	9.1	54.4	±	8.7	53.4	±	9		*
Azúcar, %	24.2	±	7.2	23.5	±	6.8	21.4	±	7.4	20.9	±	6.6		*

ANOVA, significancia <0.05.

* Significancia estadística.

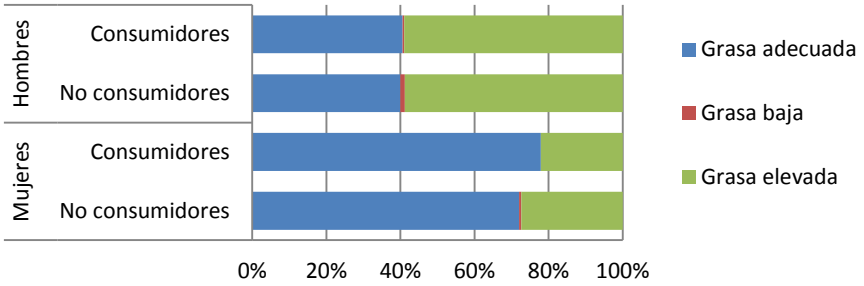


Figura 1. Prevalencia de alteraciones en la composición corporal entre consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales por sexo.

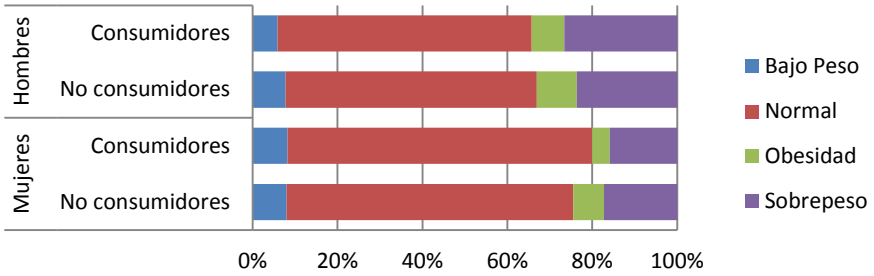


Figura 2. Prevalencia de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad por IMC entre consumidores y no consumidores de edulcorantes artificiales por sexo.

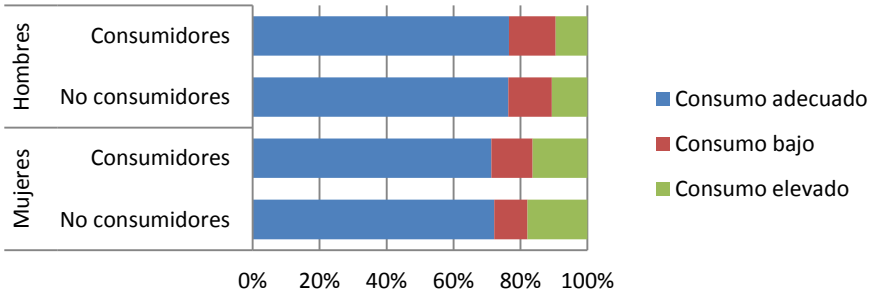


Figura 3. Prevalencia de alteraciones en la ingesta de hidratos de carbono de la dieta entre consumidores y no consumidores por sexo.

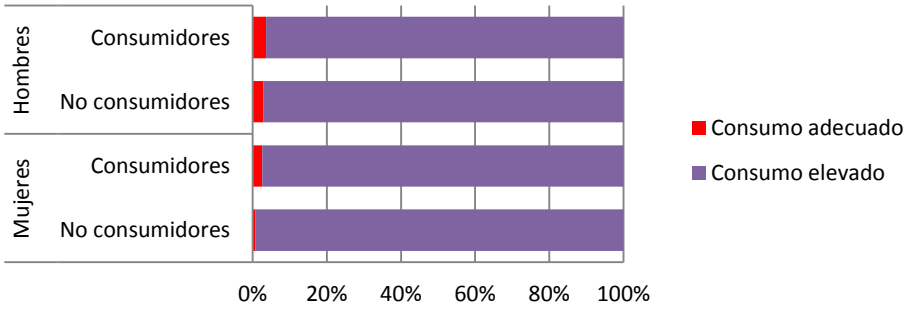


Figura 4. Prevalencia de alteraciones en la ingesta del porcentaje de azúcar de la dieta entre consumidores y no consumidores por sexo.

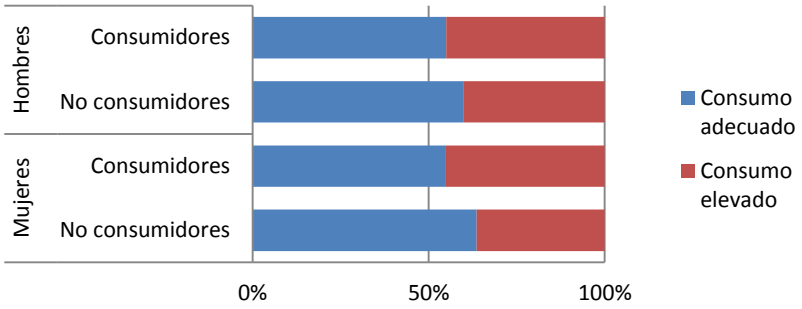


Figura 5. Prevalencia de alteraciones en la ingesta del porcentaje de lípidos de la dieta entre consumidores y no consumidores por sexo.

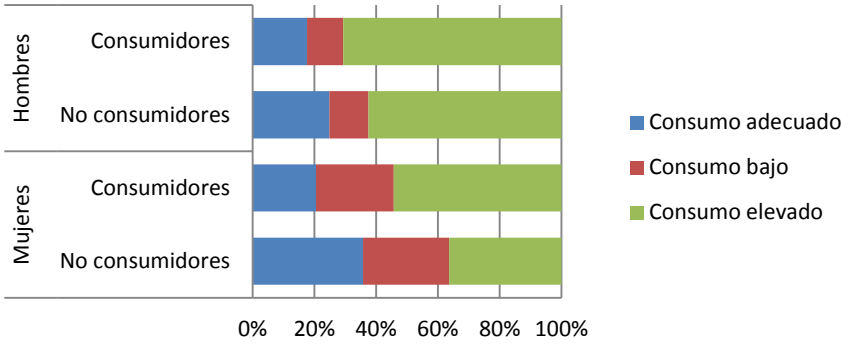


Figura 6. Prevalencia de alteraciones en la ingesta del porcentaje de colesterol de la dieta entre consumidores y no consumidores por sexo.

EL SÍNDROME DE ULISES: MIGRANTES CON SÍNTOMAS DE ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE Y EL PAPEL DE AGENTES DE SALUD CULTURALMENTE COMPETENTES.

Autores:
Alba L. Díaz-Cuellar, Ed.D
Educación Internacional y Multicultural.
Universidad de San Francisco, CA, Estados Unidos
Consultor de UNICEF
albaluciadiaz@gmail.edu

David Alejandro. Schoeller-Diaz, MA
Derecho y Diplomacia
Fletcher School, Tufts University, Medford, MA, Estados Unidos
Coordinador Internacional de proyectos patrocinados por Universidad de Harvard Humanitarian Initiative
dschoellerdiaz@gmail.com

Resumen

El Síndrome de Ulises es una serie de síntomas de estrés múltiple y crónico, experimentados por los migrantes al enfrentarse a una cultura diferente en la que se sienten oprimidos. El Síndrome de Ulises pertenece íntegramente a las áreas de prevención y bienestar psicosocial, no al campo clínico. En otras palabras, el Síndrome de Ulises está inmerso en el ámbito de la salud mental no en el ámbito de los trastornos mentales.
Este documento examina la contribución única de las Promotoras al facilitar el proceso de adaptación de los migrantes. Su importante labor posibilita el bienestar psicosocial de los migrantes, quienes pueden verse afectados por eventos y condiciones en el lugar de origen, durante el viaje migratorioo en las etapas en las que se enfrentan a los desafíos del presente contexto de la movilidad poblacional en el siglo XXI.
La valiosa labor de las Promotoras o Agentes de Salud Comunitaria (ASC) al ser lingüísticay culturalmente competentes, puede aliviar y posibilitar un mejor manejo de los síntomas. Las Promotoras (ASC) son miembros confiables de las comunidades a las que sirven y como tal, se colocan a menudo como ideales para ofrecer un apoyo que fomente la resilencia y los mecanismos de empoderamiento de la comunidad. Por otra parte, las Promotoras (ASC) juegan un papel vital en la conexión para el acceso a unos servicios de salud que sea culturalmente sensibles, a la situación de los migrantes que experimentan síntomas crónicos y múltiples de estrés, asociados con el síndrome de Ulises

Palabras claves:

El síndrome de Ulises – Agentes de Salud Comunitarios (ASC) y Promotoras como recurso integrador.

Introducción

"En un mundo definido por las profundas desigualdades, la migración es un hecho de la vida que enfrenta a los gobiernos con el reto de integrar la salud para los migrantes, a todo nivel, tanto en los planes nacionales, como en las políticas y estrategias, siempre teniendo en cuenta los derechos humanos de estas personas, incluyendo su derecho inalienable a la salud ".

(WHO/HAC/BRO/2010.3)

La calidad de vida de los migrantes es a menudo amenazada por diversos problemas de salud que surgen de eventos y condiciones, tanto en el lugar de origencomo en los procesos migratorios y en las fases de adaptación. Cuando los migrantes se enfrentan a altos niveles de estrés en el país receptor, en muchos casos, presentan síntomas de estrés crónico y múltiple, los cuales han sido documentados como el "Síndrome de Ulises". El término Ulises hace referencia al antiguo héroe griego quien pasó diez años enfrentando adversidades y peligros viviendo en una tierra lejana lejos de sus seres queridos, y otros diez años intentando regresar a su patria o tierra natal, Ítaca. La importancia de la historia de Ulises es tal, que el término que “Odisea” en múltiples idiomas y múltiples culturas alrededor del mundo, se define como un “*complejo y peligroso viaje”.*

El Dr. Joseba Achotegui, profesor de psicoterapia de la Universidad de Barcelona, describió el concepto del Síndrome de Ulises en 2002, después de más de dos décadas de estudio basado en su trabajo con los migrantes llegados a Europa. Y lo presenta como un problema de salud emergente en los países receptores de altas olas migratorias. La contribución clave de este concepto, es la elucidación de la correlación directa entre los niveles extremos de estrés con la aparición de síntomas psicosomáticos, los cuales pertenecen al área de salud mental, y no necesariamente al de la Psicopatología.

Ahora mucho más que antes, la migración es una tarea compleja, a menudo con profundos impactos humanos. Desde la segunda mitad del siglo XX, las olas migratorias han crecido de manera exponencial y se han caracterizado por el movimiento de las personas de bajos ingresos, quienes buscan prosperidad o mayor seguridad en los países más ricos en el hemisferio norte. Actualmente hay un estimado de 1 billón de migrantes, de los cuales 214 millones son internacionales y 740 millones son internos. Muchos observadores, entre ellos el PNUD y el Banco Mundial, perciben la migración a gran escala a través de un lente económico, como un agente para la promoción del mejoramiento de las condiciones de vida. Múltiples estudios indican como los países receptores, especialmente aquellos con disminución del número de la población y el envejecimiento de su demografía, a menudo se benefician de la adquisición de una fuerza migratoria laboral joven.

Este artículo examina el valioso aporte que las Promotoras o Agentes de Salud Comunitarios (ASC) quienes facilitan el proceso de adaptación de los migrantes, mediante estrategias prácticas para abordar los desafíos del contexto específico al que se enfrentan. Las Promotoras (ASC) educan, abogan y empoderan a los migrantes para gestionar los efectos de severas condiciones, las que a menudo son encontradas a través de los procesos migratorios. Por lo tanto, el modelo de Promotoras (o ASC) debe ser una parte fundamental de toda estrategia integral, para prevenir y aliviar los síntomas crónicos y múltiples del estrés asociados con el Síndrome de Ulises.

II. El Síndrome de Ulises

> *"Ulises pasaba los días sentado sobre las rocas junto al mar, siendose consumido por sus lágrimas, sus suspiros y su tristeza... "*
>
> *Odisea, canción V.*

"Emigrar se esta convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estres que superan la capacidad de adaptación de los seres humanos.' Vivimos en tiempos malos donde mortales tienen que comportarse como héroes para sobrevivir.... la gente que está llegando a nuestras fronteras son criaturas de carne y hueso. "

Dr. Joseba Achotegui (Pg 17, 2010)

El Síndrome de Ulises se refiere a los síntomas experimentados por los inmigrantes que viven en situaciones extremas de estres. Estos síntomas son la respuesta a los esfuerzos de los migrantes para adaptarse a estresores contextuales.

Quienes son los migrantes más expuestos a experimentar el Síndrome de Ulises?		
Inmigrantes sin papeles	**Inmigrantes en situación semi–legal**	**Inmigrantes con documentos legales,pero experimentando los efectos de exclusión social.**

El contexto de migración indocumentada puede incluir factores que causan altos niveles de estrés tales como: la separación inicial forzada por causas de violencia en el país de origen, los peligros del viaje migratorio, el intolerable aislamiento social en el país receptor, la falta de oportunidades, la sensación de fracaso de los objetivos de migratorios, el caer en condiciones que representen una lucha extrema por la supervivencia y las actitudes racistas y discriminatorias en el país receptor. El Síndrome de Ulises se presenta en el nivel extremo de estos factores estresantes.

Estos factores agravan la aparición y la presencia de síntomas físicos tales como: migrañas, insomnio, preocupación recurrente, nerviosismo, irritabilidad, desorientación, temor y dolores gástricos y óseos. Es importante señalar que la multiplicidad y la cronicidad de estos factores se incrementa por la falta de una red de apoyo social saludable y la intervención inadecuada del sistema médico en el país anfitrión.

El proceso de ajuste y de aculturización puede ser muy doloroso para muchos migrantes. En la lucha por adaptarse, muchos individuos sanosempiezan a presentar estos síntomas de estrés crónico y múltiple, al ser visto por **un médico** sin conocimiento sobre el Síndrome de Ulises, pagan el alto precio de ser diagnosticados erroneamente. Los enfoques biomédicos en muchos casos ven estos síntomas de migrañas, insomnio, preocupación recurrente, nerviosismo, irritabilidad, desorientación, temor y dolores gástricos y oseo , no como una respuesta reactiva a los predicamentos enfrentados en el país receptor, sino como signos de “depresión” y otros trastornos mentales. Esto conduce a una serie de tratamientos que en lugar de mitigar, pueden exacerbar los estresores ya existentes para los migrantes.

La ausencia de una medicina que sea culturalmente sensible y competentehace que se pase por alto el hecho que también muchos de los migrantes traen distintos rasgos culturales de sus países de origen, los que en muchos casos tienden a ser asociados con patologías según el contexto del sistema médico occidental dominante.

III. ¿Qué es la Salud Mental?

Salud mental es balance y equilibrio.
El diagnóstico de “depresión” se ajusta a un modelo médico particular (leer "Occidental"*), que se considera objetivo y con un valor universalmente aplicable. El enfoque biomédico tiene un aura de objetividad que no deja ningún espacio para la acción social, y justifica la perpetuación de las desigualdades y las injusticias sociales.
**Atencion que el termino “Occidental” no es el termino adecuado para definir a la actual sociedad dominante pues los pueblos indígenas también están en Occidente*.

Los usos de los criterios estándar y unilaterales de diagnóstico, aplicados a miembros de diferentes grupos culturales representan diferentes niveles de prácticas discriminatorias.

Por ejemplo, mientras que en la etno-medicina se tiene en cuenta y se considerada la existencia del mundo espiritual, los diagnósticos estándar son incapaces de capturar el conocimiento, actitudes, prácticas, valores y creencias espirituales de otros grupos culturales.

En Bali, Indonesia, por ejemplo, hay una práctica diaria de ofrendas a los antepasados y espíritus protectores como una manera de mantener una relación equilibrada con el ambiente, incluyendo con las fuerzas invisibles. En América Latina, hay muchas leyendas y mitos que se apoyan y aportan al equilibrio mental de los miembros de las comunidades rurales. Por mencionar sólo uno: en las comunidades indígenas *"La Llorona"* es reconocido como un Espíritu errante de una mujer fallecida en dolor, que es considera real, hasta el punto que muchos afirman a menudo oírla hablar y llorar. En el enfoque psiquiátrico 'occidental", el reconocimiento de estas dimensiones sobrenaturales sería considerado como irrelevante; y la condición de "oír voces y llanto", sería visto como "patológico" y "falta de contacto con la realidad". La percepción indígena mira a todo el ser humano en todas sus relaciones con el mundo material y también con el mundo invisible, e incorpora tales fuerzas espirituales en la práctica sanadora.

El caso de Eka, una mujer de las Molucas viviendo en Alemania, es también una ilustracion emblemática de esta visión ethno-centrista del cuerpo médico y sus prácticas "curativas" sin tener en cuenta aspectos culturales de los migrantes.
Su padre murió el día de su boda. Poco tiempo después, Eka empezó a experimentar una profunda tristeza y se aisló de contactos sociales. Un vecino la llevó a un psiquiatra, y le diagnostico "depresión" y le receto que se sometiera a un tratamiento combinado de "psicoterapia" y drogas antipsicóticas. Esto sólo sirvió para empeorar su condición. Además después de empezar a presentarse los graves efectos secundarios de las drogas, su terapeuta trató de convencerla de que ella era la única responsable del empeoramiento de su salud, y de que ella sola tenía que resolver su condición y sus conflictos, lo cual exacerbó aún más su tristeza. Un par de familiares (Molukas) intervino y obtuvo fondos para permitirle que viajara a su país natal, donde Eka contaba con una extensa red social de apoyo poseedora de una comprensión clara no solo de la necesidad del duelo, sino también de prácticas muy humanas y culturalmente sensible al cierre de duelos. Poco días después de estar en su país natal Eka se recuperó, volvió a sonreir, volvió a ser la que era antes de la muerte de su padre. El amor y cuidado de su gente sencilla y cálida, no sólo hizo que los síntomas físicos desaparecieran, sino que le devolvio a Eka su bienestar general. Este resultado fue posible gracias a las condiciones de apoyo que estaban a su disposición por medio del acceso a elementos de fortaleza propios de la cultura propia de Eka.

Los autores de este documento no niegan el hecho de que la investigación internacional psiquiátrica ha demostrado diversos grados de eficacia para mejorar y gestionar los trastornos mentales más avanzados a través de la psicoterapia (incluyendo tratamiento de charla) o el uso de medicación (antidepresivos, tranquilizantes, estimulantes y una amplia gama de los antipsicóticos). Sin embargo, la creciente prescripción de ellos en la práctica médica general básica en los Estados Unidos, donde muchos de los mayores productores de medicamentos psico-farmacéuticos se asientan, merece un cuidadoso análisis crítico.

El caso de Judith, una mujer joven, sana y feliz, quien emigro de Sur América a los Estados Unidos con su esposo dejando a sus dos niñas pequeñas con su familia en su país natal, es otro caso de uno de los muchos casos de migrantes recién llegados,

quienes al entrar a Estados Unidos sufren el choque cultural y experimentan tristeza, migrañas, fatiga y dolor en los huesos, síntomas todos asociados con el Síndrome de Ulises. Judith al sentirse con estas dolencias fue vista por su médico general y sin proporcionarle ninguna forma de educación para la salud en Español (por ejemplo: un folleto o al menos información básica sobre atención a la salud), simple y llanamente procedió a prescribirle el conocido anti-depresivo: Proxac un medicamento utilizado por personas adultas para el tratamiento de trastornos depresivo agudos.
El medicamento no logro aliviar los síntomas de tristeza experimentado por Judith (es decir, nostalgia – al haber tenido que dejar en su país a su hija bebé de seis meses de edad y a su otra hija también de solo dos años de edad). Por el contrario, la condición inicial de tristeza se agudizo inducida por los efectos secundarios indeseables del medicamento y Judith empezó a sentir ansiedad creciente, migrañas y pensamientos negativos. Este caso ilustra claramente cómo los médicos “occidentales” a menudo al recetar medicamentos anti-depresivos, no consideran la evidencia de la fuerte dependencia que se va a generar ni tampoco las serias reacciones secundarias y adversas al fármaco.

El extenso uso y abuso terapéutico de estimulantes y una gran cantidad de drogas psicoactivas, en los casos de los muchos inmigrantes con presencia de estrés crónico y múltiple, representa no sólo el etno-céntrico enfoque médico en “occidente” como la única salida válida y con enfoque científico objetivo, sino que también el uso y abuso de la prescripción de estos anti-depresivos, se convierte en un medio de control social injusto contra la población migrante.

Como se indicó anteriormente, el diagnóstico de “depresión” es una salida fácil y se adapta a un determinado enfoque médico y cultural propio del mundo “occidental”, el cual reduce el problema psico-social a la de un individuo. Es asi como el diagnóstico, se abstrae de un contenido socio-económico opresivo, y hace responsable únicamente al individuo por su bienestar mental.

IV. Correlación entre etiquetas psiquiátricas y la opresión cultural.

Individualizar un problema hace que las aflicciones sean vistas no como una reacción a un determinado contexto socio-económico opresivo, sino que lleva a silenciar a las víctimas hasta el punto de la inacción, a la paralización para luchar por el mejoramiento de las condiciones socio-económicas.
En palabras de Michael Foucault, este es el mecanismo de "disciplinacion".
Michael Foucault afirma que el sistema de diagnóstico psiquiátrico occidental no es neutral sino una construcción social condicionada por una ideología particular, vinculada a una determinada estructura de poder, control y dominación.

El modelo dominante se ejercita para excluir a los “otros” - a los foráneos, marginando así sus respuestas a la injusticia social, justificando así una percepción de que los “otros” son desajustados e incapaces de manejar las condiciones del sistema dominante. De este modo, la percepción de que el punto de vista “occidental” es el único enfoque científicamente válido y objetivo, se convierte en un mecanismo muy potente de "disciplinacion" y de aceptación pasiva de la opresión. Foucault argumentó que las caracterizaciones de "la enfermedad mental" en “occidente” reflejan las estructuras jerárquicas de las sociedades de la que emergen. Este mecanismo de las ciencias

medicas “occidentales” sirve para favorecer a los que según el statuo es "sano - o manejable - o ajustable”.

Por ejemplo, el diagnóstico de drapetomanía ofrece un ejemplo sorprendente de cómo un diagnóstico médico erróneo puede desempeñar un papel sociopolítico opresivo y discriminatorio.
Antes de la guerra civil americana algunos esclavos fueron diagnosticados con el sufrimiento de esta aflicción. La drapetomania es una supuesta enfermedad mental que experimentaban los esclavos al poseer un deseo irracional de libertad y una tendencia a tratar de escapar. Al clasificar esta actitud como un trastorno mental, los médicos promovieron la diferencia entre la normalidad mental y la anormalidad entre los reclusos, y así legitimaron la opresión aplicada a los que no se ajustaban a ser reclusos.

Otra situación que claramente ilustra esta forma de opresión es la del caso de los mineros holandéses tras el despido masivo y el cierre de las minas (*Individualisering at Uitstoting - individualización y exclusión*). Tras el despido muchos mineros en Holanda en los años 60, algunos de ellos, ya aun sufriendo de los efectos de silicosis contraída por el trabajo insalubre en las minas, comenzaron a experimentar trastornos sico-somáticos como episodios de tristeza aguda y crónica, frustración, irritabilidad e insomnio. Sin excepcion, todos ellos fueron diagnosticados con “depresión”, resultando en su aislamiento y tratamiento como casos individuales aislados. Este mecanismo de la medicina dominante opaco las injusticias y la violencia estructural sufridas por los trabajadores en general. Nadie quería ser tratado como “loco” y se sometió a la injusticia aplicada contra ellos.

El enfoque del juicio de "anormalidad" es muy importante en el análisis de las condiciones migratorias y en el estudio de las funciones, a menudo opresivas, que se ejerce sobre los migrantes confrontados con el modelo médico “occidental”, especialmente en el ámbito psiquiátrico. Se les trata con una perspectiva que favorece a una cultura dominante mientras eclipsa grandes problemas socio-económicos, e inhabilita el encuentro con la raíz del bienestar mental y físico del individuo migrante.

Los autores de este documento, conscientes de los estudios del Dr. Joseba Achotegui sobre el Síndrome de Ulises y de los esfuerzos de todos los que trabajamos con las poblaciones migrantes y refugiadas en diferentes partes del mundo, proponen que un enfoque socio-cultural, utilizando personal médico y de-base culturalmente competente, sea promovido como una de las alternativas a la creciente crisis migratoria del presente siglo. Se requiere desarrollar propuestas de projectos bien diseñados y de programas comunitarios con una base fuerte de monitoreo y de supervisión. Consideramos que los educadores de salud comunitaria – Promotoras (ASC) deben ser apoyados con capacitaciones amplias y continuas, además de proveerles incentivos y remuneración digna. Pues son ellos y ellas los “expertos”, quienes trabajando muy cerca de la comunidad migrante, pueden ser el eslabón esencial para la identificación temprana y para el apoyo eficiente a los migrantes que experimentan el Síndrome de Ulises.

VI**. Los Trabajadores de la Salud Comunitaria.**

"*La alfabetización sanitaria es crucial para que la gente sepa cómo enseñar a otros, cómo navegar el sistema de *salud para todos*. Pero una salud que sea fundamentada en la dignidad humana, y en la justa distribución de recursos y de poder’*

(Werner, 1987)

El modelo de Promotoras - Agentes de Salud Comunitaria (ASC) fue declarado en la Conferencia de Alma Ata en 1978, y desde entonces ha habido muchas variaciones del término para satisfacer las diferentes demandas y los diferentes niveles de los problemas de salud dentro de los varios países, regiones, y continentes.

En el sudeste Asiático, África y América Latina el término ASC ha llegado a incluir: "*Promotores",* directamente en Español, el termino usado para referirse a líderes naturales (mujeres y hombres), también conocidos como auxiliares de salud, voluntarios de la salud, médicos descalzos, agentes de salud, educatores para el bienestar familiar y comunitario, integradores, voluntarios comunitarios, y también como agentes indígenas que sean lingüísticamente y culturalmente competentes para el servicio de la salud.

Las Promotoras (ASC) actúan como "puentes" e integradores de recursos entre las comunidades y las instituciones. Ellas y ellos están capacitados para lidiar con los problemas de salud de la comunidad y para trabajar en estrecha colaboración con los servicios de salud. Según la OMS: Las Promotoras (ASC) sirven como conectores entre consumidores de salud y proveedores, para promover la salud entre los grupos que tradicionalmente no tienen acceso a atención médica adecuada. Las Promotoras (ASC) identifican los problemas más sentidos de la comunidad, desarrollando soluciones innovadoras y para traducirlas en asistencia práctica; ellas y ellos (Promotoras o ASC), pueden responder creativamente a las necesidades locales.

De hecho, hay pruebas contundentes de que a nivel local las Promotoras () efectivamente pueden proporcionar servicios de salud a toda la población local.
Numerosos ejemplos de todo el mundo demuestran que pueden lograrse mejoras con un proyecto participativo bien diseñado, y basado en las necesidades más sentidas por la propia comunidad, y brindándoles a las Promotoras (ASC) una supervisión periódica que les garantize un autentico mejoramiento progresivo.

VII. Las Promotoras (ASC) y el Síndrome de Ulises.

Basados en amplia evidencia, muchos estudios han demostrado que los voluntarios comunitarios de salud o Promotoras pueden llegar a comunidades de " muy difícil acceso " y de tener un impacto para educarlos, vinculárlos a los recursos, y para efectivamente abogar en su favor. Como educadores de la salud comunitaria, las Promotoras conforman la estrategia clave para recibir una formación adecuada en la identificación del Síndrome de Ulises. Y para poder intervenir con proyectos de cohesión social que sirvan para reducir los niveles de estrés que experimentan los migrantes como resultado de las condiciones estresantes del viaje migratorio y de los multiples esfuerzos de adaptación al nuevo país.

El papel y las tareas de las Promotoras (ASC) se basa enteramente en el área de la prevención de dolencias de la salud. Igualmente, la reducción de la complicación de los síntomas asociados con el Síndrome de Ulises se basa en la prevención y en el área psicosocial, no en el área medica curativa. El Síndrome de Ulises está inmerso en el ámbito de la salud mental, no en el área de los trastornos mentales como se ha indicado arriba.
Esta grafica muestra la escala de la salud Mental.

SALUD MENTAL	SÍNDROME DE ULISES	TRASTORNO MENTAL

El síndrome de Ulises se ubica justo entre la salud mental y los trastornos mentales. Como se indicó previamente, el síndrome de Ulises es la respuesta del migrante cuando se enfrenta a situaciónes de estrés que sean superiores a la capacidades de adaptación. Sin embargo, si esta situación no es resuelta, o manejada con resilencia “hay un gran riesgo de que finalmente se cruzen los límites de la enfermedad ". Achotegui (2010).

IX. **Conclusión**

El concepto del síndrome de Ulises plantea un reto poderoso a los enfoques médicos y farmacéuticos dominantes. Es un enfoque más humano y menos clínico de la difícil situación de los migrantes que sufren de estrés crónico y múltiple por causa de un proceso migratorio opresivo. Se requiere un mayor énfasis en las tareas de prevención, en las ventajas de la cohesión social, en la solidaridad, en la conexión con la propia cultura, con el idioma propio, en los lazos fuertes con su propia gente, su familia, sus seres queridos, con la armonía interior y con el ambiente natural exterior. Todos ellos factores más que poderosos de empoderamiento y bienestar general; no en el enfoque ‘occidental” individualista, sino en el nivel comunitario en general.
Las Promotoras (ASC) muchas de las cuales han tenido las mismas o similares experiencias, juegan un papel vital en el apoyo a los que van atravesando el proceso migratorio para que puedan alcanzar sus objetivos sin comprometer su salud.

También las Promotoras (ASC) mediante estrategias de apoyo y reuniones de solidaridad pueden aliviar el dolor asociado con la separación de los seres queridos y el trauma del viaje. Las Promotoras (ASC) también pueden llegar a ser sanadoras con técnicas naturales y culturalmente relevantes de su propia cultura. Además, las Promotoras (ASC) pueden iniciar la organización comunitaria, la construcción de comunidad y los procesos vitales de empoderamiento comunitario.

Existe amplia evidencia por múltiples estudios que demuestran que las programas de Promotoras (ASC) pueden ser muy eficaces si se les brida una planeación y ejecución participativa (Modelo Paulo Freire), como también un periódico monitoreo y evaluación para hacer los ajustes necesarios y tomar las medidas correctivas. Así, con una mirada más humana a la situación del migrante puede llevarnos a estrategias validas que den respuesta a la altura que la situación amerita.

REFERENCIAS

Achotegui, J. (2012), *La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del Duelo Migratorio Extremo) Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis. Temas de Psicoanalisis* V, núm. 2, pp. 46 - 88

Achotegui, J., (2009), *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises*, Llançá, El mundo de la mente.

Achotegui, J. (2009), *Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises.* Llançá, El mundo de la mente.

Achotegui, J., Lahoz, S., Marxen, E., Espeso, D., (2005), *Study of 30 cases of inmigrantes with the Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome)*, Comunication in the XVIIIº World Congress of Psychiatry, Cairo

Altpeter, M., Earp, J.L., Bishop, C., & Eng, E. (August 1999), Lay health advisor activity levels: definitions from the field. Health Education & Behavior, Vol. 26(4): 495-512.

Alvillar M, et al. (2011), Recommendations for developing and sustaining community health workers. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Vol. 22(3):745-50

Benegadi, R. (2004), *Medical Anthropology and migration,* XVIIIº World Congress of Psychiatry, Cairo, 2005.

Bryant, J.H. (1978), Community health workers: the interface between communities and health care systems. WHO Chronicle, Vol. 32(4):144-8 (Apr. 1978).

Cherrington, A., et al. Recognizing the diverse roles of community health workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. Ethnicity & Disease, Vol. 20(2):189-94 (Spring 2010).

Cufino, S.E., Garfield, R., Vasconcelos, M.I., & Araujo, C.V. (May 2000), Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program. Pan American Journal of Public Health, Vol. 7(5): 293-302.

The community health worker: working guide, guidelines for training, guidelines for adaptation. (Geneva : World Health Organization), 1987, 463 pages. [DSHS call number: W 21.5 C734 1987]

Diaz, A.L. (2007), The effectiveness of Indigenous community health workers: International perspective, 276 pages [Dissertation: (Ph.D.) University of San Francisco, CA].

Diaz, AL. (2007). Indigenous Culturally Connected Health Educators *Promotoras*: Preventing HIV/AIDS in the Latino community of San Francisco and San Mateo, University of San Francisco, California.

Diaz, A.L. *PROANDES – Community Health Workers and the National strategies on Rural Basic Education*: Technical Report 02-97. Supervivir Project UNICEF, Bogota, Colombia, 1996.

Domic, Z., (2004*), Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises,* Congreso

Escobar, A. (1984). "Discourse and power in development: Michel Foucault and the relevance of his work to the Third World" *Alternatives* 10: 377-400.

Espeso, D., (2009), *Estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*

Foucault, M. (1972), A*rchaeology of Knowledge*. Tavistock Publications Limited.

Foucault, M. (1984), The politics of health in the Eighteenth Century. In P. Rabinow (Ed.), *Foucault reader* (pp. 271-289). New York: Pantheon Books

Foucault, M. (1978), El nacimiento de la clinica: Una arqueologia de la mirada medica.

Foucault, M. (2005)*, El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Freire, P. (1992) Pedagogy of Hope. Reliving Pedagogy of the Oppressed. 1992.

Elder, J.P., et al. (April 2009), Evaluating psychosocial and behavioral mechanisms of change in a tailored communication intervention. Health Education and Behavior, Vol. 36(2):366-80.

Elder, J.P., Ayala, G.X., Campbell, N.R., Arredondo, E.M., Slymen, D.J., Baquero, B., Zive, M., Ganiats, T.G., & Engelberg, M. (August 2006), Long-term effects of a communication intervention for Spanish-dominant Latinas. American Journal of Preventive Medicine, Vol. 31(2): 159-66.

Getrich, C., et al. (July 2007), An ethnography of clinic "noise" in a community-based, promotora-centered mental health intervention. Social Science & Medicine, Vol. 65(2):319-30.

Love, M.B., Legion, V., Shim, J.K., Tsai, C., Quijano, V., Davis, C. (Oct 2004), CHW get credit: a 10-year history of the first college-credit certificate for community health workers in the United States. Health Promotion and Practice, Vol. 5(4): 418-28.

Mack, M., Uken, R., Powers, J. (February 2006), People Improving the Community's health: community health workers as agents of change. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Vol. 17(1 Suppl): 16-25.

Minkler, M, et al. (September 2010), Sí se puede: using participatory research to promote environmental justice in a Latino community in San Diego, California. Journal of Urban Health. Vol. 87(5):796-812 (Sep 2010).

Musser-Granski, J., Carrillo, D.F. (February 1997), The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. Community Mental Health Journal, Vol. 33(1): 51-60.

Nijhof, G. (1978) *Individualisering en uitstoting. Van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis.* Link. Nijmegen. 1978.

Ramos, R.L., Hernandez, A., Ferreira-Pinto, J.B., Ortiz, M., (October 2006), Somerville GG. Promovision: Designing a Capacity-Building Program to Strengthen and Expand the Role of Promotores in HIV Prevention. Health Promotion Practice, Vol. 7(4): 444-9.

Roman, L.A., et al. (May-Jun 2007), Addressing mental health and stress in Medicaid-insured pregnant women using a nurse and a community health worker home visiting team. Public Health Nursing, Vol. 24(3):239-48.

Roman, L.A., Lindsay, J.K., Moore, J.S, Shoemaker, A.L. (April 1999), Community health workers: examining the helper therapy principle. Public Health Nursing, Vol. 16(2): 87-95.

Rosenthal EL, et al. Community health workers: part of the solution. Health Affairs. Vol. 29(7):1338-42 (July 2010).

Rosenthal, E.L., et al. (July-Sept. 2011), Community health workers then and now: an overview of national studies aimed at defining the field. Journal of Ambulatory Care Management. Vol. 34(3):247-259.

Ross, H. (August 2000), Vietnamese women and cervical cancer: lay health workers can help change behaviors. Closing the Gap.

San Sebastian, M., Goicolea, I., & Narvaez, M. (January 2001), Improving immunization coverage in rural areas of Ecuador: CHW a cost-effectiveness analysis. Tropical Doctor, Vol. 31: 21-24.

Sheppard, V.B., Zambrana, R.E., & O'Malley, A.S. Providing health care to low-income women: a matter of trust. Family Practice, Vol. 21(5):484-91 (Oct 2004).

Waitzkin, H., et al. (April 2011), Promotoras as mental health practitioners in primary care: a multi-method study of an intervention to address contextual sources of depression. Journal of Community Health. Vol. 36(2):316-31.

Williams, D.M. (2001), La Promotora Linking disenfranchised residents along the border to the U.S. health care system. Health Affairs, Vol. 20(3):212-218.

WHO and Global Health Workforce Alliance. (2008) Scaling up saving lives: Task Force for Scaling up education and training for Community Health Workers. Geneva.

PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA Y CONSEJERÍA EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (PRODOCITS)

Carrillo-Núñez Gabriela Guadalupe, Franco-Ramos María Concepción, Franco-Topete Ramón Antonio, Morales-Martínez Jesús, Sosa-Saavedra Benjamín Osvaldo, Meyer-Nava Ilse, Palomares-Marín Jaime.
Benemérita Universidad de Guadalajara; Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Departamento de Microbiología y Patología, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son provocadas por más de 30 diferentes microorganismos. Entre ellos encontramos infecciones como sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, papiloma, herpes, entre otros. Estos microorganismos pueden transmitirse por vía sanguínea, transmisión perinatal, siendo la forma de transmisión más común a través del contacto sexual. [1]

Según estimaciones hechas por la OMS en 2005, cada año se producen en el mundo 448 millones de nuevos casos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniosis) en personas de 15 a 49 años, por lo que siguen considerándose un problema de salud pública en todo el mundo. En la región de las Américas para el 2008, se reportaron 126 millones de nuevos casos de estas 4 infecciones. Los datos descriptivos de noviembre del 2013, señalan que cada día, 1 millón de personas alrededor del mundo contraen una ITS.

Algunas complicaciones producidas por las infecciones de transmisión sexual amenazan la vida del paciente, teniendo especial importancia en la salud reproductiva. Por ejemplo, la sífilis durante el embarazo se relaciona cada año unas 305,000 muertes perinatales, y

provocando 215,000 partos prematuros, con bajo peso al nacer o patologías congénitas. Por otro lado, el virus del papiloma humano (VPH), causa un estimado de 530,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 275 000 muertes por la misma causa.[2] Además, la presencia de ITS en algunos casos llega a triplicar el riesgo de contagio para VIH, con consecuencias de gran impacto en la calidad de vida del paciente.

En México la vigilancia epidemiológica para el VIH inició en 1983 con la creación del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA (CENSIDA), que hasta el 30 de junio del 2014, reporta un acumulado de 170,963 casos de VIH/SIDA.[3] Desde 1983 hasta el 2013, en Jalisco han sido reportados 12,570 casos de VIH, de los cuales, 129 fueron diagnosticados en 2013, lo que representa la cifra anual más baja.

JUSTIFICACIÓN.

Debido a la trascendencia y magnitud que implican las ITS, su fácil contagio y la baja percepción del riesgo por parte de los jóvenes; es imperativo generar soluciones para optimizar la difusión de las medidas de prevención y acercar el diagnóstico oportuno de estas enfermedades. Un gran paso en esta materia, es el involucramiento de las instituciones educativas al implementar programas de consejería y detección en sus planteles estudiantiles a nivel local, estatal o nacional; dirigidos especialmente a la población universitaria.

Bajo el lema de “Una Universidad libre de VIH e ITS”, el Programa de Detección Oportuna y Consejería en Infecciones de Transmisión Sexual (PRODOCITS) de la UdG, pretende sensibilizar a la población universitaria mediante el conocimiento dirigido, orientado a que el estudiante identifique las características generales de las ITS y las formas más adecuadas de prevenirlas, a la vez que puede realizarse un tamizaje oportuno para la detección de las mismas a través de pruebas rápidas.

Objetivo general.

El objetivo general de este programa es que cada una de las instituciones que conforma la red universitaria de la UDG, conozca y adopte el modelo de PRODOCITS como un mecanismo de extensión participativa, capaz de disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual, y prevenir la aparición de nuevos casos de VIH-SIDA.

Los objetivos particulares de este programa son:

- Crear un protocolo de atención específica para los alumnos de la Red Universitaria.
- Incrementar el acceso a la información, diagnóstico oportuno y seguimiento en pacientes con ITS.
- Impulsar a los usuarios hacia una conducta sexual responsable.
- Contribuir a la sensibilización de la Red Universitaria UDG contra el estigma y la homofobia; rumbo a una salud sexual integral.

Descripción del Programa

La Benemérita Universidad de Guadalajara es un organismo público autónomo, con vocación internacional y un compromiso social que satisface las necesidades educativas de nivel medio superior y superior. Es generadora de investigación científica, tecnológica y es un medio de extensión de la comunidad. La universidad, además de participar en el desarrollo sustentable de la sociedad, siempre se ha mostrado incluyente, respetando la diversidad cultural y honrando los principios de justicia social, convivencia democrática y prosperidad colectiva. La Red Universitaria del estado de Jalisco está conformada por 6 centros universitarios temáticos, 9 Centros Regionales, 55 preparatorias y un sistema de educación virtual. Cuenta con 241,744 alumnos y 22,965 trabajadores académicos y administrativos, lo que la posiciona como la segunda universidad más grande e importante del país.

En concordancia con la misión universitaria de compromiso con la sociedad, el Departamento de Microbiología y Patología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, instituye en noviembre del 2011 el Programa de Detección Oportuna y Consejería en ITS-VIH (PRODOCITS); creado con la firme convicción y responsabilidad de otorgar servicios gratuitos o de bajo costo y fácil alcance para la comunidad universitaria, de modo tal que colabora con la eliminación de infecciones de transmisión sexual y nuevos casos de VIH-SIDA; mediante consejería, prevención y detección oportuna
Algunas de las acciones realizadas fueron:

- Consejería a más de 300 personas.
- Campañas de prevención mediante promoción y difusión de trípticos y volantes informativos a más de 3000 alumnos.
- Aplicación de más de 500 pruebas rápidas para detección de anticuerpos contra VIH, Treponema pallidum y Virus de las Hepatitis B y C.
- Capacitación de nuevo personal con el apoyo del Consejo Estatal para la lucha contra el SIDA (COESIDA).
- Otorgamiento de preservativos masculinos e información sobre su uso.
- Referencia de usuarios con pruebas reactivas y seguimiento de casos sospechosos o en periodo de ventana.
- Presentación en Investigación en la modalidad de carteles en los Congresos Internacionales de Avances en Medicina. Hospitales Civiles en 2012 y 2013.
- Presentación del Proyecto en la Segunda Feria Latinoamericana Innovación e Invención en Salud 2013 celebrada en Panamá, Panamá.
- Participación en el VIII Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología y V Congreso Nacional de Medicina Tropical, presentando el PRODOCITS como un modelo replicable en América Latina en 2014.

Resultados

A partir de la creación del programa a finales del 2011, se les ha otorgado servicios de consejería y detección a se han atendido 384 personas de entre 17 y 54 años. Casi 90% son solteros. Acerca de la preferencia sexual, los heterosexuales son el 77.83% y 8.01% homosexuales, el resto se declara bisexual u hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 5.18% omitió declarar este dato.
De las licenciaturas que cursan en el centro universitario, los estudiantes que más se acercaron a solicitar información fueron los de la carrera de medicina con un 42.45% mientras que la población estudiantil de menor acercamiento fue de la carrera en Cultura Física y Deportes con 1.41%.
La detección rápida para VIH es la prueba que más ha sido solicitada con un 97.16%, el 36.32% sífilis, 14.15% para VHB y 9.90% para VHC. Durante lo que va de 2014 hemos obtenido 3 resultados reactivos, diagnosticados posteriormente con VIH y 1 positivo con infección confirmada por Treponema pallidum.

Discusión

La Instauración y Replicación de PRODOCITS en los Centros Universitarios del Estado de Jalisco y otras universidades, es factible sin realizar inversiones presupuestales de gran capital, debido a que el programa está diseñado para funcionar con los recursos humanos y financieros ya existentes en cada institución educativa, principalmente las pruebas rápidas y la capacitación son otorgadas en forma gratuita por el Centro Estatal de la lucha contra el SIDA. El principal recurso material, es la adecuación de un espacio pertinente, mientras que el recurso humano, puede ser obtenido del mismo alumnado, habiendo

pasado previamente por la debida capacitación para realizar Consejería y Aplicación de las pruebas rápidas de Inmunocromatografía.
Tomando esto en cuenta, es relativamente sencillo lograr el objetivo de un sistema universitario libre de VIH e ITS, ya que en la difusión del programa tampoco requiere gastos elevados, pues en nuestra experiencia, la principal publicidad es la que surge a través de los usuarios, los profesores, facilitado a su vez por recursos electrónicos como han sido las redes sociales. Como resultado de esta interacción, durante el año 2014, hemos tenido una mayor proporción de visitantes que en años anteriores, que se prevé que siga en aumento, permitiéndonos el acercamiento a nuestro objetivo.

Conclusiones

El Programa de PRODOCITS, se puede Implementar en cualquier Universidad Pública o Privada con los respectivos convenios y trabajando en conjunto con las autoridades de salud pertinentes. Estas actividades pueden ser desempeñadas por el personal ya existente en la universidad con la debida capacitación y concientización. Otra estrategia para obtener una mayor cantidad de consejeros, es el reclutamiento de alumnos de Servicio Social de las diferentes carreras relacionadas con la salud.
Consideramos que el PRODOCITS está reuniendo frutos en la lucha contra las ITS y en particular contra el VIH, al acercar a los alumnos la información y los recursos para lograr un diagnóstico oportuno.
Una de las principales ventajas de este programa, es que el usuario ya no debe trasladarse a una institución con un rol específico, sino que ahora dentro de su propia casa de estudios, donde pasa una gran cantidad de tiempo, se le ofrece el servicio, en forma gratuita y en un tiempo mucho menor a comparación de la realización del estudio en un laboratorio.

Referencias

Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual. 2014. Actualización al 13 de octubre de2014. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/,

[2] Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Incidencia global y la prevalencia de infecciones de transmisión sexual curables seleccionados. [Monographic on internet] 2008. Switzerland. WHO, 2012. [09/09/2014] disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/index.html

[3]Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de Sida, Actualización al 30 de junio de 2014(CENSIDA).Secretaria de Salud México, 2014 [12/09/2014] disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf

[4]NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Secretaria de Salud México, 2014 [14/09/2014] disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html

PROBLEMAS DE SALUD BUCAL PERCIBIDOS Y HÁBITOS DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DE LA UAM-XOCHIMILCO

Lara Flores Norma, Morales Estrella Sandra, García Ramírez Bernardita.
Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
Sanjuanero Fragoso Adrián
Pasante en Servicio Social. Licenciatura en Estomatología. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

Resumen

Los jóvenes se consideran ellos mismos como personas sanas y cuando se sienten enfermos difícilmente toman en cuenta su boca y sus dientes, de ahí la necesidad de indagar sobre su salud bucal percibida y las medidas de autocuidado que adoptan. Objetivo: Identificar problemas bucales autoreportados, hábitos de higiene bucal, consumo de azúcares y visitas al dentista, en estudiantes universitarios. Método: Estudio transversal en 1252 alumnos de primer ingreso, en primavera de 2014. Se aplicó un cuestionario para registrar datos personales y diez preguntas que integraron una escala denominada “Salud y autocuidado bucal”. Tres de cada diez había tenido síntomas dolorosos, igual proporción reportó que le sangran las encías, y pérdida dentaria el 12.4%. La frecuencia alta de consumo de dulces fue del 13% y de refrescos 14%; el 23.8% no se cepilla regularmente los dientes y 45% visitó al dentista hace más de 12 meses. Están insatisfechos con la apariencia de sus dientes el 53.8%. Las mujeres reportaron menos problemas de salud bucal, mejores hábitos higiénicos, pero mayor consumo de azúcares en dulces y refrescos ($p < 0.05$). Conclusiones: Los datos muestran que debe fomentarse en los estudiantes el autocuidado bucal y uso oportuno de los servicios odontológicos. Por lo anterior se informó a todos los participantes sobre el resultado de su autoevaluación bucal.

Palabras clave: Autocuidadado, salud bucal, estudiantes universitarios

Abstract

Young people consider themselves as healthy persons and when they feel sick hardly ever take into account your mouth and teeth, hence the need to investigate how they perceive oral health and self-care measures they adopt. Objective: To identify in university students self-reported oral problems, oral hygiene habits, consumption of sugars and dental visits. Method: Cross-sectional study in 1252 freshmen in the spring of 2014 a questionnaire was used to record personal data and ten questions integrated a scale called "Oral Health and self-care." Results, regarding oral health 3 of ten students have had painful symptoms; the same proportion reported bleeding gums, and 12.4% tooth loss. The high frequency of consumption of sweets was 13% and 14% of soft drinks; the 23.8% is not regularly brush their teeth and 45% visited the dentist more than 12 months ago. They are dissatisfied with the appearance of your teeth 53.8%. Women reported less oral health problems, better hygiene habits, but increased consumption of sugars in sweets and soft drinks ($p <0.05$) .Conclusions: The data show that students should be encouraged in oral self-care and appropriate use of dental services. Therefore all participants were informed about the outcomes of their oral self-care

Keywords: Self-care, oral health, university students

Introducción:

En México, los estudios sobre condiciones de salud bucal en adolescentes y adultos jóvenes son escasos. Según indicadores seleccionados del estado dental en niños y adolescentes usuarios de los servicios de salud en México, a nivel nacional la prevalencia de caries dental es del 87.2% con un promedio de dientes afectados (CPOD) de 7. Para el DF ambas son fueron mayores del 89.4% con un CPOD de 8.9 .[1] En una investigación reciente realizada en estudiantes de primer ingreso a la UNAM, con una edad promedio de 16 años 2 meses, se detectó una prevalencia de caries dental del 48% con un promedio de dientes afectados CPOD de 5 y el 34.2% había perdido al menos un diente. Las necesidades de tratamiento, es decir, dientes afectados sin obturación fueron en promedio de un diente.[2]

En cuanto a los conocimientos y las creencias de los individuos y, en este caso de los adolescentes, frecuentemente se consideran ellos mismos como personas sanas y cuando se sienten enfermos difícilmente toman en cuenta su boca y sus dientes. Sin embargo la prevalencia de caries dental y de periodontopatías se inicia a edades tempranas y les afecta sobre todo cuando carecen de información adecuada sobre medidas de autocuidado y de la atención odontológica oportuna. Esta situación influye en el desarrollo de comportamientos de riesgo para la salud bucal.[3] El caso del cepillado dental, por ejemplo, constituye un aspecto importante, ya que una mala higiene bucal es un factor predisponente para caries dental y también se ha determinado que existe una relación inversa entre la higiene bucal y la gingivitis. [4]

Tomando en cuenta lo anterior, así como los efectos que tiene la morbilidad bucal en la salud general, el impacto a largo plazo de estos padecimientos y los costos relacionados con su tratamiento en la población adolescente y en adultos jóvenes, se hace necesario diseñar e implementar estudios y estrategias efectivas de promoción de la salud oral y prevención de estas enfermedades. Para ello es necesario tomar en cuenta los problemas identificados a través de indicadores epidemiológicos, como son principalmente el índice CPOD, que mide el número y promedio de dientes cariados, perdidos por caries dental, y obturados y el IHOS que valora la higiene bucal, así como los problemas percibidos por los propios jóvenes con el objeto de desarrollar una estrategia que permita mostrarles la importancia de cuidar su salud bucal.

Objetivo:

Que los estudiantes Identifiquen ellos mismos sus problemas bucales y los factores de riesgo implicados, como son sus hábitos de higiene bucal, el consumo de azúcares y las visitas oportunas al dentista, como una estrategia para involucrarlos en un programa de autocuidado y prevención en salud bucal.

Método:

Estudio transversal en 1252 alumnos de primer ingreso, en primavera de 2014. En el marco del Examen Médico y Físico (EMyF) que la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco lleva a cabo desde el año 2013, a los alumnos de primer ingreso, se aplicó un cuestionario para registrar datos personales y se elaboraron diez preguntas que integraron una batería denominada “Salud y autocuidado bucal”. Este instrumento consta de preguntas relacionadas con autopercepción de problemas bucales: dolor, sangrado de encías y movilidad dentaria, halitosis y pérdida de algún diente; preguntas sobre consumo de alimentos considerados cariogénicos: dulces, bebidas endulzadas o refrescos y

bebidas energizantes, sobre cigarrillos y frecuencia de consumo de alcohol, sobre cepillado dental, cuando fue la última visita al dentista y si están satisfechos (as) con la apariencia de sus dientes. Se solicitó consentimiento de los estudiantes para llenar el cuestionario que se imprimió en papel autocopiable, para que al final pudieran obtener una calificación sobre el cuidado de su salud bucal "bueno", "regular", y "malo", acuerdo con el puntaje obtenido y recomendaciones para mejorar su autocuidado.

Resultados:

El 58.5% fueron mujeres, la edad promedio 19.5 años (DS 2.9). Respecto a su salud bucal 3 de cada diez ha tenido síntomas dolorosos, igual proporción reportó que le sangran las encías, 10% identificó movilidad en algún o algunos dientes, halitosis el 13% y pérdida dentaria el 12.4%. La frecuencia alta de consumo de dulces fue del 13% y de refrescos 14%; fuman el 15.2% y consumen bebidas alcohólicas frecuentemente el 2%. El 23.8% no se cepilla regularmente los dientes y 45% visitó al dentista hace más de 12 meses. Están insatisfechos con la apariencia de sus dientes el 53.8%. Las mujeres reportaron menos problemas de salud bucal, mejores hábitos higiénicos, pero mayor consumo de azúcares en dulces y refrescos ($p < 0.05$).

Discusión y conclusiones:

Los datos muestran que en la población de jóvenes universitarios, aún si éstos tienen condiciones de salud bucal relativamente mejores que los que a nivel nacional presentan otros grupos de la misma edad, reportan síntomas que derivan de enfermedades bucales frecuentes como son la caries dental y las periodontopatías. Pocos estudios han indagado la autopercepción de los jóvenes sobre sus problemas bucales, sin embargo de acuerdo a estudios realizados recientemente en la República Argentina, sólo tres de cada diez jóvenes de entre 13 y 17 años se lava los dientes todos los días, lo que implica a su vez, que el 90 % tiene algún problema dental .[5] El consumo de dulces y otros alimentos considerados cariogénicos en poblaciones de adultos, ha mostrado que éstos son incorporados a su dieta de forma cotidiana sin tomar en cuenta que la cantidad, frecuencia de consumo y tipo de golosina tiene efectos sobre el descenso del pH de la placa bacteriana y favorece la desmineralización del esmalte dentario.[6] Acerca de la utilización de servicios odontológicos, se ha reportado que en adolescentes entre 12 y 15 años fue del 15% en el área rural de México,[7] lo cual significa una baja utilización, en comparación con lo reportado en los estudiantes de primer ingreso de la UAM Xochimilco. Por lo anterior y en concordancia con los objetivos del movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, debe fomentarse en los estudiantes el autocuidado bucal y el uso oportuno de los servicios odontológicos tomando en cuenta que el beneficio obtenido será no solo en el corto plazo, sino que permitirá incorporarse como un elemento para la mejora de su calidad de vida futura. Debido a que los programas para la promoción de la salud deben desarrollarse en función de las características de cada comunidad o grupo de población a quien van dirigidos, se deben tomar en cuenta no solo las creencias, valores, actitudes y necesidades presentes en la comunidad, sino que también deben ser capaces de prever la dirección que éstas tendrán en el futuro. Es importante por ello realizar estudios sobre las conductas relacionadas con el problema de salud presente, para tener una base sobre la cual influir para obtener cambios duraderos. Las universidades tienen un papel fundamental en este sentido, sobre todo visualizando la formación integral de sus estudiantes.

Referencias

SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. (en línea) Junio 2011. (Fecha de acceso 11 de septiembre de 2014) Consultado en www.salud.gob.mx /www.dgepi.salud.gob.mx

[2] Fuente-Hernández J, González de Cossío M, Ortega-Maldonado M, Sifuentes-Valenzuela MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Pública de México 2008; 50 (3): 235-240.

[3] Moncayo S, Tapias L, Velasco L, Delgado J. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de una población escolar de 7 a 12 años frente a la salud oral. Rev *Universitas Odontológicas* 1997;*17*: 7-14.

[4] Doncel Pérez C, Vidal LimaII M, Del Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Revista Revista Cubana de Medicina Militar 2011;40(1):40-47

[5] Bordoni N, Escobar RA. Castillo MR. Odontología Pediátrica. La salud del niño y del adolescente en el mundo actual. Editorial Panamericana Bs. Aires Argentina 2010. Citado en Pro-Dental como "Higiene oral, una rutina olvidada por los adolescentes" Consultado el 13 de agosto de 2014 en: http://www.planetaprodental.com/noticiaspp/higiene_dental_una_rutina_olvidada_adolescentes

[6] Kohli A, Poletto L. y Pezzotto SM. Hábitos alimentarios y experiencia de caries en adultos jóvenes en Rosario, Argentina. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición Vol. 57 Nº 4, 2007

[7] Pontigo-Loyola AP, Medina-Solís C, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA; Minaya-Sánchez M, Escoffié-Ramírez M y Maupomé G. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirrural. Gaceta Médica de México. 2012;148:218-26

ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN BECARIOS DEL PROGRAMA DE APOYO NUTRICIONAL IZTACALA

Autoras
Mtra. Luisa Bravo Sánchez. Correo electrónico: luisalyn46@yahoo.com.mx
Adscripción: Profesora de la carrera de Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
Mtra. Guillermina Arenas Montaño Correo electrónico: guillearenasm@gmail.com
Adscripción: Profesora de la carrera de Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
Dra. Alba Luz Robles Mendoza. Correo electrónico: albaluzr0@gmail.com
Adscripción: Profesora de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.

Resumen
El Programa de Apoyo Nutricional Iztacala (PANI) se inicia en el año escolar 2014, forma parte de los programas institucionales de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM., para becarias/os de seis carreras de la facultad. **Objetivo:** Identificar los estilos de vida y factores de riesgo para la salud en becarios del Programa de Apoyo Nutricional Iztacala. **Método**: investigación cuantitativa, descriptiva y exploratoria, la muestra fue de 158 alumnas/os, inscritos en el programa, se realizó valoración individual, por medio de la historia clínica y exploración física. El análisis de la información se realizó con el programa SPSS versión 16. **Resultados**: La prevalencia de sobrepeso 28%, obesidad grado I de 8%, 3% delgadez moderada. En cuanto a los hábitos alimenticios se observó que el 54% de estudiantes realiza dos comidas al día, excluyen el desayuno. El 71% consume alcohol, el 44% consume tabaco. El 68% de los alumnos no practica ejercicio. Los factores de riesgo relacionados con salud sexual y reproductiva, el 60% de las estudiantes no realizan la autoexploración mamaria. El 60% de mujeres presentan caries, y el 61% hombres, en premolares y molares. **Conclusiones:** los resultados demandan la necesidad de consolidar políticas universitarias, para fortalecer la prevención y promoción de la salud integral, del estudiantado, en relación a la práctica de actividades deportivas como parte de su formación, así como consolidar proyectos enfocados a la alimentación, como lo es PANI.
Palabras clave estilos de vida, factores de riesgo, programa de apoyo nutricional.
Summary
Nutritional Support Program Iztacala (PANI) starts in 2014 school year, is part of the institutional programs FESI for fellows / os six races facultad. Objetivo: identify lifestyles and risk factors health fellows Program in Nutritional Support Iztacala. Method: quantitative, descriptive and exploratory research, the sample was 158 students / os enrolled in the program, individual assessment was performed by means of clinical history and physical examination. The data analysis was performed with SPSS version 20.Resultados: The 28% prevalence of overweight, obesity grade I was 8%, 3% moderate thinness. As the dietary habits was observed that 54% of students perform two meals a day, excluding breakfast. 71% consumed alcohol, 44% consume snuff. 68% of students are not exercising. Risk factors related to sexual and reproductive health, 61% of students do not perform breast self-examination. 60% of women have caries, and 61% men, premolars and molars..Conclusions: Results demand the need to consolidate university policies, to strengthen prevention and promotion of holistic health in relation to the practice of sports as part of their training as well as projects aimed at consolidating the power of students as what is PANI.
Keywords lifestyles, risk factors, program nutritional support.

Introducción

El presente estudio tiene como finalidad identificar los estilos de vida y factores de riesgo para la salud; así como describir los hábitos alimenticios (número de comidas), también examinar a través valoración clínica sobrepeso, obesidad, delgadez moderada, de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC) en becarias/os, del programa de apoyo nutricional iztacala. Además el perfil epidemiológico que más impacta de los jóvenes de nuestro país, está encabezado por adicciones, violencia, accidentes de tránsito, enfermedades de transmisión sexual, conductas alimentarias de riesgo y embarazos no planeados; también se presentan riesgos para desarrollar enfermedades crónico degenerativas a corto o mediano plazo (Olaiz-Fernández G., 2006), debido a la presencia de sobrepeso, obesidad, escasa actividad física y mala calidad en la dieta (Ávila Ca., 2004).

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2008, 1400 millones de adultos presentan sobrepeso y obesidad, de ellos 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres eran obesos. Sobrepeso y obesidad son el quinto factor de muerte en el mundo y está relacionado a varias enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes del tipo II, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. El sobrepeso y la obesidad son las consecuencias de una inadecuada ingesta de alimentos, en la cual existe un excesivo consumo calórico principalmente lípidos y carbohidratos, acompañado con la baja actividad física de las personas, que conllevan a un nuevo estilo de vida perjudicial para la salud.

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes aumentó de 33.4 a 35.8%; en el grupo de mujeres mayores de 20 años el porcentaje pasó de 71.9 a 73%. A nivel nutricional, los jóvenes presentan cambios significativos en su estilo de vida, debido a la presencia de agentes externos sociales, modelos publicitarios y mercadeo agresivo de consumo; los cuales tienen repercusión en sus hábitos alimenticios, dietas y actividad física. Un caso particular es el ingreso a la universidad, en el cual muchos de los factores de riesgo nutricional son potenciados y añadidos otros como la carga de horarios, la competitividad y un nuevo ambiente al cual adaptarse. (Arroyo et al. 2006, Hoyos et al. 2007, Martínez et al. 2005).

2. Método

2.1 Participantes

158 alumnas/os de las seis carreras de la FES-Iztacala que se encuentran inscritas/os dentro del Programa de Apoyo Nutricional (PANI) 2014.

2.2 Diseño de la investigación

La investigación es cuantitativa, descriptiva, y exploratoria.

2.3 Instrumento y procedimiento utilizado. Se utiliza como instrumento una historia clínica completa para la recolección de datos, y la exploración física, las cuales fueron aplicadas a cada alumno dentro del consultorio ubicado en la planta baja del edifico A-6, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

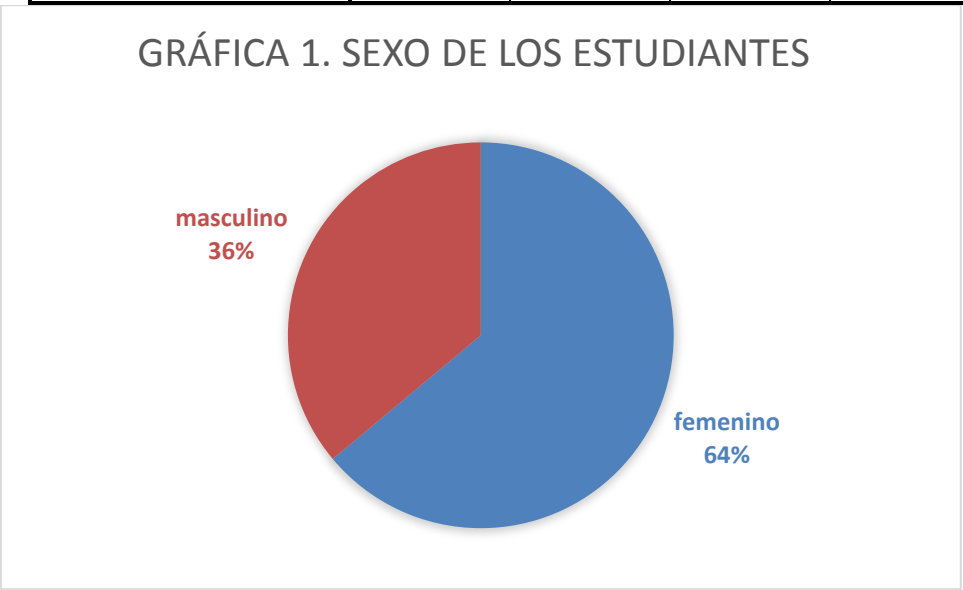
Variables

1.- Sociodemográficas: sexo, género, edad
2.- Medidas Antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC)
3.- Hábitos alimenticios: cuántas comidas realiza al día
4.-Toxicomanías: consumo de alcohol, consumo de tabaco
5.-Actividad Física: actividad deportiva, actividad cultural
6.-Higiene Bucal: presencia de caries
7.-Salud sexual y Reproductiva, autoexploración de mamaria, Papanicolaou, método anticonceptivo, número de parejas.

3. Resultados

Sexo de las/os estudiantes

	Tabla 1. sexo de las/os estudiantes				
	femenino	Porcentaje	masculino	Porcentaje	Total
Total	101	64%	57	36%	158



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

La población valorada son 158 alumnos de los cuales el 36% son hombres y el 64% son mujeres.

Carrera de los alumnos

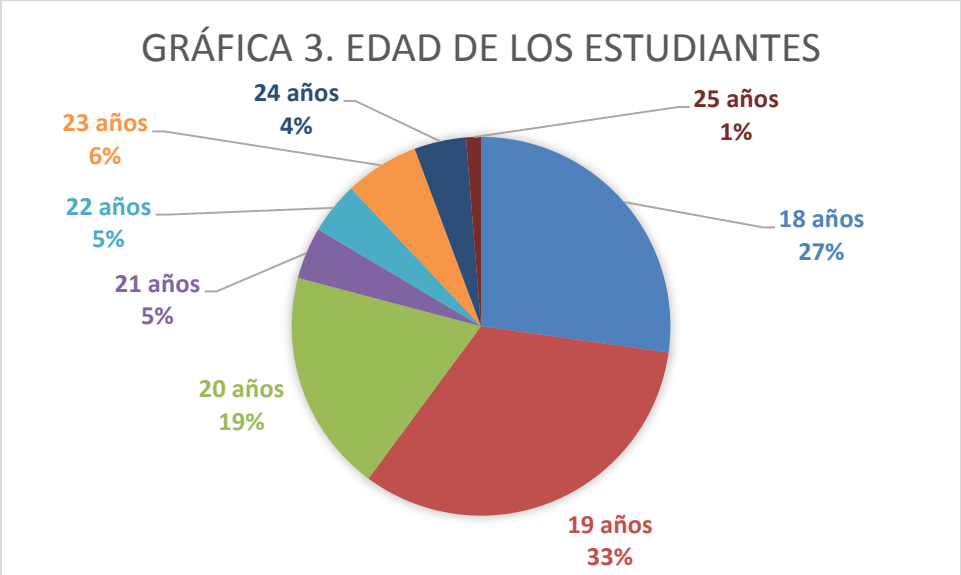
Tabla 2. carrera de los estudiantes PANI	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje total
	femenino	masculino		
enfermería	8	2	10	6%
medicina	23	8	31	19%
biología	38	25	63	40%
odontología	13	7	20	13%
psicología	15	10	25	16%
optometría	4	5	9	6%
Total	101	57	158	100%

Tabla 3. edad de los estudiantes		sexo de estudiantes		Total	Porcentaje total
		femenino	masculino		
18 años		27	16	43	27%
19 años		36	16	52	33%
20 años		20	10	30	19%
21 años		5	2	7	5%
22 años		6	1	7	5%
23 años		5	5	10	6%
24 años		2	5	7	4%
25 años		0	2	2	1%
Total		101	57	158	100%

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Podemos observar que el 40% de la población pertenece a la carrera de biología, el 19% a medicina, el 16% a la carrera de psicología, 13% a la carrera de odontología, mientras que las carreras de optometría y enfermería con el 6% cada una.

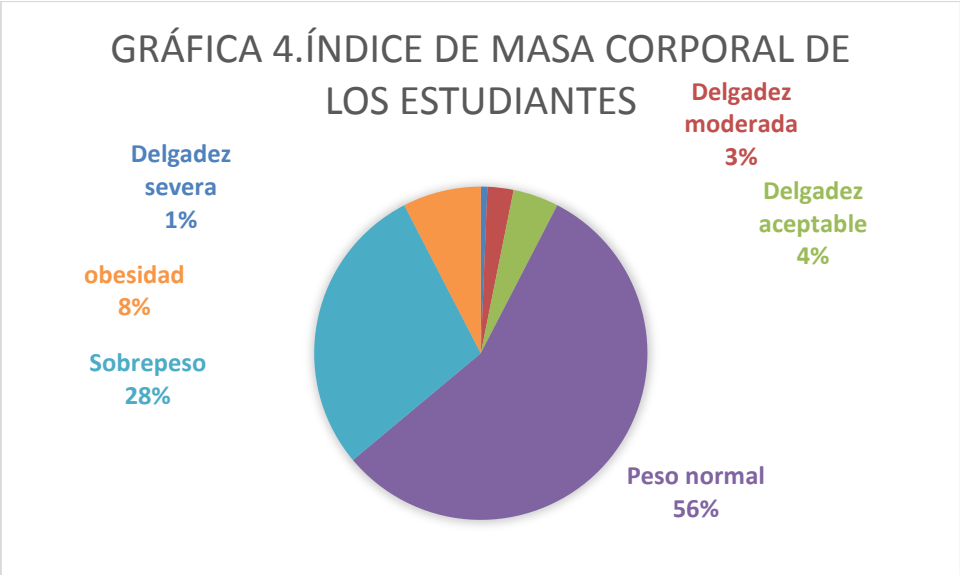
Edad de los estudiantes



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

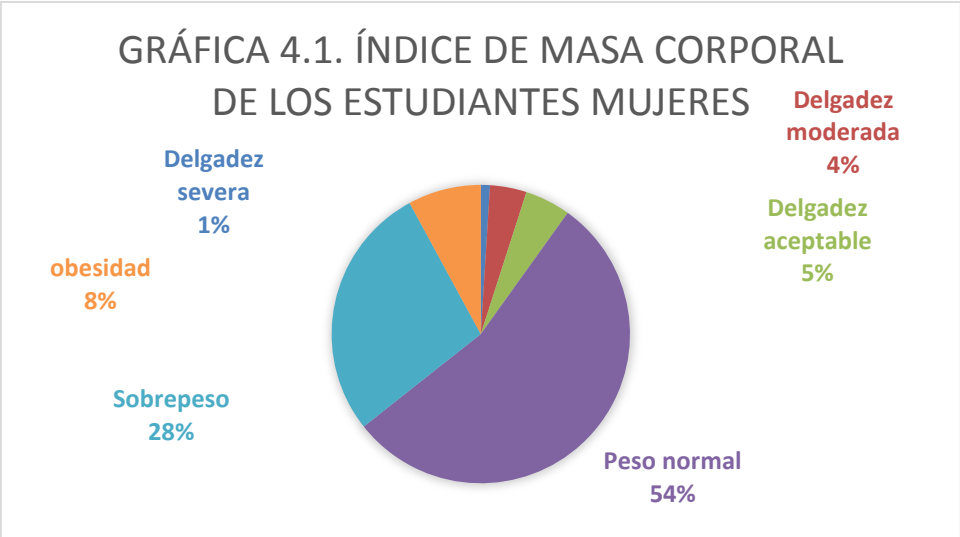
El 33% de la población pertenece a edad de 19 años, el 27% la edad de 18 años, el 19% la edad de 20 años, las edades de 21 y 22 años poseen respectivamente el 5%. Los 23 años el 6%, el 4% pertenece a los 24 años y con 1 % los estudiantes con 25 años.Índice de Masa Corporal

Tabla 4. índice de masa corporal de los estudiantes	sexo de estudiantes		Total	
	femenino	masculino		
Delgadez severa	1	0	1	1%
Delgadez moderada	4	0	4	3%
Delgadez aceptable	5	2	7	4%
Peso normal	55	34	89	56%
Sobrepeso	28	17	45	28%
obesidad	8	4	12	8%
Total	101	57	158	100%

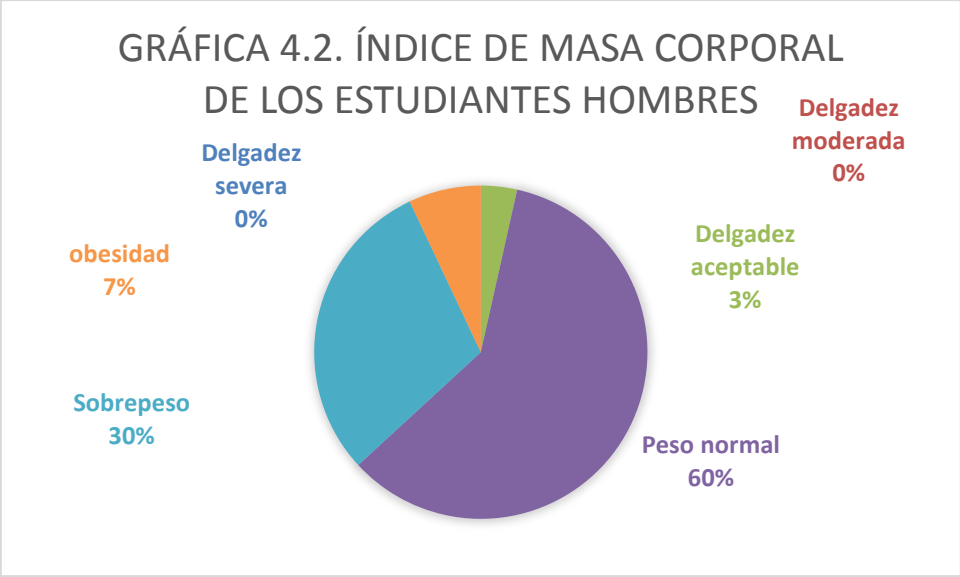


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 56% de los estudiantes se encuentran dentro de un peso normal, el 28% en sobrepeso, 8% en obesidad grado 1, 3% delgadez moderada y 1% delgadez severa.



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El porcentaje de los alumnos valorados en cada uno de los rangos del IMC, es un 56% dentro del peso normal, y el 28% de los alumnos se encuentran en sobrepeso, encontrando a un estudiante de sexo femenino en delgadez severa de acuerdo a la OMS.

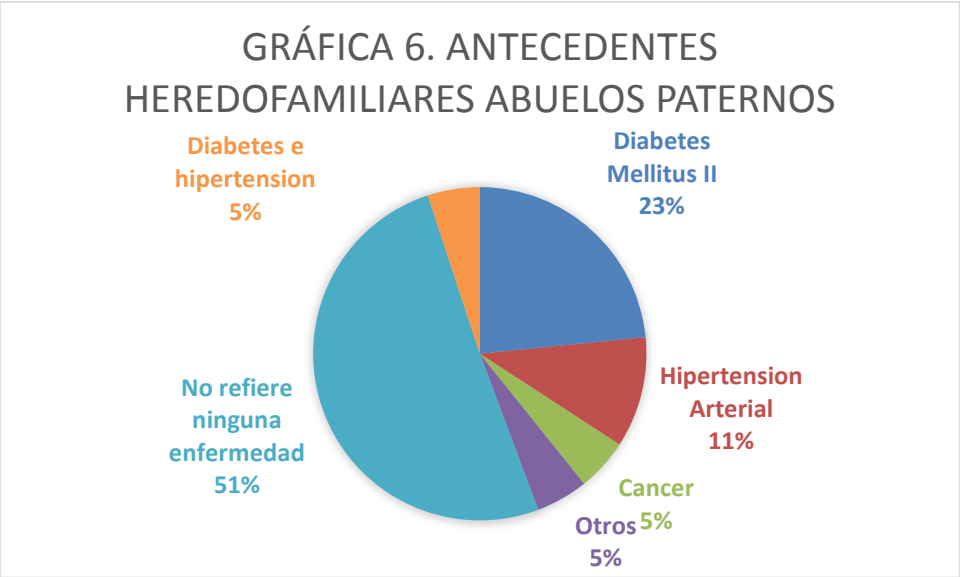
Comidas al día

Tabla 5. Número de comidas al día	sexo de los estudiantes		Total	
	femenino	masculino		
Realizan 2 comidas al día	54	31	85	54%
realizan 3 comidas al día	34	20	54	34%
Realizan más de 2 comidas al día	13	6	19	12%
Total	101	57	158	100%

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

De los estudiantes el 54% realizan 2 comidas al día únicamente, el 34% realizan 3 comidas y el 12% realizan más de tres comidas al día.

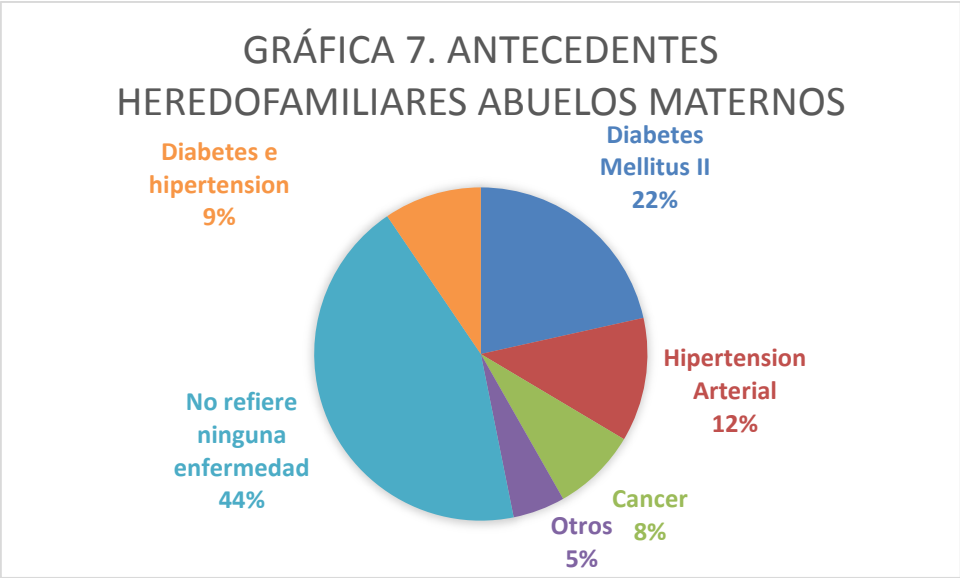
Tabla 6. Antecedentes heredofamiliares abuelos paternos	sexo de estudiantes		Total	
	femenino	masculino		Porcentaje total
Diabetes Mellitus II	22	15	37	23%
Hipertensión Arterial	14	3	17	11%
Cáncer	5	3	8	5%
Otros	5	3	8	5%
No refiere ninguna enfermedad	49	31	80	51%
Diabetes e hipertensión	6	2	8	5%
Total	101	57	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

En cuanto a los antecedentes heredo familiares en abuelos paternos el 51% del alumnado becado por PANI, refiere no tener antecedentes patológicos, mientras que el 23% de los alumnos refirieron tener como antecedente Diabetes Mellitus tipo ll, a su vez el 11% de los becados argumentaron tener antecedentes de hipertensión arterial, mientras tanto en un 5% de los Becarios refirieron tener antecedentes de cáncer.

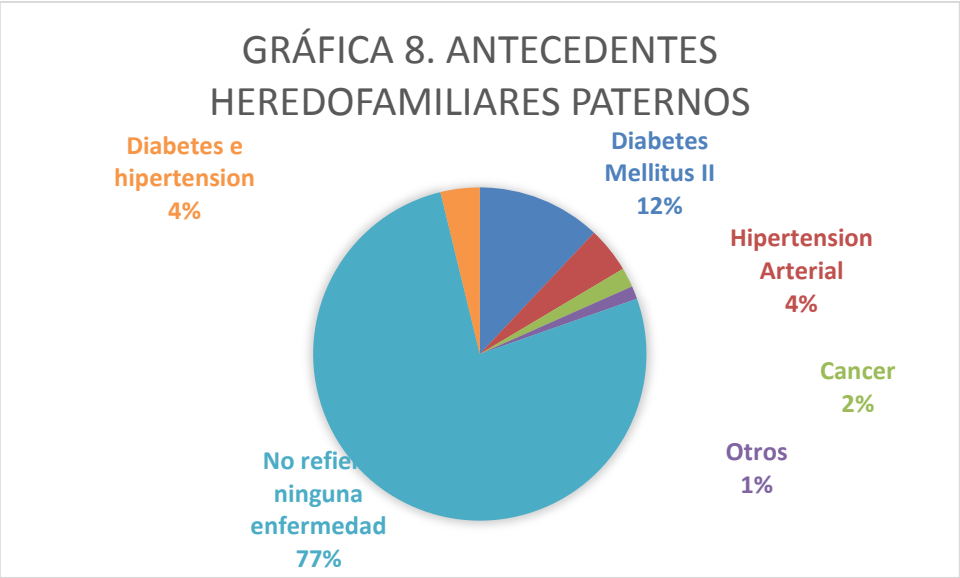
Tabla 7. Antecedentes heredofamiliares abuelos maternos	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje total
	femenino	masculino		
Diabetes Mellitus II	20	14	34	22%
Hipertensión Arterial	14	5	19	12%
Cáncer	7	6	13	8%
Otros	5	3	8	5%
No refiere ninguna enfermedad	41	28	69	44%
Diabetes e hipertensión	14	1	15	9%
Total	101	57	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

En el alumnado becado por PANI, el 44% refirió no tener ningún antecedente patológico, el 22% antecedentes de Diabetes Mellitus tipo ll, mientras que el 12% refirió tener antecedentes de hipertensión arterial, el 8 % refirió cáncer y el 5% otro tipo de enfermedad.

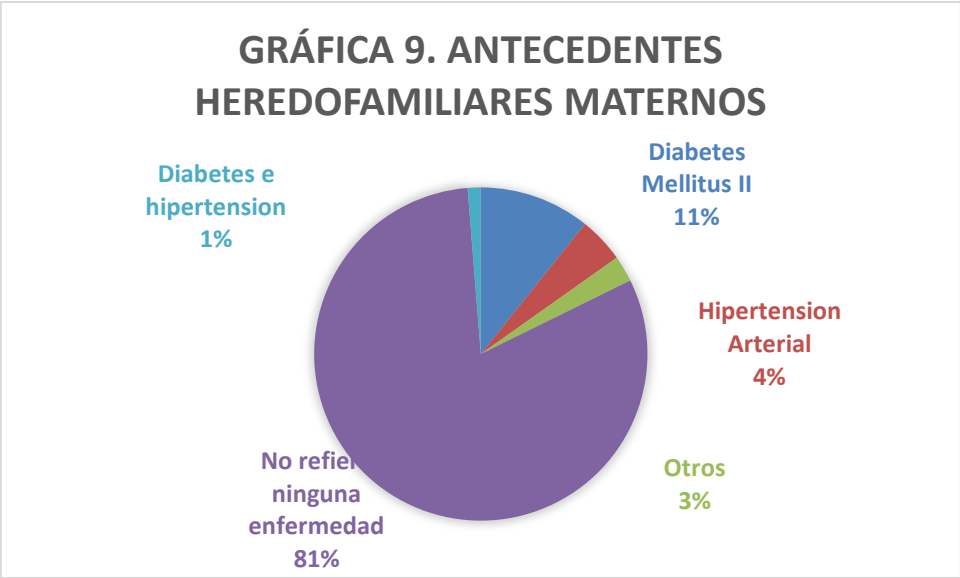
Tabla 8. Antecedentes heredofamiliares paternos	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje total
	femenino	masculino		
Diabetes Mellitus II	12	7	19	12%
Hipertensión Arterial	3	4	7	4%
Cáncer	2	1	3	2%
Otros	2	0	2	1%
No refiere ninguna enfermedad	77	44	121	77%
Diabetes e hipertensión	5	1	6	4%
Total	101	57	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Los antecedentes heredofamiliares paternos, el 77% del alumnado becado por PANI refieren no tener ningún antecedente patológico paterno, un 12% con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo ll y el 4% argumento tener antecedentes de hipertensión.

Tabla 9. Antecedentes heredofamiliares maternos	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje total
	femenino	masculino		
Diabetes Mellitus II	13	4	17	11%
Hipertensión Arterial	2	5	7	4%
Otros	3	1	4	3%
No refiere ninguna enfermedad	81	47	128	81%
Diabetes e hipertensión	2	0	2	1%
Total	101	57	158	100%

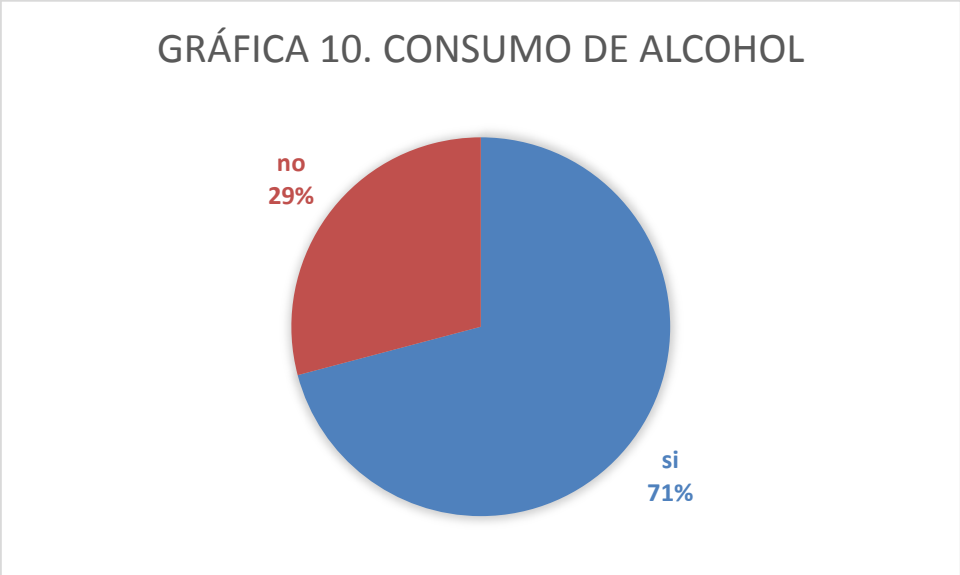


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 81% del alumnado becado por PANI refieren no tener ningún antecedente patológico paterno, un 11% con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo ll y el 4% antecedentes de hipertensión.

Toxicomanías

Tabla 10. Consumo de alcohol	sexo de estudiantes				Total	Porcentaje
	femenino	Porcentaje	masculino	Porcentaje		
Si	70	69%	42	74%	112	71%
No	31	31%	15	26%	46	29%
Total	101	100%	57	100%	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

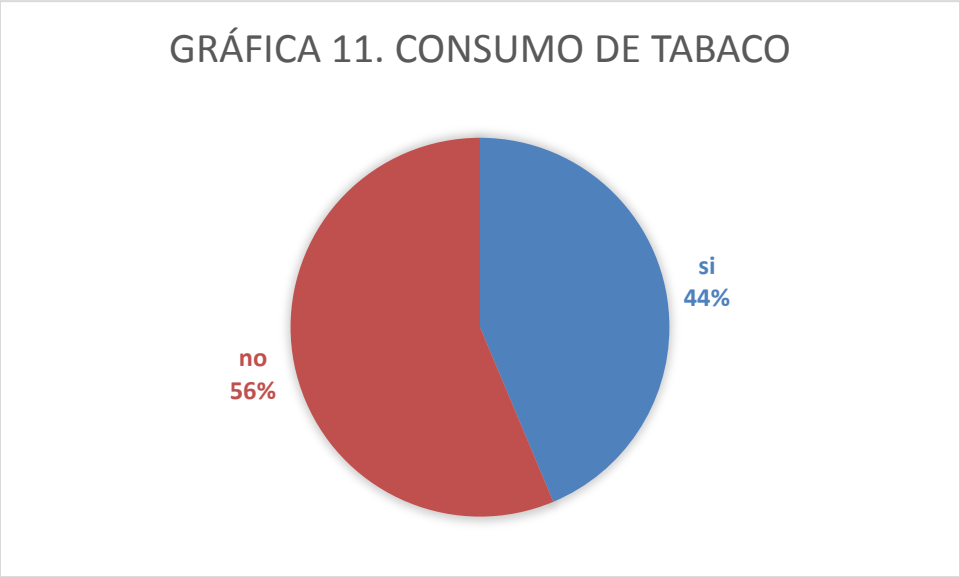
La prevalencia del alumnado becado por PANI que consumen alcohol, es un 71% si lo consume mientras que el 29% menciono no consumir ningún tipo de bebida alcohólica.

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

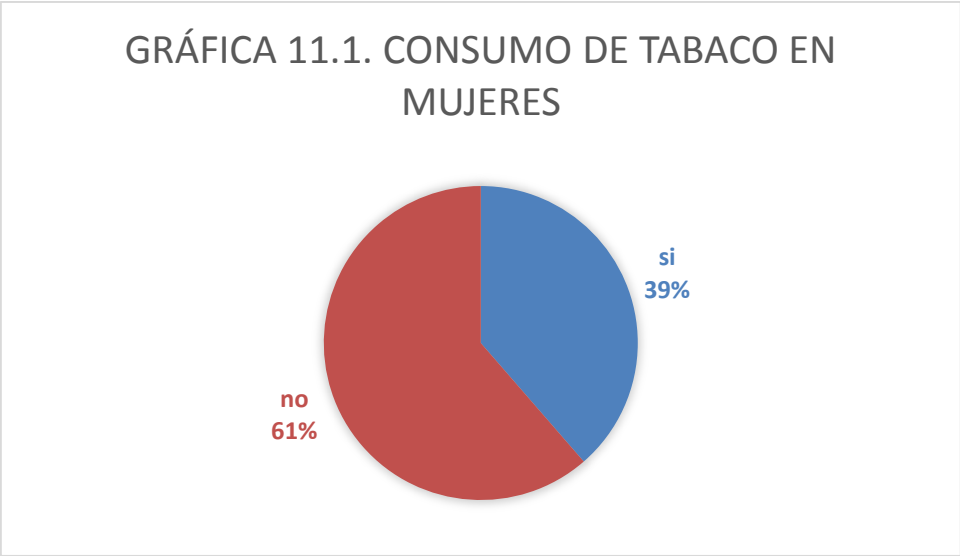
Los hombres son los que consumen más el alcohol teniendo como porcentaje el 74%, mientras que en las alumnas el 69% consume esta sustancia.

Tabla 11. Consumo de tabaco	sexo de estudiantes					
	femenino	porcentaje	masculino	porcentaje	Total	porcentaje
si	39	39%	30	53%	69	44%
no	62	61%	27	47%	89	56%
Total	101		57		158	100%

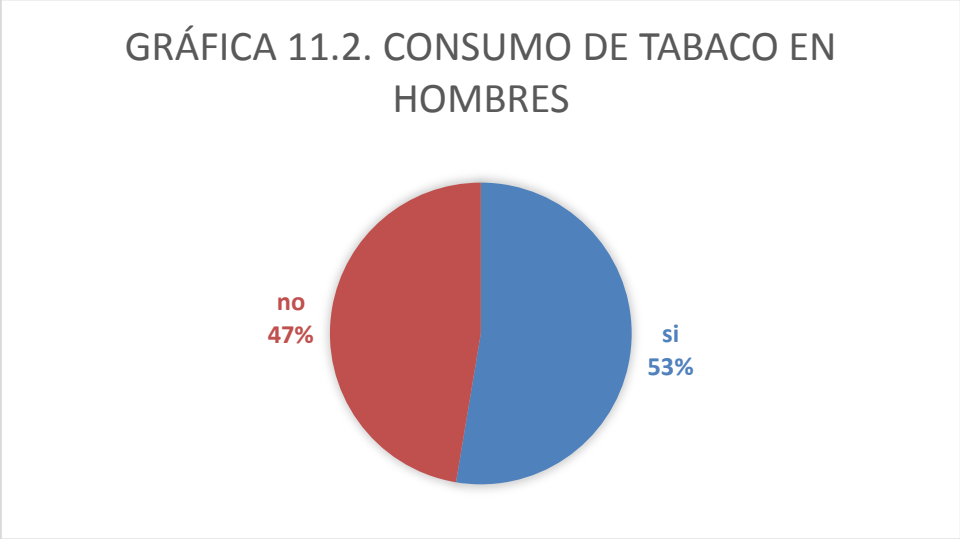


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Lla población estudiantil valorada un 56% menciona no consumir tabaco durante el día, sin embargo un 44% si lo hace ocasionalmente.



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

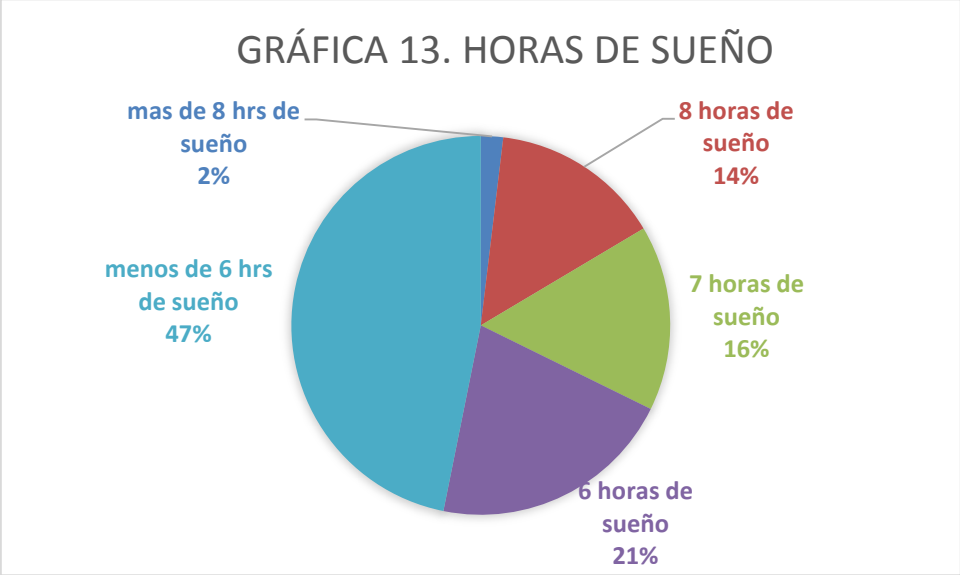


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Gráfica 11.1 y 11.2. Mediante estas gráficas se puede determinar que un 53% de la población masculina valorada consume el tabaco ocasionalmente, mientras que las estudiantes solo el 39 % refieren hacerlo.

Horas de sueño

Tabla 13. Horas de sueño	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje
	femenino	masculino		
más de 8 horas de sueño	3	0	3	2%
8 horas de sueño	12	11	23	14%
7 horas de sueño	15	10	25	16%
6 horas de sueño	21	12	33	21%
5 o menos horas de sueño	50	24	74	47%
Total	101	57	158	100%

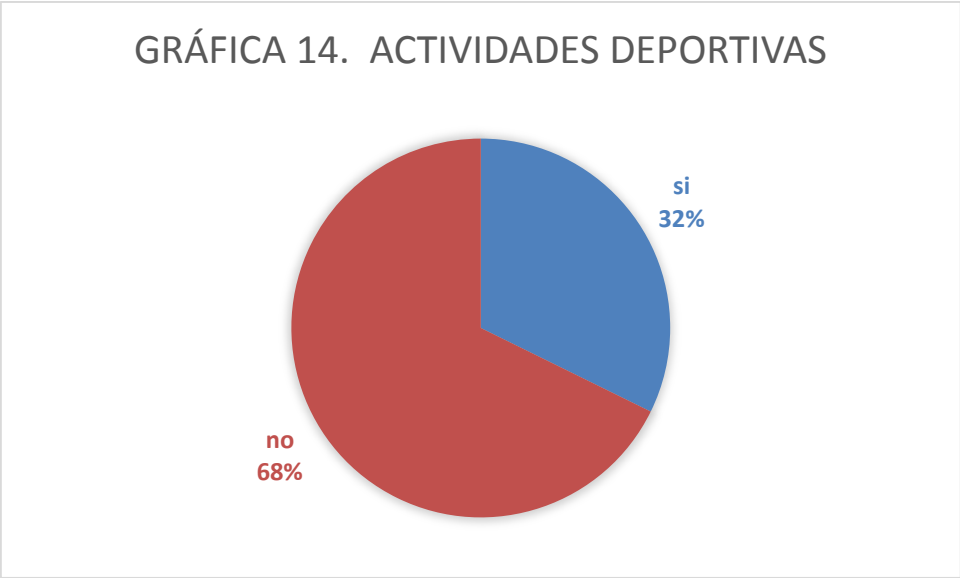


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 47% de los alumnos valorados duermen menos de 5 horas al día y el 21% duerme 6 horas, siendo solo el 14% los que duermen 8 horas al día, el 2 % duerme 8 horas por día y el 16% duerme 6 horas al día.

Actividad deportiva

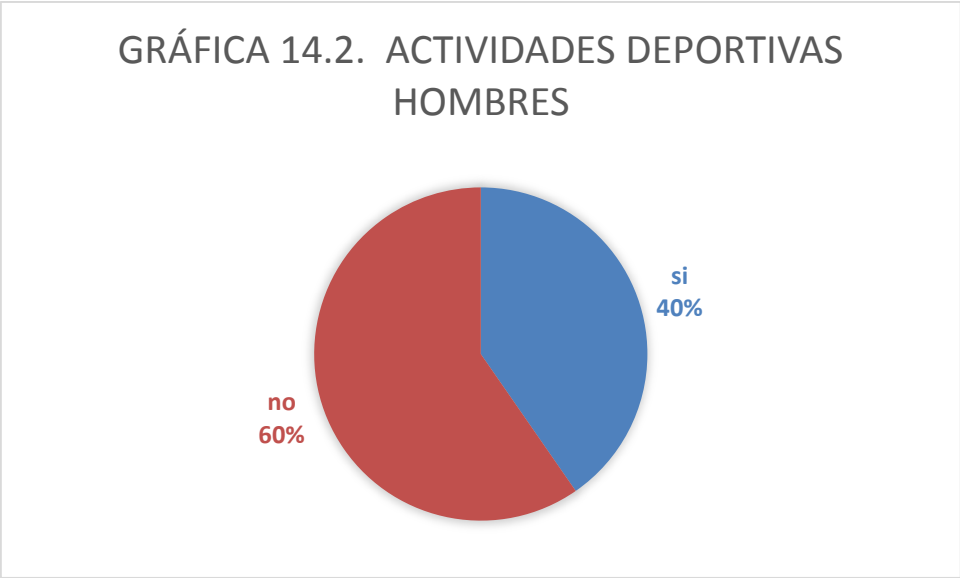
Tabla 14. actividades deportivas	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje
	femenino	masculino		
si	28	23	51	32%
no	73	34	107	68%
Total	101	57	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 68% de los alumnos no realizan ningún tipo de actividad física durante su tiempo libre, mientras que un porcentaje mínimo de 32% menciono hacer actividad física o deportiva.

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

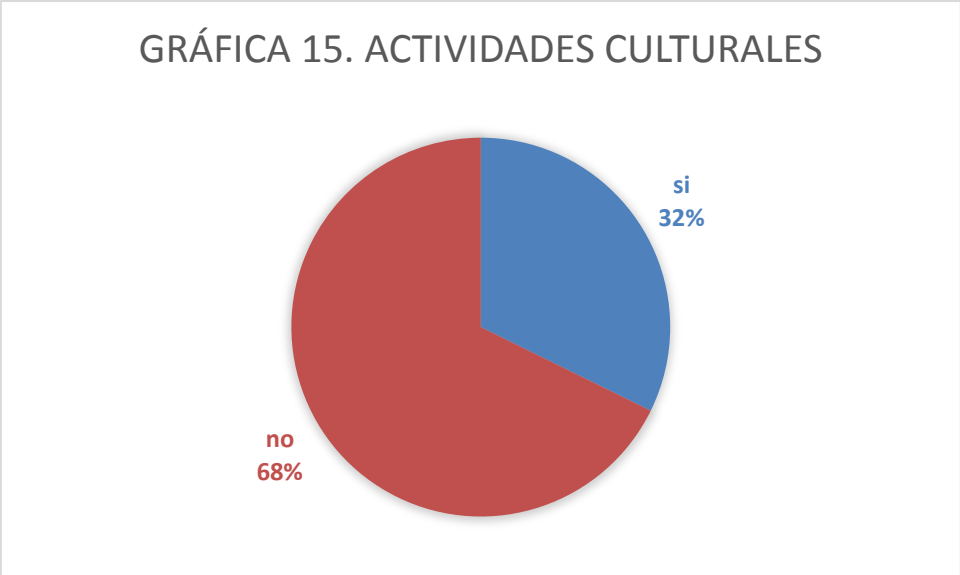


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Un 40%, de hombres llevan a cabo actividades deportivas, el 28% de mujeres realizan este tipo de actividades.

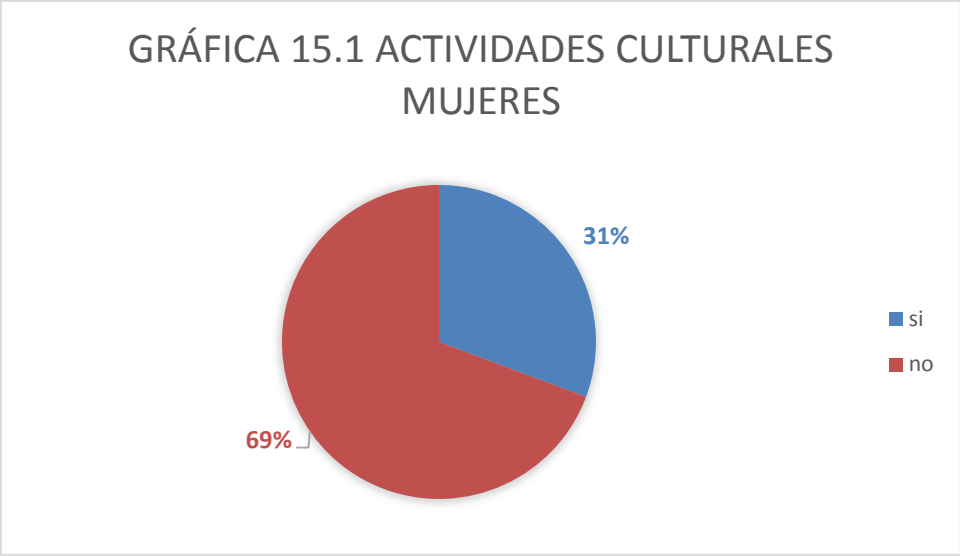
Actividad cultural

Tabla 15. actividades culturales	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje
	femenino	masculino		
si	31	20	51	32%
no	70	37	107	68%
Total	101	57	158	100%

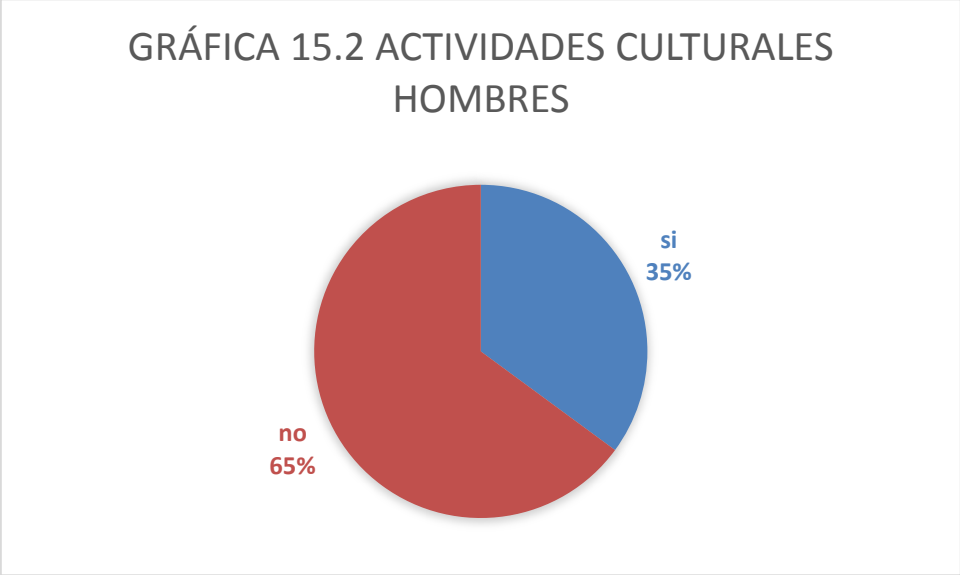


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Los resultados muestran que el 68% de los estudiantes no llevan a cabo actividades culturales de ningún tipo y el 32% que si lo hace, lleva a cabo actividades relacionados con tocar algún instrumento musical, la danza y disfrutar de la cinematografía y el teatro.



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

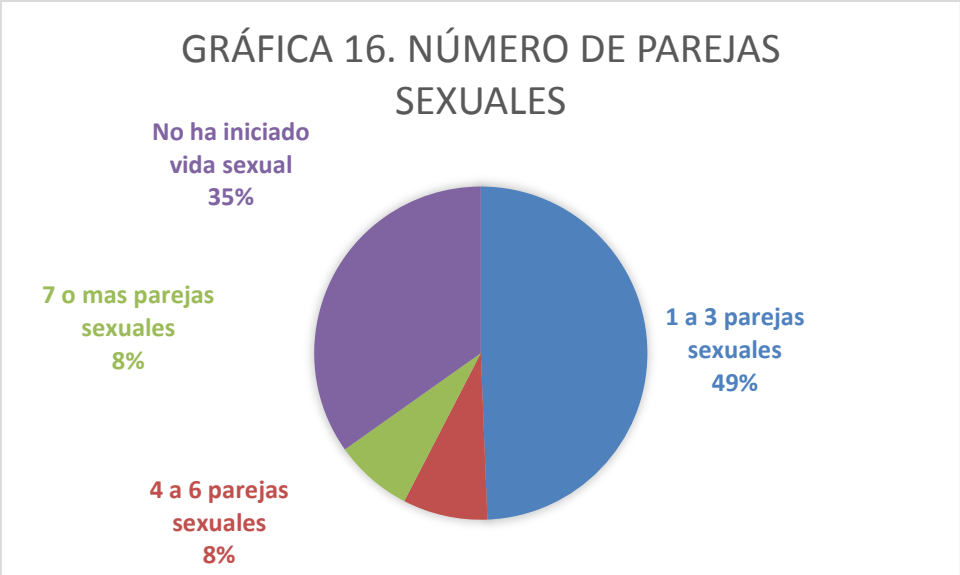


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 69% y 65% respectivamente de estas poblaciones, refirieron no llevar actividades culturales, el 31% mujeres, y 35% de los alumnos becados realizan actividad cultural durante su tiempo libre

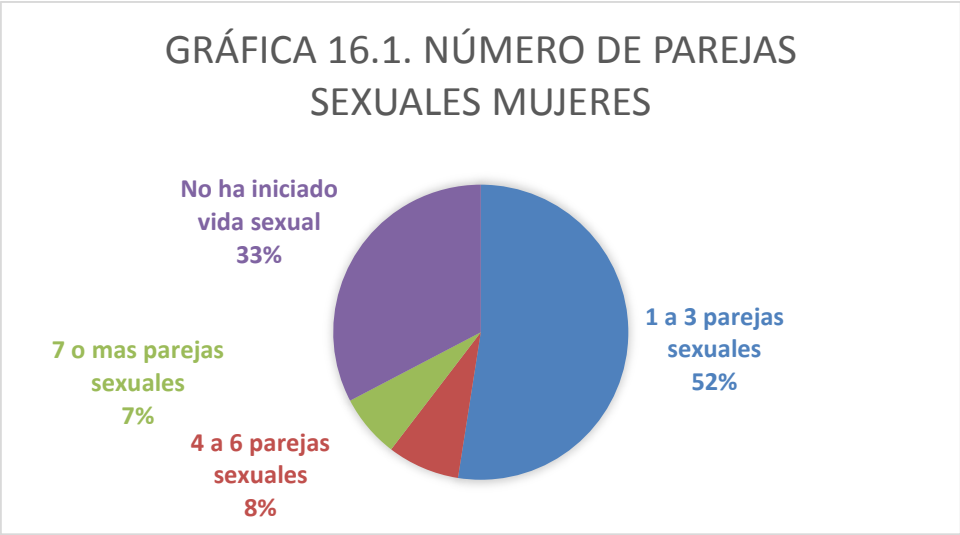
Salud sexual y reproductiva

Tabla 16. Número de parejas sexuales	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje
	femenino	masculino		
1 a 3 parejas sexuales	53	25	78	49%
4 a 6 parejas sexuales	8	5	13	8%
7 o más parejas sexuales	7	5	12	8%
No ha iniciado vida sexual	33	22	55	32%
Total	101	57	158	100%



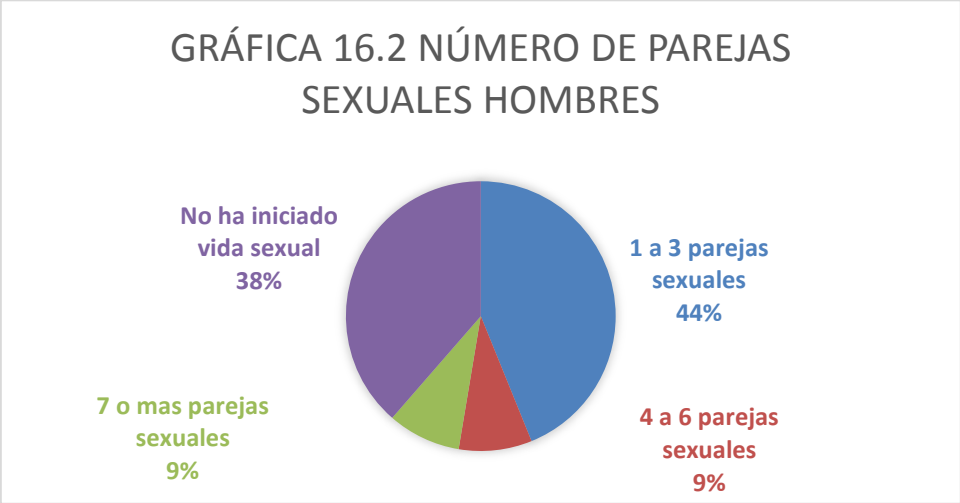
Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 49% del alumnado refirió tener de 1 a 3 parejas sexuales, el 8% refiere tener de 4 a 6 parejas sexuales, el 8% refiere tener 7 o más parejas sexuales; y un 35% refiere no haber iniciado vida sexual.



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el programa de apoyo nutricional Iztacala en el periodo 2014

observamos que el 52% de las mujeres becarias PANI refieren haber tenido de 1 a 3 parejas sexuales, un 33% no han iniciado vida sexual, 8% refieren haber tenido de 6 a 4 parejas sexuales y 7% argumenta tener 7 o más parejas sexuales.

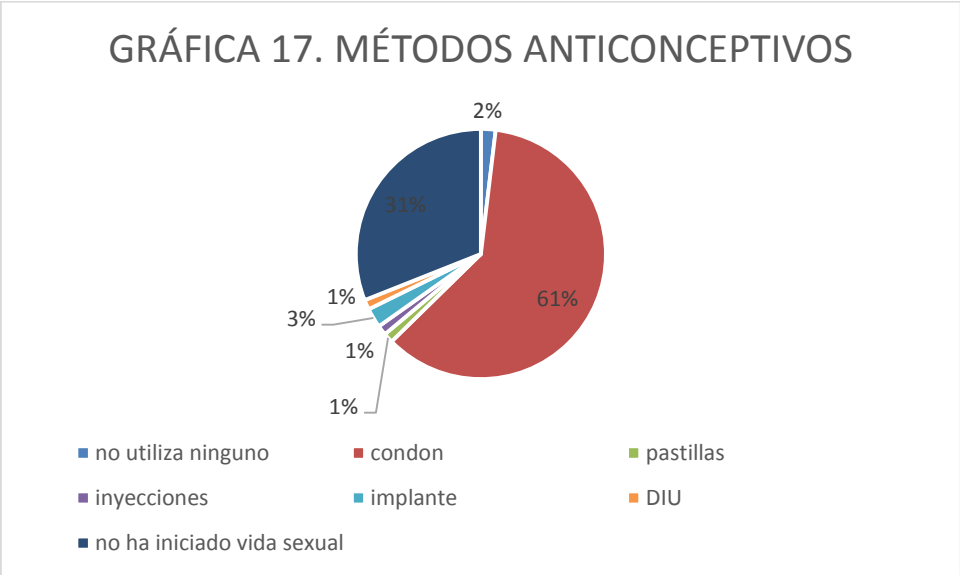


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Indicamos que el 44% de los hombres becarios PANI refieren haber tenido de 1 a 3 parejas sexuales, un 38% no han iniciado vida sexual, 9% refieren haber tenido de 6 a 4 parejas sexuales y 9% argumenta tener 7 o más parejas sexuales.

Método anticonceptivo

Tabla 17. método anticonceptivo que han iniciado vida sexual	sexo de estudiantes		Total	Porcentaje
	femenino	masculino		
no utiliza ninguno	2	1	3	2%
condón	55	41	96	61%
pastillas	2	0	2	1%
inyecciones	2	0	2	1%
implante	4	0	4	3%
DIU	2	0	2	1%
no ha iniciado vida sexual	34	15	49	31%
Total	101	57	158	100%

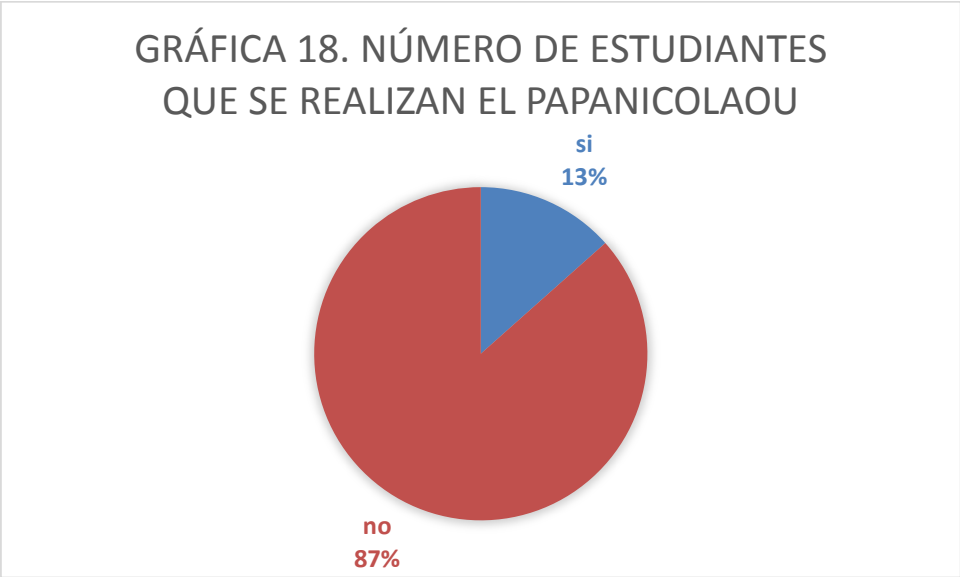


Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Uno de los métodos anticonceptivos y de protección más usados por los estudiantes es el preservativo o condón con un 61%, seguido por el implante subdérmico con un 3% y en menor cantidad con 1% el uso de pastillas hormonales y el dispositivo intra uterino (DIU).

Papanicolaou

Tabla 18. número de estudiantes que se realizan el Papanicolaou	Total	%
si	9	13%
no	58	87%
Total	67	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 87% de mujeres refieren no realizarse el Papanicolaou, siendo esto un serio problema en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Autoexploración de mama

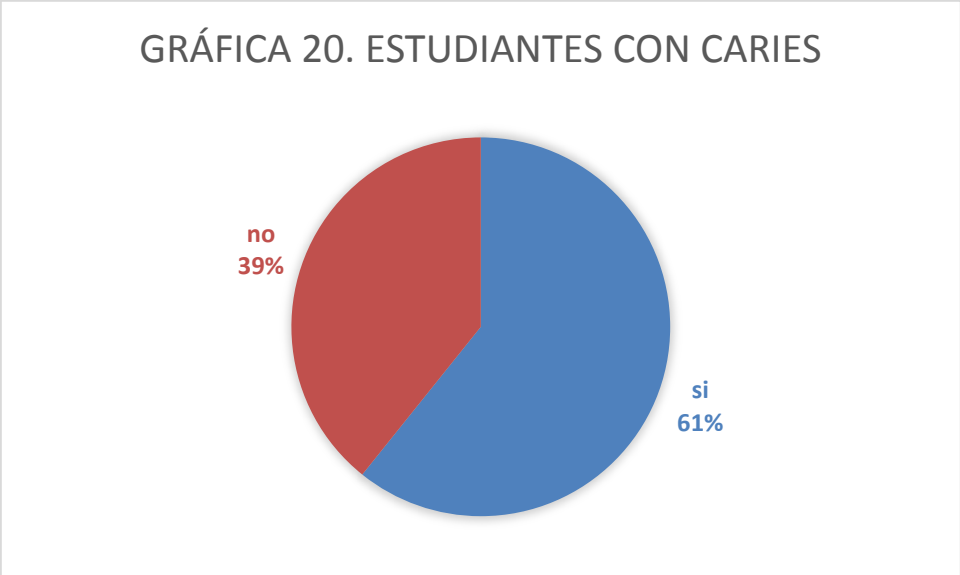
Tabla 19. número de estudiantes que realizan exploración de mama	Total	%
si	40	40%
no	61	60%
Total	101	100%

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 60% de la población femenina refiere que no realiza la técnica de la autoexploración mamaria debido a que no conocen esta técnica, mientras que el 40% de las que si lo realizan mencionan que su técnica no es la adecuada y la correcta.

Higiene Bucal

Tabla 20. número de estudiantes con caries	sexo de estudiantes			
	femenino	masculino	Total	%
si	61	35	96	61%
no	40	22	62	39%
Total	101	57	158	100%



Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 61% de los estudiantes valorados se detectó la presencia de caries en piezas dentales y el 39% de ellos, no presento ningún tipo de problema**.**

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

Fuente: Historia clínica aplicada a alumnos inscritos en el Programa de Apoyo Nutricional Iztacala en el periodo 2014

El 61% de los hombres que se valoraron presentaron caries en piezas dentales, principalmente en premolares y molares, así mismo en la población femenina representando el 60%, que no representa gran diferencia entre sexos.

Análisis de los resultados

Con base a los resultados notamos que la beca de apoyo nutricional, tuvo mayor demanda en estudiantes de la carrera de biología, después la carrera de medicina y en último lugar la carrera de optometría, teniendo una media de edad de 19.75 años con una moda y mediana de 19 años, siendo de mayor prevalencia el sexo femenino. Actualmente los estudiantes debido a las conductas pocos saludables que llevan durante esta etapa,

su calidad de vida se ve alterada por la falta de organización en sus actividades académicas, las cuales absorben la mayor parte de su disponibilidad de tiempo, esto a su vez repercute en el estado de salud, como podemos observar en los resultados de esta investigación, observando que el sobrepeso es una alteración en estudiantes valorados, esto debido a sus hábitos alimenticios, porque la gran mayoría no realiza una alimentación adecuada, no tienen horarios establecidos para estas mismas, omitiendo principalmente el desayuno, y este es considerado la comida más importante del día.
A su vez la falta de actividades, deportivas y culturales en la gran parte de la población estudiantil valorada, son también un factor de riesgo para su desequilibrio emocional, físico, psicológico y biológico, a lo cual en muchas ocasiones la rutina y la vida sedentaria que llevan en su desarrollo académico y personal, absorbe la mayor cantidad de su tiempo, además la falta de organización de sus actividades, no les permite implementar actividades culturales, y deportivas dentro de la facultad ya que al realizar estas actividades podría ayudar a minimizar la carga de estrés y presión que llegan a tener los estudiantes. Otros resultados importantes de esta investigación son los relacionados con las toxicomanías siendo los datos de mayor relevancia los relacionados con el consumo de drogas legales como lo son el tabaco y el alcohol siendo con un mayor porcentaje de consumo este último, esto es de gran preocupación para el personal de salud debido a que estos malos hábitos son un determinante para el desarrollo de muchas enfermedades crónico degenerativas en un futuro.
En el apartado de salud sexual y reproductiva de la población valorada la mayoría ha iniciado vida sexual utilizando como principal método anticonceptivo el condón; en cuanto a la población femenina se encontró que las que han iniciado vida sexual no se realizan la prueba del papanicolau siendo un factor de riesgo para el cáncer cervicouterino, otro punto importante a tomar en cuenta en esta población es que en su mayor parte no realizan la autoexploración mamaria. Con base a estos problemas detectados nos damos cuenta que existe una gran necesidad de implementar programas de prevención y promoción a la salud en este tipo de población, ya que con estas acciones hay posibilidad de modificar los estilos de vida de los jóvenes para que estos gocen de una excelente calidad de vida.

Discusión

Esta investigación destaca las diferentes variantes que interfieren en el estado de salud de jóvenes universitarios, y así podemos mencionar que en este estudio encontramos a un grupo significativo dentro de los limites considerados como saludables en su mayoría, pero que aun así una proporción mínima muestra signos de alarma como sobrepeso, obesidad, actividad deportiva deficiente, adicciones en el consumo de alcohol, tabaco, son factores de riesgo potentes para el deterioro de la salud, también el sedentarismo que presentan los universitarios. Por tanto, es importante resaltar que es indispensable equilibrar el aspecto nutricional con la actividad física, para poder conservar un peso ideal o normal, además de que el realizar actividad física y cultural minimiza el estrés en el individuo y son aspectos que influyen en el estado emocional. Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado en estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valladolid en España **(Ledo Varela, T., 2011).**
Cabe destacar, que en esta investigación se utilizó la historia clínica como instrumento y tiene un apartado donde se interrogan los antecedentes heredofamiliares de estudiantes, y en otras investigaciones no aparece, sin embargo, es un indicador para la predisposición o aparición de enfermedades en el futuro. Teniendo como resultado que en la población estudiada un porcentaje mínimo tiene antecedentes de Diabetes Mellitus,

Hipertensión Arterial y Cáncer entre las enfermedades más comunes. Esto permite crear estrategias para fomentar estilos de vida saludable que disminuyan, la aparición de éstas. Además, según el sexo, las mujeres presentan un mayor número de participantes en este estudio, que el sexo masculino, lo cual parece ser congruente con algunos planteamientos y hallazgos empíricos de Lema Soto, Salazar Torres, Varela Arévalo, Tamayo Cardona, Rubio Sarria y Botero Polanco (2009), sobre la capacidad de la mujer para cuidar más de sí misma, una tarea que quizás corresponda con los roles de género asignados especialmente en la cultura. En este sentido, la evaluación subjetiva que realizan los hombres manifiestan una mayor satisfacción con su forma de vida, con lo cual podría pensarse que tienen un menor nivel de conciencia sobre las áreas o las prácticas problemáticas y el impacto que pueden tener (a mediano y largo plazo) en su salud. Adicionalmente, al analizar la relación entre las conductas y la satisfacción, se plantean aspectos motivacionales para el cambio, y proponer, a partir de allí, algunos puntos claves para el diseño de estrategias de prevención.

Por tanto, teniendo como punto de partida que los estilos de vida son ampliamente reconocidos como uno de los elementos determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida (Lema Soto et. At. 2009), además de ser la variable que se encuentra bajo el control de los individuos y son susceptibles de modificarse (Zapata, 2006), al menos en las dimensiones (ejercicio y actividad física, sexualidad, consumo de drogas, etc.) que lo requiera. Reconociendo el papel que desempeña el comportamiento como un determinante del estado de salud y como componente principal del estilo de vida (Julio Rodríguez Suárez y Esteban Agulló Tomás 2008), cabe resaltar que, por ejemplo, en la dimensión de tiempo de ocio se encontraron conductas orientadas al descanso, la relajación y la interacción con familiares, amigos y pareja, con lo cual se favorece no sólo la salud, sino la inclusión social (Rodríguez y Agulló, 1999; ONU, 2005).
Asimismo, jóvenes universitarios se encuentran en un periodo crítico en sus vidas, ya que tienden a disminuir su nivel de actividad física, aumentar de peso, y tienden a la práctica de hábitos poco saludables como son el realizar dos comidas al día, largos periodos de ayuno y el consumo desmedido de alimentos en un corto periodo de tiempo. La creciente información sobre conductas de la alimentación muestra que el practicar dietas inadecuadas y ayunos prolongados favorecen el riesgo, para obesidad y sobrepeso. Se considera que la detección temprana de conductas de riesgo alimentario, es indispensable para evitar trastornos de sobrepeso y obesidad, además del riesgo de padecer enfermedades crónicas en edad temprana. El tener información adecuada sobre patrones y conductas de alimentación, el hábito del ejercicio, la vigilancia del peso, ayudaría al estudiante a elegir opciones que le favorezcan el tener un estilo de vida saludable. El consumo de tabaco y alcohol es elevado en la población universitaria estudiada. Esto apunta que pese a las campañas publicitarias para evitar el consumo de tabaco y alcohol, los becados a pesar de tener conciencia de los daños, y posibles riesgos que conlleva estas prácticas dañinas, una gran parte de sujetos de la muestra consumen este tipo de drogas. Son relevantes las campañas de prevención enfocadas a este tipo de población joven y favorecer la inclusión de actividades deportivas continuas, artísticas y culturales que sustituyan el tiempo que dedican al ocio y adicciones por estilos de vida más saludables.

Los hallazgos de los estudios realizados en estudiantes de Ciencias de la Salud en el año 2001 (Méndez, P., 2003), muestran que las conductas adictivas están más asociadas al sexo masculino, sin embargo, la diferencia en la proporción y cantidad de consumo entre hombres y mujeres va desapareciendo), y que las prácticas de manejo familiar, como lo

son: el no platicar con los padres sobre las adiciones (Medina, M. 2003) y el consumo habitual de alcohol y tabaco dentro del hogar, facilitan y crean un ambiente permisivo que determina la cantidad y frecuencia en el consumo de alcohol y tabaco.

Bibliografía

Ávila, C., Shamah, L., Chávez, V., Galindo, G. (2004). *Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002(estrato socioeconómico bajo)* (pp. 141-2).Ciudad de México, México. Nutrición Clínica.

Kuri-Morales, P. A., Gonzáles-Roldán. J.F., Hoy, M.J., Cortés-Ramírez, M. (2006) *Epidemiología del Tabaquismo en México*. Salud Pública de México.

López, B. González de Cossio, M. Rodríguez, M. (2006). *Actividad Física en estudiantes universitarios: Prevalencia, características y tendencia* (pp.22-3:189-196). Ciudad de México, México. MedIntMex.

Medina, M.E., Villatoro, J., Fleiz, C., Cravioto, C. (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta Nacional de Adicciones 2002* (pp. 16-25). Ciudad de México, México. Salud Pública de México.

Méndez, P., Mauricio, J., López, M. (2004). *La drogadicción entre los estudiantes. Factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tlaxcala*. (pp. 16:10-11). Tlaxcala, México. Escenarios.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. y Sepúlveda-Amor, J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Mathers CD, Loncar D (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 3 (11): e442.

CDC (2010). U.S. Department of Health and Human Service. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, G: U.S. Department of Health and Human Service, Center for disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Healt Promotion, Office on Smoking Health, 2010.

Ledo, V (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n4/22_original_17.pdf

Paez, M., & Cataño, J (2009). Estilos de vida y salud en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales 2008. Recuperado de: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_9-2/8_estilos_de_vida_est_medici.pdf

Páez, M. (2012). Universidades saludables: los jóvenes y la salud.12 (2), 205-220.

Carrillo, L., & Amaya, R (2006). Estilos de vida saludables de las enfermeras (os) docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Biblioteca Las casas. 2 (2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0128.php

Instituto Nacional de Salud Pública de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT2012). Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

Organización Mundial de Salud.2012. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

Luz P. Martha, J. J. C. Castrillón (2010) Estilos De Vida Y Salud En Estudiantes De Medicina De La Universidad De Manizales, 9 (2), 151-161. Recuperado de: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/
Rodríguez S. Julio, E. A. Tomás (2009) Estilos De Vida, Cultura, Ocio Y Tiempo Libre De Los Estudiantes Universitarios, 11 (2), 7-14. Recuperado de: http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7515/7379
Lema S. Luisa, C. S. Torres, (2009) Comportamiento Y Salud De Los Jóvenes Universitarios: Satisfacción Con El Estilo De Vida 2 (12), 77-80. Recuperado de:http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/

ASOCIACION DE VIOLENCIA DE PAREJA CON DISFUNCIÓN EN LA FAMILIA DE ORIGEN DURANTE EL NOVIAZGO

Dra. Carolina Gutiérrez Gómez
Dra. Hosanna Castro Castañeda
Dr. Rafael Rodríguez Castellanos

RESUMEN

Objetivo. Determinar la asociación de la violencia de pareja en el noviazgo en el joven con disfunción en la familia de origen.

Metodología. Mediante una encuesta transversal analítica, Se aplicó a los Derechohabientes Universitarios, entre 19 y 24 años de edad con antecedentes de relación de noviazgo de por lo menos 2 meses de evolución y que acudieron a Consulta Externa, se recolectaron variables sociodemográficas, el cuestionario violencia en el noviazgo de la versión modificada del Conflict Tactis Scale que tiene una confiabilidad Alpha de 0.65 – 0.70 y el APGAR para conocer la funcionalidad familiar; con confiabilidad Alpha mayor a 0.80, con una muestra probabilística de 194 y muestreo por conveniencia y analizados con Chi cuadrada, OR e IC 95% y significancia de p<0.05.

Resultados. Se realizaron 194 encuestas y se eliminaron dos por incompletas; con edad de 22 ± 2 años, evolución del noviazgo de 19 meses promedio. Los dominios que respondieron en familias disfuncionales fue: argumentación 71%

(22) con OR de 2 (IC 95% 0.88 – 4.67) y p < 0.93; con violencia verbal/ psicológica 84% (26) con OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y p < 0.005, de la conducta del novio

(a) fue: con violencia verbal/psicológica 84% (26) OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y p

< 0.000. El 16% manifestó disfunción familiar y el 84% no mostró una violencia de los padres de la familia de origen.

Conclusión. Encontramos que existe asociación de la violencia de pareja con la disfunción familiar, en violencia psicológica y violencia física leve la violencia de pareja con disfunción familiar en violencia psicológica y violencia física leve.

Palabras claves. Violencia de pareja-Disfunción familiar-Cuestionario M-CTS

ABSTRACT

Target. To determine the association of partner violence in dating in dysfunction young family of origin.

Methodology. Using an analytical cross-sectional survey, was applied to the Beneficiaries University, between 19 and 24 years old with a history of dating relationship of at least 2 months old and attending outpatient, sociodemographic variables were collected, the questionnaire was applied of dating violence Conflict Tactis Scale modified version with Alpha reliability than 0.65 – 0.70, the APGAR for family functioning, with Alpha reliability greater than 0.80, with a probability sample of 194 and convenience sampling and analyzed with Chi square, OR and 95% CI and significance of p <0.05.

Results. 194 surveys were conducted and were eliminated two incomplete, with age 22 ± 2 years, evolution of courtship of 19 months on average. Domains that dysfunctional families responded was: argument 71% (22) 2 OR (95% CI 0.88 -

4.67) p <0.93, with verbal / psychological 84% (26) with an OR of 5.6 (95% 2 - 15.5) p <0.005, for the conduct of the groom (a) was, violently verbal / psychological 84% (26) OR of 5.6 (95% 2 - 15.5) p <0.000. The 16% said family dysfunction and 84% showed no violence from the parents of the family of origin.

Conclusion. It was found partner violence associated with family dysfunction psychological and minor physical violence.

Keywords. Partner violence-family Dysfunction Questionnaire M-CTS

ANTECEDENTES

Al ser la familia uno de los agentes de la reproducción social es también uno de los principales generadores de conductas interpersonales a nivel social entre sus miembros. Y la calidad de aprendizaje que se dé en este ámbito va a repercutir en las futuras generaciones familiares ya sea de manera positiva o negativa. Frecuentemente, los maridos agresores han experimentado en su familia de origen, como víctimas o testigos, este tipo de modalidades vinculares. Este desplazamiento aprendido se denomina "transmisión generacional"[1,2] La violencia de la pareja ha traspasado las fronteras de lo privado para caer en lo público y con esto poder estudiar y enfocar más el problema, donde uno de los responsables es el Médico Familiar por ser el de primer contacto con la familia; desde esta perspectiva, la violencia de la pareja ocasiona daño psicológico y físico además de que dejara secuelas y desarrollaran una mala calidad de vida [3,4]

Algunas encuestas señalan la presencia de violencia de pareja hasta en un 70% a nivel internacional; siendo la principal víctima la mujer; otros en nuestro país señalan desde un 15% de los jóvenes mexicanos entre 15 y 24 años que han sufrido de violencia sobre todo física [5, 6]

Así, desde la década de los setentas, se inició una serie de investigaciones de incidencia en la pareja, que se observó como punto de partida su inicio en la etapa previa a la vida matrimonial e invitando a explorar la realidad prematrimonial en jóvenes [7]Con ello se ha observado la asociación de que en la familia de origen de la joven pareja con violencia, una modalidad relacional cercenadora de la autonomía, ya que los miembros de su familia interactúan rígidamente, esto es

solo en términos de funciones con relación a otro y sin posibilidad de recortar su propia identidad. De manera que son e interactúan como el sistema les impuso ser y permanecen inmovilizados en sus lugares. [8,] se puede considerar que existen en cada pareja dos realidades emocionales: la que es producto de la historia de aprendizaje del varón y la que es propia de la mujer. Las diferencias entre ambas perspectivas será el termómetro que marcará los posibles conflictos en la relación de pareja, derivados de las diferentes conceptualizaciones o significados psicológicos que cada integrante pueda tener de las experiencias vividas. Las diferentes maneras de interpretar el entorno por parte de cada integrante de una pareja y actuar en consecuencia tienen relación con los estilos de crianza

a los cuales fueron sometidos, ya sea mediante una férrea disciplina o una comprensión empática, indiferencia o cariño, y ambos pueden tener profundas consecuencias en su vida emocional y, por consiguiente, en sus relaciones posteriores[9]

Por otra parte se define como familia sana o funcional aquella que desempeña adecuadamente sus funciones ante la dinámica de cambios y disfuncional aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno. Este equilibrio puede alterarse ante crisis para-normativas como, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican su dinámica, donde la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para

alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar[10-11]

Chui y Menesini, mencionaron que se considera un factor de riesgo asociado a la violencia el tener un solo progenitor en la familia, ya que, desde su perspectiva, ésta no favorece el adecuado reforzamiento de la autoestima ni la adaptación interpersonal y que además no logren reforzar los valores, disciplinas y normas en la familia.[12-13]

Para lograr valorar la funcionalidad familiar se creó un cuestionario que valora cinco componentes para que la función familiar pudiera ser medida y son: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Que se valoran a través de cinco preguntas mediante el cuestionario denominado APGAR FAMILIAR, se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar, con una confiabilidad

ALPHA de 0.80 [14-15]

Por otra parte, la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS), realizada originalmente por Strauss en 1979, es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la detección de comportamientos violentos de carácter verbal y físico en las relaciones de noviazgo en jóvenes y adolescentes, y con una confiabilidad de 0.65 a 0.70 en un análisis multifactorial confirmatorio; los resultados obtenidos en estudios avalan el uso del M-CTS como un instrumento de auto-informe especialmente útil en la investigación del uso de la violencia en las relaciones de noviazgo y pareja, tanto en aquel miembro que usa la agresión como de aquel otro que la recibe[16-17]

MATERIAL Y METODOS

Se aplicó una encuesta transversal a los Derechohabientes Universitarios entre 19 y 24 años de edad con antecedentes de relación de noviazgo de por lo menos 2 meses de evolución y que acudieron a Consulta Externa de la UMF 61 del IMSS ubicada en la ciudad de Veracruz, Ver. Previa aprobación de la investigación por el Comité de Salud en la UMF 61 de Veracruz, Ver.

Con inclusión de Derechohabientes que cursaran en la Universidad que acudían a la UMF 61 a Consulta Externa; que presentaran una relación de noviazgo igual o mayor a dos meses, edad de 19 a 24 años y que pertenecieran a un núcleo familiar. De exclusión que tuvieran hijos, o que se hallaran casados o en unión libre. De eliminación los cuestionarios incompletos.

Y previa firma de consentimiento informado de los participantes (Anexo 1), se inició con la recolección de las variables socio demográficas (Anexo 2), de ahí la violencia en el noviazgo de la versión modificada del Conflict Tactis Scale (MCTS) (Anexo 3) y el APGAR para conocer la funcionalidad familiar (Anexo 4), previa explicación, así, se les invitó a participar en las entrevistas con los cuestionarios auto administrados; ambos con validación de consenso y de confiabilidad aceptable, y que consistieron en lo siguiente:

El cuestionario Conflict Tactis Scale que presenta una confiabilidad Alpha de 0.65 a 0.70; consta de 18 ítems bidireccionales para el agresor y para la víctima con formato de respuesta tipo Likert, cuya estructura factorial y propiedades psicométricas ha sido demostrada en diversas muestras clínicas, comunitarias y de estudiantes universitarios. Consiste en los siguientes ítems:

a) Razonamiento/argumentación; ítems: 1, 2, 3.
b) Agresión verbal/psicológica; 4, 5, 6, 7, 8.
c) Agresión física leve; ítems: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
d) Agresión física severa; ítems: 16, 17, 18. (Validación, 19).

Se hizo un punto de corte para definir con violencia o sin violencia de la pareja, de acuerdo a la confiabilidad de los datos previa prueba Alpha. Así, se formaron dos grupos en los sujetos con disfunción familiar para buscar asociaciones con la Violencia de pareja, en los dominios del cuestionario de: Argumentación, Agresión Verbal/psicológica, Agresión física/leve y Agresión física grave; donde se obtuvo dos grupos de respuestas: el que respondió y su pareja.

El APGAR familiar es un cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación; consto de 5 preguntas que se correspondían con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutiva, cuya interpretación es:

Normo funcionales de 7 - 10 puntos.
Disfunción leve de 4 - 6 puntos. Disfunción grave de 0 - 3 puntos.

Se formaran dos grupos de comparación uno con violencia en el noviazgo y otro sin violencia en el noviazgo para comparar su dinámica familiar; la cual se transformó en dicotómica para la búsqueda de asociaciones.

El muestreo fue determinado de manera no probabilístico, tomando sujeto de estudio conforme llegaban a la consulta externa de ambos turnos. La muestra se calculó en base a estudio transversal y calculado con el programa Epi-Info que fue de 194.

El análisis estadístico se obtuvo mediante frecuencias con números absolutos y relativos para variables categóricas; medias y desviación de estándar, análisis inferencial para la búsqueda de asociaciones mediante Chi cuadrada con corrección de Yates y OR en variables nominales con una estimación del IC al 95% de $p< 0.05$.

RESULTADOS

Se realizaron 194 encuestas de las cuales se eliminaron 2 por estar incompletas y de ahí la edad media de los pacientes de estudio fue de 22 ± 2 años, con una evolución del noviazgo de 19 meses promedio. En cuanto al género se mostró que el femenino con 62% (119), la escolaridad que cursaba fue de 57% (110) del quinto grado de licenciatura; la escolaridad de los padres se observó del 32% (62) que cursaban con licenciatura. Las demás características de la formación del estudio se muestra en el cuadro 1.

La familia de la población del estudio fueron de tipo nuclear 87% (168); los padres separados fueron 29% (55) y madre soltera fue 14% (26). Las demás características se observan el cuadro 2.

Con respecto a la evaluación de la violencia en la pareja en relación a la funcionalidad familiar de origen según el cuestionario M-CTS que presento una confiabilidad alta de 0.908 y de 0.900, como mínimo en todos sus ITEMS, se mostró en los dominios del que responde en familias disfuncionales la argumentación con 71% (22) con OR de 2 (IC 95% 0.88 – 4.67) y

p < 0.93; la violencia verbal – psicológica: con violencia fueron 84% (26) con OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y p < 0.005, el resto de los dominios se observa en el cuadro 3.

Así mismo con respecto a la violencia en la pareja en relación a disfunción familiar de la familia de origen de la conducta del novio (a) fue: en la violencia verbal – psicológica 84% (26) con violencia y un OR de 5.6 (IC 95% 2 – 15.5) y p < 0.000,

la violencia física leve se presentó en 62% (19) con OR de 2.2 (IC 95% 1.0 – 3.5) y

p < 0.037.

En la gráfica 1 se observa que de los encuestados el 16% manifestó disfunción familiar y en la gráfica 2 se puede observar que el 84% no mostró una violencia de los padres de la familia de origen.

CUADRO I

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DEL ESTUDIO n= 192

CARACTERISTICAS	FRECUENCIAS
SEXO MASCULINO	38% (73)
FEMENINO	62% (119)
ESCOLARIDAD QUE CURSAN EN LA LICENCIATURA PRIMERO	4% (7)
SEGUNDO	7% (14)
TERCERO	22% (42)
CUARTO	10% (19)
QUINTO	57% (110)
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES PRIMARIA	13% (25)
SECUNDARIA	22% (42)
PREPARATORIA	22% (42)
LICENCIATURA	32% (62)
POSGRADO	11% (21)

CUADRO II

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA DE LA POBLACION DEL ESTUDIO n= 192

CARACTERISTICAS	FRECUENCIAS	P*
TIPO DE FAMILIA		
NUCLEAR	87% (168)	
EXTENSA	8% (15)	
RECONSTRUIDA	5% (9)	
PADRES SEPARADOS		
SI	29% (55)	<0.008
NO	71% (137)	
MADRE SOLTERA		
SI	14% (26)	<0.646
NO	86% (166)	

***Chi cuadrada con corrección de Yates en relación con la disfunción familiar**

CUADRO III

DOMINIOS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA EN RELACION A LA DISFUNCION DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA CONDUCTA DEL QUE RESPONDE n= 31

DOMINIOS	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA	OR (IC 95%)	p*
ARGUMENTACION				
FAMILIA DISFUNCIONAL	71% (22)	29% (9)	2 (0.88-4.67)	<0.093
VIOLENCIA VERBAL/PSICOLOGICA				
FAMILIA DISFUNCIONAL	84% (26)	16% (5)	5.6 (2-15.5)	<0.000
VIOLENCIA FISICA LEVE				
FAMILIA DISFUNCIONAL	48% (15)	52% (16)	1.4 (0.66-3.12)	<0.350
VIOLENCIA FISICA GRAVE				
FAMILIA DISFUNCIONAL	3% (1)	97% (30)	0.50 (0.06-4)	<0.513

***Chi cuadrada con corrección de Yates**

CUADRO IV

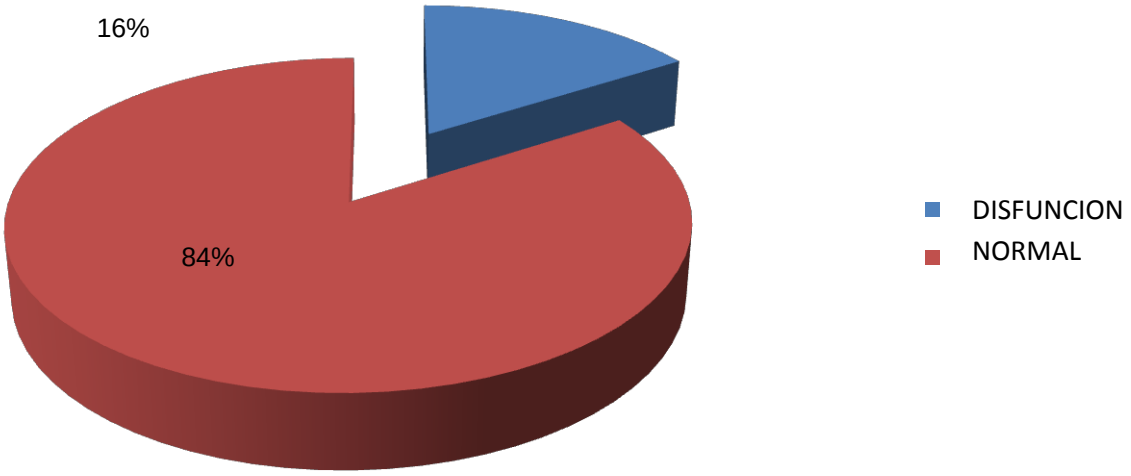
DOMINIOS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA EN RELACION A LA DISFUNCION DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA CONDUCTA DEL NOVIO (A) n= 31

DOMINIOS	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA	OR (IC 95%)	p*
ARGUMENTACION/				
FAMILIA DISFUNCIONAL	71% (22)	29% (9)	2 (0.88-4.67)	<0.093
VIOLENCIA VERBAL/PSICOLOGICA				
FAMILIA DISFUNCIONAL	84% (26)	16% (5)	5.6 (2-15.5)	<0.000
VIOLENCIA FISICA LEVE				
FAMILIA DISFUNCIONAL	62% (19)	38% (12)	2.2 (1.0-3.5)	<0.037
VIOLENCIA FISICA GRAVE				
FAMILIA DISFUNCIONAL	3% (1)	97% (30)	0.50 (0.06-4)	<0.513

***Chi cuadrada con corrección de Yates**

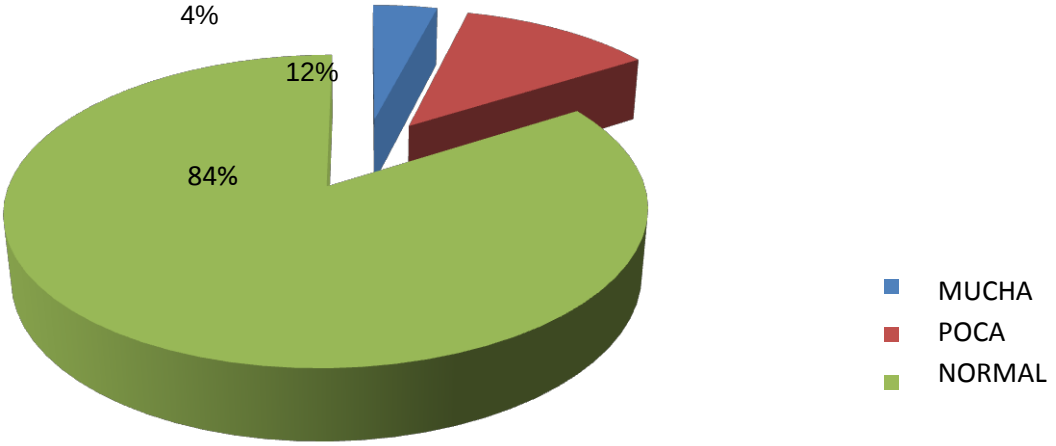
GRAFICA 1

DINAMICA DE LA FAMILIA DE ORIGEN DE LOSSUJETOS ENCUESTADOS



GRAFICA 2

VIOLENCIA DE LOS PADRES DE LA FAMILIA DE ORIGEN



DISCUSION

En este estudio se realizaron 192 encuestas correspondientes a una muestra probabilística donde respondieron 62% del sexo femenino, y un promedio de edad de 22 años, donde el estudiante Universitario mostró una alta prevalencia de violencia de 60 a 80%; mucho mayor a la que menciona Makepeace en 1981, que fue el pionero en conducir una investigación sobre la naturaleza y prevalencia de las agresiones en el noviazgo, obteniendo que uno de cada cinco estudiantes universitarios habían experimentado agresiones físicas por parte de sus parejas (18). Lo cual se ha incrementado en nuestra sociedad, estudios como el de Fiebert y González, realizados con el objetivo de delimitar la edad de corte de mayor riesgo, encontraron que el inicio de las agresiones se situaba entre los 20 y 30 años. En este sentido, estos resultados indican que cualquier tipo de medida que se diseñe para la reducción y prevención del comportamiento agresivo es necesario tener en cuenta la diferenciación por sexo y edad de los sujetos, ya que en ambos casos la agresión puede manifestarse de forma estructuralmente diferente que en nuestro estudio se mostró en una edad comprendida de 17 a los 25 años, y concuerda con dichos autores (19). Sin embargo hay variaciones de las frecuencias de las violencias ya que algunos investigadores han mostrado que su magnitud varía en función de los diferentes estudios analizados; así pues, Roscoe y Callahan (1985) calculan su frecuencia en un 9%, de forma que otros autores obtienen tasas intermedias como el 21% (Stacy, Schandel, Flannery, Conlon y Milardo, 1994), el 35% (O'Keefe, Brackopp y Chef, 1986), el 38% (Arias, Samios, y O'Leary, 1987) o el 45% (Pederson y Thomas, 1992) (20, 21). Que sin embargo puede variar según la evolución del noviazgo, en otros estudios al analizar las respuestas emitidas por los jóvenes encuestados, se observó que 78% de ellos tenía un periodo de noviazgo de seis meses, aproximadamente, y el resto una relación más antigua; asimismo, sus afirmaciones se enfocaron a la opción que indicaba que algunas veces o siempre mostraban indicadores asociados a contextos de violencia en la relación de pareja. En relación a los factores evaluados de manera general en esta investigación, 56% de los encuestados manifestó que la autoestima era el aspecto que más podría influir para que ocurriera la violencia en el noviazgo, seguido de los factores de estilos de crianza (31%), social (29%) y finalmente el económico (26%) (22); que en nuestra investigación se mostró un promedio del noviazgo de 16 meses, con 29% de padres separados con $p<0.008$, mostrando que uno de los factores que más se asocian a la relación de violencia en la familia de origen es la separación de los padres; aunque una de las debilidades de nuestro estudio es no investigar los estilos de crianza de los miembros de la pareja. Aunque la relación con la dinámica familiar de origen se mostró en esta grupo de pacientes con 84% sin ninguna disfunción familiar. Y el cuestionario M-CTS mostró tanto en las respuestas sobre la pareja como el que respondía asociaciones a la violencia verbal –psicológica y la violencia física leve en relación a la disfunción familiar, que es semejante a otros estudios que mostraron que las agresiones físicas leves y las agresiones psicológicas son las que obtienen mayores prevalencias, los cuales recomendaron que por consiguiente, resulta pertinente realizar estudios epidemiológicos en el contexto de las relaciones de noviazgo y hacer visible la magnitud del problema y poder desarrollar investigaciones sobre sus causas y consecuencias en nuestro país (23). Así, Cascardi menciona en un artículo que se las agresiones psicológicas amplía sus diferentes tipos en conductas agresivas verbales, tácticas dominantes y tácticas celosas. En este sentido, la medición de estas variables ofrece una visión más amplia y ajustada a la población juvenil, tal y como se ha evidenciado repetidamente en la literatura se constata la consolidación de un patrón de agresiones psicológicas, que pueden producirse de manera simultánea y con una intensidad creciente (24).

Según Poy en la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo, realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud en 2007, en México, los resultados señalan que 15.5 % de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física, 75.8% ha sufrido agresiones psicológicas y 16.5 % ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual; dicho estudio destaca que la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las instituciones y por los propios jóvenes, lo que ocasiona la

falta de apoyo institucional y familiar a las víctimas (25), similar a nuestro estudio que invita a realizar estudios de intervención sobre todo en relaciones más duraderas, y sobre todo tomar en cuenta la familia de origen de estas parejas cuyo riesgo de padecer esta violencia está asociada a la presencia de disfunción en la familia de origen.

Conclusión. Los sujetos con relación de noviazgo cuya familia es disfuncional, sufren cinco veces más riesgo de crear violencia verbal y/o psicológica tanto en el que respondió el cuestionario como en el novio (a); a estas observaciones se agrega además en el novio (a) de crear violencia física leve con riesgo de dos veces mayor; comparados con familia de origen funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. Corsi, J.(1994). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problemasocial. Buenos Aires: EditorialPaidos.
2. Dohmen, L. (1995). Perfil del hombre golpeador. En J. Corsi (Compilador). Buenos Aires: Paidos.
3. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. Salud Pública Mex. 1993; 35:148-160.
4. Híjar M, López M V. La violencia y sus repercusiones en la salud: Reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Pública Méx 1997; 39:565-572.
5. M. P. Causa-Vera. Analisis de violencia en las relaciones de parejas entre jóvenes. 2003, Santiago, Chile. Pp. 2-5.
6. Ana Ma. Póo, M. Beatriz Vizacarra. Violencia de pareja en jóvenes universitarios. Terapia Psicológica, julio 2008 vol.26 no.1
7. Reyes, Patricia; "La violencia psicológica en las relaciones de pololeo o noviazgo entre adultos jóvenes", memoria para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica, Santiago, 1997, 31 p.
8. En Grosman, Cecilia, et al; "Violencia en la familia, la relación de pareja, aspectos sociales, psicológicos y jurídicos"; editorial Universidad, segunda edición, Buenos Aires, 1992; 70 p.
9. Carlos A. Ramírez R. y Dora A. Núñez L. Violencia en la relación de noviazgo En jóvenes universitarios: Un estudio exploratorio. Enseñanza e investigación en psicología vol. 15, num. 2: 273-283 julio-diciembre, 2010.
10. De La Revilla I. Disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10: 582-583.
11. De La-Revilla I. De por qué es necesaria la atención familiar. En: conceptos e instrumentos en la atención familiar. Barcelona, España. Editorial Doyma 1994. 6-21.María T Ortiz Gómez, Isabel Louro Bernal, Leonor Jiménez Cangas y Luis Carlos Silva Ayzaguer. La salud familiar. Caracterización en un área de salud.Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):303-9.
12. Chui-Betancur HN, Chambi-Grande JJ. Violencia escolar: formas de prevenir y mitigar. Invest Educ 2009;13:57-66.
13. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and victimization inadolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. J Genet Psychol 2009; 170:115-133.
14. Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR questionnaire in the study of family function Ate Primaria 1996; 17(5): 338-341.
15. Bellón JAS, Delgado AS. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención primaria 1996;18(6):289-296.
16. Marina J. Muñoz-Rivas, José Manuel Andreu Rodríguez, José Luis Graña Gómez, Daniel K. O'Leary y Mª del Pilar González. Validación de la versión modificada de la ConflictsTacticsScale. Psicothema 2007. Vol. 19, nº 4, pp. 693-698.
17. J. Casas Anguita, J.R. Repullo Labradora y J. Donado Campos. La encuesta como técnica de investigación. Aten Primaria 2003;31(8):527-38.

18. Makepeace, J.M. (1981). Courtship violence among college students. Family Relations, 30, 97-102.
19. Fiebert, M.S. y González, D.M. (1997). College women who initiate assaults on their male partners and the reasons offered for such behavior. Psychological Reports, 80, 583-590.
20. Roscoe, B. y Callahan, J.E. (1985). Adolescents' self-report of violence in families and dating relations. *Adolescence, 20,* 546-551.
21. Arias, I., Samios, L. y O'Leary, K. (1987). Prevalence and correlates of physical aggression during courtship. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 82-90.
22. Carlos Arturo Ramírez Rivera y Dora Ascención Núñez Luna Instituto Tecnológico de Sonora. 2005
23. Gonzalez-Lozano M del P., Muñoz-Rivas, M.J., Peña, Mª.E., Gámez, M. y Fernández, L Análisis de las conductas agresivas en las relaciones de noviazgo en una muestra juvenil de la comunidad autónoma de Madrid.. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 7, 2007, pp. 97-111.
24. Cascardi, M., Avery-Leaf, S.A., O'Leary, K.D. y Slep, A.M.S. (1999). Factor structure and convergent validity of the Conflict Tactics Scale in high school students. *Psychological Assessment, 11*, 546-555.
25. Poy, L. (2008). "Sufre violencia en el noviazgo más de 70% de los mexicanos". La Jornada (México), miércoles 23 de julio de 2008.

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Nombre del estudio: DISFUNCION EN LA FAMILIA DE ORIGEN EN EL JOVEN CON VIOLENCIA DE PAREJA

Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 61 VERACRUZ, VERCARUZ
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La asociación de la disfunción en la familia de origen en el joven con violencia de pareja
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario STATICS, APGAR y Recolección de variables socio demográficas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Valoración del estado de funcionalidad familiar y modificación de conductas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	No se obligara a ningún paciente a participar en el mismo
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- [ ] No autoriza que se tome la muestra.
- [ ] Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- [ ] Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	
Colaboradores:	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto consentimiento Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

Instrumento de recolección

1. EDAD:

2. SEXO:
M_____ F_____

3. EVOLUCION DE LA RELACION DE NOVIAZGO:_____meses

4. ESCOLARIDAD:

1er. Año_____ 2do. Año_____ 3er. Año_____4to. Año_____ 5to. Año_____

5. TIPO DE FAMILIA:
Nuclear_____ EXTENSA _____ Reconstruida

6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES:

Primaria_____ Secundaria_____Preparatoria_____Licenciatura_____Posgrado_____

Ninguna_____

7. HIJO (A) DE MADRE SOLTERA:

Si_____ No_____

8. PADRES SEPARADOS:

Si_____ No____

9. LICENCIATURA QUE ESTAS CURSANDO:

10. TUS PADRES TIENEN UNA RELACION CON VIOLENCIA: MUCHO POCO _____NADA

ANEXO 3

LA VERSIÓN MODIFICADA DE LA *CONFLICTS TACTICS SCALE* (M- CTS).

Consta de 18 ítems bidireccionales para el agresor y para la víctima con formato de respuesta tipo Likert, cuya estructura factorial y propiedades psicométricas ha sido demostrada en diversas muestras clínicas, comunitarias y de estudiantes universitarios.

LA VERSIÓN MODIFICADA DE LA *CONFLICTS TACTICS SCALE*

(M-CTS).

ITEM	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
01. ¿Tú has discutido de forma tranquila? ¿Tu novio/a ha discutido de forma tranquila?					
02. ¿Tú has buscado información para apoyar tu punto de vista? ¿Tu novio/a ha buscado información para apoyar su punto de vista?					
03. ¿Tú has llamado o intentado llamar a otra persona para que ayude a arreglar las cosas? ¿Tu novio/a ha llamado o intentado llamar a otra persona para que ayude a arreglar las cosas?					
04. ¿Tú has insultado o maldecido a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha insultado o maldecido?					
05 ¿Tú te has negado a hablar de un tema? ¿Tu novio/a se ha negado a hacerlo?					
06. ¿Tú te has marchado molesto/a de la habitación o de la casa? ¿Tu novio/a se ha marchado molesto de la habitación o de la casa?					
07.¿Tú has llorado? ¿Tu novio/a ha llorado?					
08. ¿Tú has dicho o hecho algo para fastidiar o «picar» a tu novio/a? ¿Tu novio/a ha dicho o hecho algo para fastidiarte o «picarte»?					
09. ¿Tú has amenazado con golpear o lanzar algún objeto a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha amenazado con golpearte					

o lanzarte algún objeto?					
10. ¿Tú has intentado sujetar físicamente a tu novio/a? ¿Tu novio/a ha intentado sujetarte ?					
11. ¿Tú has lanzado algún objeto a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha lanzado algún objeto?					
12. ¿Tú has golpeado, pateado o lanzado algún objeto a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha golpeado, pateado o te ha lanzado algún objeto?					
13. ¿Tú has empujado o agarrado a tu novio/a? **14. ¿Tu novio/a te ha empujado o agarrado?**					
15. ¿Tú has golpeado o mordido? ¿Tu novio/a te ha golpeado o mordido?					
16. ¿Tú has intentado ahogar a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha intentado ahogar?					
17. ¿Tú has dado una paliza a tu novio/a? ¿Tu novio/a te ha dado una paliza?					
18. ¿Tú has amenazado a tu novio/a con un cuchillo o arma? ¿Tu novio/a te ha amenazado con un cuchillo o arma?					

Los diversos análisis factoriales exploratorios realizados en diversas ocasiones con esta prueba constatan cuatro factores claros tanto para hombres como para mujeres:

a) Razonamiento/argumentación; ítems: 1, 2, 3.
b) Agresión verbal/psicológica; 4, 5, 6, 7, 8.
c) Agresión física leve; ítems: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
d) Agresión física severa; ítems: 16, 17, 18.

ANEXO 4

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas Que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. 0: “nunca” 1: “a veces” 2:”siempre”.

- igual o superior a 7: familia normofuncionante.
- entre 4 y 6: disfunción familiar leve.
- igual o inferior a 3: disfunción familiar grave

DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN EN UN GRUPO DE PERSONAS DE UN PLANTEL DEL IEMS*

Norma Leticia Rosas Romero
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Estudiante de la Licenciatura en Promoción de la Sal

1.- Resumen: Preciso, no evaluativo, coherente y legible, conciso. Debe permitir al lector entender de forma eficiente el contenido del artículo. Debe incluir palabras clave y estar redactado en inglés y español.

RESUMEN EN ESPAÑOL

La nutrición es un proceos biológico que se lleva acabo por la ingestión, digestión y absorción de los alimentos, para que apartir de aquí los nutrimentos hagan su función.

La alimentación es la obtaqnción, preparación e ingestión de alimentos naturales o procesados, para para cubir la necesidad fisiológica que es el hambre.

La alimentación y nutrición es algo fundamental e importante para que los individuos tengan salud y así eviten o prevengan enfermedades que pongan en riesgo la estabilidad de la persona en el aspecto físico y también en lo economico, laboral, familiar.

Los tipos de alimentos y nutrimentos contribuyen para que el cuerpo y el organismo este sano y tenga vitalidad para que funcione bien y no haya problemas que ocasionen enfermedades que pongan en riesgo la vida de los individuos o que tengan alguan complicación o padecmiento crónico que ya no se pueda curar.

Toda la información que se obtuvo tanto de los individuos en estudio como de la información e investigación bibliografica que se recabo, muestra que estos temas son importantes y esenciales para la humanidad, para estar saludable.

RESUMEN EN INGLÉS

Nutrition is a biological proceos which takes place by ingestion, digestion and absorption of food, so starting here nutrients do their job.

Food is the obtaqnción, preparation and ingestion of natural foods or processed for Cubiro to the physiological need is hunger.

Diet and nutrition is something fundamental and important for individuals to have health and thus avoid or prevent diseases that endanger the stability of the person in physical appearance as well as economic, labor, family.

The types of foods and nutrients to help the body and the body is healthy and vitality has to work well and no problems that cause diseases that endanger the lives of individuals or have complications or chronic alguan padecmiento not already it can heal.

All information was obtained both individuals studied as bibliographic information and research that was collected shows that these issues are important and essential for humanity to be healthy.

1.- Introducción: Preguntas clave para la construcción de este apartado: Por qué es importante el tema?; Cuáles son las hipótesis y objetivos del estudio? Cuáles son los antecedentes del mismo? Cuáles son las posibles implicaciones de las evidencias encontradas?

Este tema es importante debido a que ayuda a que las personas que sepan cómo está la situación respecto a estos temas, para que reflexionen, se ocupen y contribuyan con que su alimentación sea lo más adecuada que se pueda; así como que, estén informados respecto así están bien alimentados y nutridos o si tienen algún problema o no debido a esta situación y dependiendo de su situación hagan modificaciones y prevengan padecimientos que a la larga podría traer consecuencias a la salud.

Se realizó una pequeña investigación referente al tema de la alimentación y el estado de nutrición de un grupo de individuos recabando información de estos referente a lo que consumían; así como información bibliográfica sobre estos temas, para saber cómo debe ser la alimentación y nutrición de los individuos.

A su vez tener el dato de todo lo que depende que se tenga y haya una alimentación y nutrición adecuada o bise versa.

Para que haya una alimentación y nutrición adecuada; la dieta debe de ser suficiente, equilibrada, inocua, variada, y correcta. Comúnmente los individuos tienden a confundir el término dieta con dejar de ingerir ciertos tipos de alimentos o dejar de comer una o dos comidas al día, pero desafortunadamente estas personas están equivocadas, ya que el término dieta son los alimentos aislados o platillos que cada individuo consumió durante el día. " *La palabra diaitia proviene* del griego y se le conoce como modo o forma de vida" . Se dice que una dieta correcta es una dieta recomendable ya que, es un requisito, para que, se tenga una buena nutrición; por tal motivo, si cubre con los siguientes aspectos: biológico, psicológico y sociológico, se dice que es satisfactoria. (2)

La dieta se puede hacer de varias formas y combinar los diferentes tipos de alimentos siempre y cuando, cumplan con lo que es una alimentación saludable, para que así, de eviten riesgos en la salud. Todo ser humano lleva o tiene una dieta ya sea buena o mala, y esto se debe ya sea porque quieren bajar de peso o porque quieren tratar ciertas enfermedades o por motivos terapéuticos.*

La alimentación es para que haya una buena nutrición y se prevengan enfermedades como las crónicas degenerativas; así como sobrepeso y obesidad, lo cual es un problema de salud pública que existe a nivel nacional y está considerada como una situación crítica.

Hipótesis y Objetivos del Estudio

A primera vista que los individuos no se alimentan bien y prefieren comer alimentos que no son nutritivos a alimentos nutritivos.

Algunos de los individuos no tienen una alimentación adecuada, comen lo que pueden y a la hora que quieren o pueden.

Hay algunos casos que tienen problemas de sobrepeso y/u obesidad, no tienen una alimentación adecuada y no realizan mucha actividad física (ejercicio) o no practican algún deporte.

Determinar y conocer que cual es la nutrición y el tipo de alimentación de los individuos en estudio, a partir de un cuestionario sobre la dieta.

Obtener mediciones de peso y talla del grupo de personas y con esto ver si tienen sobrepeso u obesidad.

Los antecedentes son el entorno, zona donde viven o frecuentan y todo lo que influye en los individuos, (para que haya desordenes en la alimentación) como son la publicidad y los medios de comunicación, el tipo de alimentación y alimentos que venden a fuera de las escuelas; en supermercados y tiendas de autoservicio, venta de pizzas, hamburguesas. Todo esto

ocasiona; que haya problemas en la salud como es la desnutrición, sobrepeso y obesidad (diabetes), esto que se está mencionando es parte de las referencias; que se tienen respecto al tema y trabajo.

Que la mayoría no tiene la costumbre de desayunar y que no siguen el orden que deberían de hacer que es desayunar, comer, cenar y hacer 2 colaciones antes de comer y antes de cenar.

2.- Método: Debe describir a los participantes, el diseño de la investigación, los instrumentos y procedimientos utilizados.

La investigación se hizo recabando información bibliográfica por medio de libros y de internet y con la información que se obtuvo de los individuos en estudio. Se convocó a los individuos por medio de carteles; para que, fueran a que se les hiciera un cuestionario con el cual posteriormente conocieran su situación y estado de nutricio; así como si tenían sobrepeso u obesidad.

Para llevar a cabo la investigación se hizo un boceto de cómo sería el desarrollo de la para saber el tipo de nutrición de los individuos y de lo que se tenía que hacer para conseguir todo lo que se necesitaba y se requería para dicho trabajo.

Los participantes que contribuyen en la investigación fueron de varias edades, mujeres hombres de nivel educación media superior. Esta información se obtuvo por medio de un cuestionario sobre su tipo de dieta y mediciones antropométricas, nombre, edad, peso y todos los alimentos que ingirieron.

3.- Resultados

Los resultados del grupo de los individuos a quienes se les realizo el estudio se interpretan como que consumen unos alimentos más que otros y su alimentación no es balanceada, variada, adecuada; por lo tanto hay deficiencia de nutrimentos y/o exceso de estos. En algunos casos de individuos están dentro del rango de lo adecuado en una dieta en cuanto a nutrimentos; esto debe ser porque cuidan su alimentación y procuran que esta sea adecuada, variada, completa y saludable. En estos casos que podría decirse de excepción se debería de tener un cuidado especial, para que su alimentación siga igual y no hagan modificaciones en esta y que no les vaya a beneficiar y que les perjudique a corto, mediano o largo plazo.

Las personas no siguen una dieta adecuada, debido a limitantes que influyen que lleven la lleven a cabo y que tengan ingresos económicos que permitan que tengan acceso y que los alimentos estén disponibles, para que puedan alimentarse bien.

Tanto en lo general como individual hay costumbre de que se coma pan, galletas, gorditas, tacos, tortas, hamburguesas, dulces y a tomar refrescos, jugos industrializados que agua simple. Las frutas y verduras las consumen muy poco y por lo tanto; hay repercuciones en su alimentación y nutrición.

El cuerpo humano siempre está realizando complejas actividades, así que, una alimentación equilibrada es el mejor combustible que ayuda a mantener la salud. La

eficiencia y eficacia de la alimentación debe adecuarse a la edad, sexo, peso, talla y actividad física; además de considerar los aspectos ambientales, socio-culturales y económicos, para que haya una buena nutrición y se vea reflejado en el individuo y en consecuencia en su comunidad y sociedad.

El 28% de los encuestados presentan una dieta deficiente en nutrimentos, mientras que el 36% reportaron una adecuación excedida en nutrimentos y el otro 36% muestra una dieta adecuada.

4.- Discusión:

La hipótesis que se sacaron antes de que se llevara a cabo la recabación de los datos de los las personas fue para confirmar y/o concluir que si tienen un soporte tanto para los resultados como para las conclusiones y se constató que estás si tienen gran peso, para una comprobación y comparación con fundamentos científicos (teóricos y prácticos). Todo lo anterior da más sustento al trabajo de investigación para poder justificarlo y a su vez da un panorama más amplio, palpable, verídico y vivencial.

Las consecuencias que hubieron respecto al trabajo realizado es referente al llenado del cuestionario respecto a la información que se les pedía, ya que a la mejor pudieron haber omitido alguna información respecto a la ingesta de los alimentos que ingirieron y por lo tanto los resultados podrían no ser los correctos.

Los alimentos, son una fuente de vitalidad y energía para todo ser humano con la alimentación y la nutrición, se ayuda al organismo a que haga su función, para que no se tengan problemas de salud y no se corran riesgos o hayan consecuencias que pongan en peligro la vida.

En México, el problema de la alimentación es severa. Se ha registrado que en los niños con edades de 5 y 11 presenta el 30% de sobrepeso u obesidad, mientras que en las niñas tienen una prevalencia de 29.0% y en varones entre 5 y 17 años están en un 28.1%.(1)

Se ha registrado que en los niños con edades de 5 y 11 presenta el 30% de sobrepeso u obesidad, mientras que en las niñas tienen una prevalencia de 29.0% y en varones entre 5 y 17 años están en un 28.1%. El 35% de las personas adultas de 20 o más años tenían sobrepeso, y el 11% eran obesas; más de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.(3)

Los problemas que se llegan a presentar por el tipo de alimentación, es porque no se le dió importancia a esta y no se tuvo cuidado de lo que se consumía, ya que esto se puede evitar y prevenir, para que no se tengan problemas con respecto a la alimentación y la nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1)Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Reto de la Obesidad Infantil en México.pdf 25-09-2012"

2)Badui, S. Química de los Alimentos. Editorial Alhambra, 3a Ed. México 1994, 648p. De un Plantel del (Instituto Educación Media Superior)
3) Organización Mundial de la Salud

ESTILOS DE VIDA, FACTORES DE RIESGO, PROTECCIÓN Y VULNERABILIDAD A LA SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dra. en C. Fabiana Esther Mollinedo Montaño
Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas"
Dr. en D. Miguel Rodríguez Jáquez
Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas"
Dra. Alejandra Pérez Torres
Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas"

Resumen
El objetivo de esta investigación fue determinar los Estilos de vida, Factores de protección y vulnerabilidad a la salud de estudiantes universitarios. Fue un estudio descriptivo con una muestra de 7,626 estudiantes universitarios de nivel licenciatura de la Universidad autónoma de Zacatecas (UAZ). Para la recolección de los datos se aplicó el Examen Médico automatizado (EMA) es un instrumento de auto reporte elaborado por la Universidad Nacional Autónoma de México, que está conformado por 4 Cédulas de auto-respuesta. Principales resultados. El 42.7% correspondieron al sexo masculino y el 57.3% al femenino. La edad promedio de los participantes fue de 21 años. En cuanto a la prevalencia de factores protectores, el 73.9% se percibió con buena salud, el 90.6% consideró que su desarrollo físico era normal; 20.5% realizaban deporte, 78.5% indicaron nunca haber fumado o ya no hacerlo. De igual manera el 21.4% señaló nunca haber consumido o ya no consumir alcohol, un 36.9% no habían iniciado su vida sexual activa, 46.4% de los que mencionaron tener relaciones sexuales indicó utilizar el condón como método anticonceptivo. El 94.9% tenían bien definido su proyecto de vida al menos para los próximos 10 años, en el 59.4% de los casos uno o ambos padres tenían escolaridad igual o mayor a bachillerato, el 16.2% señaló leer libros en su tiempo libre y el 56.2% escuchar música. Sin embargo el nivel de vulnerabilidad psicosocial que se refiere a comportamientos que denotan falta de autocontrol, consecuencias del estilo de vida o efectos adversos del entorno, el 48.6% presentó un nivel alto, entre el 51% que presentó un nivel bajo. Entre los marcadores de vulnerabilidad alta se encontró que el 8.4% presentó obesidad (IMC superior a 30), siendo mayor en los hombres que en las mujeres (9.5% vs 7.6% respectivamente). Un 11.2% de los estudiantes que presentó sobrepeso u obesidad indicó tener antecedentes de hipertensión, al igual que un 8.5% que señaló antecedentes de diabetes.

Conclusiones: Los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Por esto es necesario crear conciencia e implementar estrategias que promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables, permitiendo mitigar efectos e impactando en la calidad de vida de cada uno de los individuos.

Palabras clave: Estilos de vida, factores de riesgo, vulnerabilidad, protección

Introducción

El estilo de vida (EV) es definido por la Organización Mundial de la salud como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales, que incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas . Por lo cual los estilos de vida, abarca todos los ámbitos del ser humano.[2]

Los estudiantes universitarios representan un grupo altamente vulnerable frente a la influencia de la sociedad actual en lo que respecta a la adopción de estilos de vida por lo general caracterizados por conductas de riesgo para la salud, como por ejemplo dietas saturadas en grasa que conllevan a niveles elevados de colesterol, consumo de tabaco, alcoholismo y sedentarismo. En tanto que la universidad es un lugar que facilita el contacto con este tipo de población, constituyéndose como un lugar estratégico para promover patrones de comportamiento que favorezcan la salud y caminos efectivos que conlleven al incremento de la participación en hábitos saludables. [3]

A nivel mundial se calcula que alrededor de 36 millones de muertes, esto es, más del 50% de las registradas en el mundo en 2008, tuvieron como causa enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. En ese mismo año, el 80% del total de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, en los cuales la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%)4. Estas importantes enfermedades comparten cuatro factores conductuales de riesgo: consumo de tabaco, dieta incorrecta, inactividad física y uso nocivo del alcohol.

Por otra parte México se encuentra en un proceso de transición demográfica, caracterizado por la disminución de la población infantil, una alta proporción de personas en edad productiva y un incremento en el número de adultos mayores. Esta se expresa en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como principal factor de morbilidad y mortalidad en el país.[4] El Estado Mexicano se enfrenta al imperativo ético de evitar que un escenario de enfermedad y muertes evitables cancele las posibilidades de desarrollo del país.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sustentabilidad del sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención convirtiéndose en problemas complejos y multifactoriales, cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo.

Según esta encuesta, entre los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8%, obesidad; mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5 y 37.5%, respectivamente. Las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia e incidencia son la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos, la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2 por ciento de la población del país, presentando un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de la registrada en el año 2006.

En un análisis comparativo de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad, antecedido por los Estados Unidos de América, convirtiéndose este problema en una cuestión de prioridad para la mayoría de los países miembros ya

que la mitad de su población tiene sobrepeso y uno de cada seis personas padece obesidad.

De la misma manera, de acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. Por otro lado se estimó que en adultos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012).

Asimismo, en México, el alcohol es la sustancia potencialmente adictiva que se utiliza con mayor frecuencia por los adultos jóvenes. Información reciente de la Encuesta Nacional de Adicciones muestra que más de 50% de los jóvenes entre los 18-29 años ha consumido bebidas alcohólicas al menos una vez durante el último mes. En la Ciudad de México se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres y cerca de dos terceras partes de los hombres entre 18-29 años de edad consume regularmente bebidas alcohólicas. Durante los últimos años, el consumo de bebidas alcohólicas se ha venido incrementando importantemente entre los jóvenes mexicanos de ambos sexos en edad de recibir una educación superior.

Según la encuesta Mundial sobre tabaquismo en jóvenes la prevalencia de fumadores es mayor en las mujeres que en los varones, en México la prevalencia de fumadores es del 20%, que va en proyección de aumento que tendrá enormes efectos adversos en su salud y en la de sus familias, siendo el inicio temprano un factor de riesgo importante, duplicando la probabilidad de padecer cáncer de pulmón, y cáncer de mama, si es que iniciaron dentro de los cinco años posterior a la menarca. Evitar que las adolescentes comiencen a fumar, retrasar el inicio del tabaquismo y modificar la trayectoria del consumo de tabaco es una prioridad de salud pública. [5]

Ante esta problemática, con el objetivo Impulsar en la comunidad universitaria de la UAZ, la responsabilidad individual y social referente a la salud, que facilite la conformación de estilos de vida saludables que eleven su calidad de vida, a través de la Educación preventiva y promoción de la salud en aspectos prioritarios, a través del proyecto federal al Programa de Apoyo al mejoramiento de la educación superior (PADES) su apoyo permite realizar un diagnóstico de estilos de vida y salud en los estudiantes de licenciatura de la Universidad, posteriormente la implementación de los Programas Integrados de Salud, PREVENIMSS, estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a los diferentes grupos de edad.

Métodos

Fue un estudio descriptivo, comparativo, con una muestra de 7,626 estudiantes universitarios de nivel licenciatura de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), El procedimiento de muestreo fue por conveniencia. Se excluyeron estudiantes universitarios que no completaron las 4 cedulas, con una edad promedio de 21 años de edad (DE = 2.68).

Para la recolección de los datos se utilizó el Examen Médico automatizado (EMA) que determina los estilos de vida y la salud, es un instrumento de auto reporte elaborado por la Universidad Nacional Autónoma de México (2002), que está conformado por 4 Cédulas de auto-respuesta con 3 dimensiones: de vulnerabilidad que engloba 14 marcadores donde si da uno o más positivo estos denotan consecuencias de estilos de vida no saludables, efectos adversos del entorno o falta de autocontrol del individuo estos marcadores son la prevalencia de obesidad, desnutrición grave, hipertensión, diabetes, consumo alto de alcohol, consumo alto de tabaco, consumo de mariguana, consumo de otras drogas ilícitas, infección de transmisión sexual, embarazo no planeado, violencia sexual, violencia familiar, comportamientos relacionados con anorexia y/o bulimia, ideación e intento suicida; de factores de riesgo con 18 marcadores que son antecedentes familiares de hipertensión, de diabetes, presión arterial alta, presencia de diabetes, asma,

leucemia o cáncer, epilepsia, anticoncepción de emergencia, no uso de métodos anticonceptivos, haber sido asaltados, sobrepeso, problema de salud bucal, problema de salud visual, accidentes, sedentarismo, tatuajes o piercing, baja cohesión familiar y de factores protectores con 12 reactivos donde se encuentra sin percepción de mala salud, desarrollo físico, hacen deporte, no consumen tabaco, no consumen alcohol, sin vida sexual activa, vida sexual activa con condón, vida sexual activa con método anticonceptivo diferente al condón, tener proyecto de vida, escolaridad de los padres, leer libros, escuchar música.

Son 397 Preguntas; 57 baterías, la opción de respuesta es tipo Likert que va desde uno = siempre, dos = frecuentemente, tres = algunas veces y cuatro = nunca. Así como respuestas dicotómicas de si o no. Además se complementa con la medición de peso y talla, agudeza visual y evaluación bucal. Cabe mencionar que en la presente investigación las dimensiones obtuvieron Alfas de Cronbach que oscilaron entre .838 y .910 lo cual reafirma la confiabilidad interna de este instrumento.

Para la recolección de la información se solicitó la autorización de los directivos de cada unidad académica que conforma la Universidad Autónoma de Zacatecas, con previa información del objetivo de la aplicación del instrumento. Se identificó a cada participante de acuerdo a cronograma de aplicación por programa académico, visitando grupo por grupo de nivel licenciatura, se ubicó a los estudiantes universitarios, se le dio una explicación clara de la investigación incluyendo la confidencialidad en la misma y una vez que aceptaron a participar se les proporcionó el consentimiento informado por escrito el cual firmaron voluntariamente como lo señala la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (Secretaría de Salud, 1987). Posteriormente se les pidió que respondan a las preguntas de las cuatro cédulas de manera clara y que si tuvieran alguna duda estaría cerca un promotor para resolverla y apoyar en el llenado. Al final se le agradeció y se realizó la organización de las cedulas para su procesamiento.

El análisis y captura de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS (Statical Package for the Social Sciences) versión 23 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y las variables principales de esta investigación.

Resultados

Se aplicaron 7,626 encuestas de las cuales el 42.7% correspondieron al sexo masculino y el 57.3% al femenino. La edad promedio de los participantes fue de 21 años. Respecto al nivel de vulnerabilidad psicosocial (comportamientos que denotan falta de autocontrol, consecuencias del estilo de vida o efectos adversos del entorno) el 48.6% presentó un nivel alto, 41.9% mujeres y 57.6% hombres; entre el 51% que presentó un nivel bajo, el 58.1% fueron mujeres y 42.4% hombres. Entre los marcadores de vulnerabilidad alta se encontró que el 8.4% presentó obesidad (IMC superior a 30), siendo mayor en los hombres que en las mujeres (9.5% vs 7.6% respectivamente). Un 11.2% de los estudiantes que presentó sobrepeso u obesidad indicó tener antecedentes de hipertensión, al igual que un 8.5% que señaló antecedentes de diabetes.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas, el 22.3% reportó haber consumido 4 o más copas por ocasión en el último mes, es decir un consumo alto de alcohol (34.1% hombres y 13.9% mujeres); en cuanto al tabaco (consumo de 4 o más cigarros al día), el 5.4% resultó con consumo alto, (8.9% hombres y 2.7% mujeres). De igual manera un 1.6% señaló consumo de marihuana en el último mes (2.5% hombres y 1.0% mujeres) y un 0.4% consumo de otro tipo de drogas ilícitas. En cuanto a sexualidad, el 1.4% resultó tener vida sexual activa y haber presentado en alguna ocasión una enfermedad de trasmisión sexual, al igual que un 10.1% que señaló tener vida sexual activa y haber tenido un embarazo no planeado. En cuanto a los reportes de violencia, el 3.4% señaló haber sido víctima de violencia sexual y 2.2% de violencia intrafamiliar. Por otro lado, el

3.1% presentó comportamientos relacionados con bulimia o anorexia (mujeres 4.6%, hombres 1.0%), además de un 1.2% que indicó haber tenido ideación o intento suicida.
Respecto a la prevalencia de factores de riesgo psicosocial, el 31.9% señaló tener antecedentes heredofamiliares de hipertensión, siendo mayor en mujeres (341%) que en hombres (29%), al igual que un 29% que informó antecedentes de diabetes. El 4.2% señaló padecer o haber padecido hipertensión, 0.3% diabetes y 4.1% por asma. El 50.6% reportó haber consumido alcohol en el último mes, el 30.9% de los que habían iniciado su vida sexual señaló ocupar siempre o algunas veces anticoncepción de emergencia; 22.8% presentó sobrepeso (26.3% hombres vs 20.2% mujeres). El 44% presentó problemas de salud bucal (una o más piezas dentales con caries), 20.1% algún tipo de problema visual; 44.6% resultó sedentario (no hacer ejercicio al menos tres veces a la semana); 23.4% se había realizado tatuajes o piercings, mientras que el 20% clasificó baja cohesión familiar.
En cuanto a la prevalencia de factores protectores, el 73.9% se percibió con buena salud (88.3% de los hombres y 66.9% de las mujeres), el 90.6% consideró que su desarrollo físico era normal; 20.5% realizaban deporte, 78.5% indicaron nunca haber fumado o ya no hacerlo, siendo mayor la proporción de mujeres (84.5%) que de hombres (70.5%). De igual manera el 21.4% señaló nunca haber consumido o ya no consumir alcohol (26% mujeres vs 15.2% hombres); un 36.9% no habían iniciado su vida sexual activa, 46.4% de los que mencionaron tener relaciones sexuales indicó utilizar el condón como método anticonceptivo y sólo 0.2% otro tipo de anticonceptivo. El 94.9% tenían bien definido su proyecto de vida al menos para los próximos 10 años, en el 59.4% de los casos uno o ambos padres tenían escolaridad igual o mayor a bachillerato, el 16.2% señaló leer libros en su tiempo libre y el 56.2% escuchar música.
Al comparar los resultados de los estudiantes de reingreso y nuevo ingreso, se encontró que un 46.1% de los alumnos de reingreso presentaron vulnerabilidad alta, 40% de las mujeres y 53.9% de los hombres, siendo los más altos porcentajes en cuarto, noveno y décimo semestre; en comparación con un 49.3% de los de primer semestre, 42.4% de las mujeres y 58.6% de los hombres.
Respecto a la prevalencia de marcadores de alta vulnerabilidad, 7.0% de los estudiantes de reingreso presentaron obesidad, con mayor presencia en los hombres que en las mujeres (8.0% vs 6.2%), y en los estudiantes de octavo y sexto semestre; en comparación con 8.8% de los de nuevo ingreso (10% de los hombres y 7.8% de las mujeres). El 9.7% de los que presentaron obesidad y eran de reingreso, comentaron tener antecedentes de hipertensión, al igual que el 7.7% que reportaron antecedentes de diabetes. De igual manera el 11.6% que se encontraban en esta misma condición pero eran de nuevo ingreso reportaron antecedentes de hipertensión y 8.8% diabetes.
En relación al consumo de alcohol un 22.5% de los de nuevo ingreso clasificaron con un consumo alto, al igual que un 21.1% de los de reingreso, entre estos últimos el mayor porcentaje se presentó en los de segundo semestre (31.3%), siendo en ambos grupos mayor el consumo en los hombres respecto a las mujeres. En cuanto al consumo de tabaco, los porcentajes fueron similares en los estudiantes de nuevo ingreso y reingreso (5.4% vs 5.1%), mayor consumo entre los de segundo, cuarto y décimo semestre.
Por otro lado el 10.6% de los estudiantes de nuevo ingreso que habían iniciado su vida sexual señalaron haber tenido un embarazo no planeado, en comparación con el 8.3% de los de reingreso que indicaron lo mismo, entre estos últimos los mayores porcentajes se presentaron entre los estudiantes de sexto, séptimo y noveno semestre. Así mismo un 3.6% de los de nuevo ingreso comentaron haber sido víctimas de violencia sexual y 2.3% de violencia familiar al igual que un 2.8% de los de reingreso que reportaron violencia sexual y 1.8% que indicaron violencia intrafamiliar. Finalmente un 3.2% de los de nuevo ingreso presentaron comportamientos relacionados con anorexia y bulimia y un 1.2% indicó haber tenido ideación o intento suicida; esta misma situación se presentó con en

porcentajes de 2.6% y 1.2% respectivamente en los estudiantes de reingreso, mayor porcentaje entre los de tercero, cuarto y noveno semestre.
Así mismo, al evaluar la presencia de factores de riesgo el 29.5% de los estudiantes de nuevo ingreso presentó antecedentes de hipertensión y 18.8% de diabetes, al igual que el 32.6% y 21.5% de los de reingreso. De igual manera el 4.2% de los de reingreso presentaron hipertensión al igual que el 4.0% de los de nuevo ingreso. Respecto al consumo de alcohol en el último mes, un 51% de los de reingreso reportaron ser consumidores, al igual que el 49.1% de los nuevo ingreso.
El 28.4% de los de reingreso, que indicaron haber iniciado vida sexual comentaron utilizar siempre o algunas veces anticoncepción de emergencia, porcentajes que se incrementaron conforme era mayor el semestre; mientras que en los de nuevo ingreso el porcentaje fue de 31.3%. Estos porcentajes se incrementaron a 38% y 38.2% en los de reingreso y nuevo ingreso respectivamente, cuando se les cuestionó si tenían vida sexual activa sin uso de algún método anticonceptivo, porcentaje que fue mayor entre las mujeres de cuarto y décimo semestre, pero mayor en los hombres que eran de primer semestre.
Respecto a la presencia de obesidad, la proporción fue de 22% en los de nuevo ingreso (23.7% de mujeres y 34.1% de hombres) y 23% en los de reingreso (27% hombres y 20.1% mujeres), mayor proporción entre los de décimo semestre. En cuanto a la salud bucal, el 44.1% de los de reingreso presentó caries en una o más piezas dentarias, con porcentajes similares entre hombres y mujeres, mayor en estudiantes de tercero, séptimo y octavo, al igual que el 43.7% de los de nuevo ingreso, en quienes fue mayor la proporción de mujeres afectas (47.3% vs 38.7%). En estos últimos hubo problemas visuales en el 20.7%, al igual que en el 20.2% de los de reingreso.
Un 40.5% de los de primer semestre resultó con sedentarismo (27.4% hombres y 50.5% mujeres), porcentaje que aumento a 45.6% en los de reingreso (33.5% de hombres y 54.6% de mujeres), con proporciones mayores en los de séptimo, octavo y noveno semestre. Un 21.5% de los de primer semestre comentaron haberse tatuado o colocado un piercing (22.5% hombres y 20.8% mujeres), al igual que el 23.9% de los de reingreso (mayor proporción en mujeres que en hombres, 25% vs 22.3%). Finalmente un 20.5% de estudiantes de primer semestre y 19.9% de reingreso clasificaron con baja cohesión familiar, proporciones similares en hombres y mujeres de ambos grupos.
En cuanto a los factores protectores un 77.7% de los de nuevo ingreso (87.6% hombres y 70.1% de las mujeres) y un 73% de los de reingreso (82.2% de hombres y 66.1% de mujeres) se percibieron con buena salud. Así mismo un 31.3% de los estudiantes de primer semestre (46.7% de hombres, 19.6% de mujeres) y 27.8% de los de reingreso comentaron hacer deporte (39.6% de hombres, 19.2% de mujeres), comportamiento con mayor proporción entre los de tercero, cuarto y octavo semestre.
Así mismo un 78.3% de los de reingreso y 79.1% de los de primer semestre comentaron nunca haber consumido tabaco o ya no consumir, porcentajes que disminuyeron al valorar el consumo de alcohol, siendo éstos de 26.5% para los de primer semestre y 20.1% para los de reingreso, el consumo de tabaco fue menor en los de séptimo semestre mientras que el de alcohol en los de tercero. De igual manera el 48.5% de los de primer semestre (36.1% de los hombres y 57.9% de las mujeres) y 33.9% de los de reingreso (22.6% de los hombres y 42.3% de mujeres) comentaron no haber iniciado vida sexual, comportamiento más común entre los de tercer semestre. Entre los que tenían vida sexual activa, el 47.3% de los que primer semestre señaló utilizar condón, al igual que el 46.2% de los de reingreso. Entre éstos últimos el 94.7% contaba con proyecto de vida para los siguientes diez años, al igual que el 95.5% de los de nuevo ingreso.
En el 60.7% de los estudiantes de primer semestre se encontró que los padres tenían escolaridad igual o mayor a bachillerato, al igual que en el 59.1% de los de reingreso. El

13.8% y 16.8% de los de nuevo ingreso y reingreso respectivamente, comentó leer libros en su tiempo libre, al igual que el 58% y 55.7% de primer semestre y reingreso que comentaron su actividad en tiempo libre era escuchar música.

Discusión

Entre los resultados más importantes se puede destacar que casi la mitad de los estudiantes presento un nivel alto de vulnerabilidad psicosocial (comportamientos que denotan falta de autocontrol, consecuencias del estilo de vida o efectos adversos del entorno), siendo mayor en hombres que mujeres. Dato que es superior a lo reportado por (Solórzano y Gaitán, 2008) [6] quien reporta que menos de la tercera parte de los universitarios presentó este nivel de vulnerabilidad. Ante este resultado es evidente que se deben realizar medidas preventivas de riesgo y en el fortalecimiento de factores de protección desde el ambiente cotidiano de los estudiantes para evitar el fracaso escolar y deterioro en su estado de salud y calidad de vida.

Referente a los marcadores de vulnerabilidad alta se encontró que casi el 10% presentó obesidad (IMC superior a 30), siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Estos datos son superiores a lo reportado por diversas investigaciones (Alonso, Pérez, Alcalá, Lubo y Consuegra, 2008 [7]; Lumbreras, et al[8] , 2009; Aguilar, Pérez y Rodríguez, 2010)[9] quienes reportaron cifras entre 2.6% a 8.3% e inferiores a lo obtenido por (Ponce, Ruiz, Magaña, Arizona Mayagoitia, 2011[10] [11] ; Valle, Piura y Méndez, 2011)[12] [6], donde encontraron cifras que oscilaron de 15.70% a 27.4%. Respecto a estas diferencias de obesidad, es evidente que esta enfermedad se ha incrementado de manera importante, por lo que es necesario enfatizar que los jóvenes universitarios se encuentran en un periodo crítico en sus vidas, ya que tienden a disminuir su nivel de actividad física, a modificar sus hábitos de alimentación y por lo mismo, aumentar de peso y medidas.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que más de la tercera parte de los hombres y casi la cuarta parte de las mujeres presentan un consumo de alcohol alto. Estos resultados son superiores a lo reportado por Salazar, Ávila, Pérez y Martínez (2010)[13] quienes encontraron que un poco más del 20% de los hombres tuvieron un consumo alto o dependencia al alcohol. Por contraparte las mujeres presentaron un consumo alto o dependencia al alcohol en mayor porcentaje que las mujeres del presente estudio. Este incremento de consumo de alcohol alto en los jóvenes confirman lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) [14] [15] quien encontró un aumento significativo en el consumo del alcohol alto pasando de 51.8% al 53.6% (2008-2011) en hombres, y de 21.9% en el 2008 a 20.8% en el 2012 en mujeres. Este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas de este período universitario, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales lo que tal vez influya en el consumo de alcohol en los universitarios (Luengo, Otero, Romero y Gómez, 1996) [16] [17] .

Con relación al consumo de tabaco, el 5.4% resultó con consumo alto (4 o más cigarrillos al día), siendo mayor en hombres que en las mujeres. Hallazgo que es inferior a lo reportado por García, et al (2010)[18] en su estudio observacional- descriptivo y transversal en jóvenes universitarios de Sevilla, España, quien encontró que el 81.1% fuman 15 cigarrillos al día, mientras que el 15% fuman de 16 a 25 por día y finalmente un 1.3% de los jóvenes asegura fumar más de 25 cigarrillos por día. Al respecto los jóvenes empiezan procesos para adaptarse al ámbito universitario y a las nuevas presiones académicas y grupales, por lo que el consumo de tabaco es un buen aliado para enfrentar estas presiones.

En este mismo sentido un 1.6% señaló consumo de marihuana en el último mes (2.5% hombres y 1.0% mujeres) y un 0.4% consumo de otro tipo de drogas ilícitas. Resultado que es inferior a lo reportado por Lumbreras et al (2009)[3] quien encontró que la droga de

mayor consumo fue la marihuana (27%). Frente a este resultado, es bien sabido que hoy en día existe una gran accesibilidad a cualquier tipo de droga, especialmente la marihuana que es considerada de bajo costo y de fácil acceso para los universitarios incluso dentro del mismo centro educativo por lo que su consumo ha incrementado considerablemente.

En cuanto a sexualidad, el 1.4% resultó tener vida sexual activa y haber presentado en alguna ocasión una enfermedad de trasmisión sexual (ETS). Respecto a la vida sexual activa, estos resultados son inferiores a diversas investigaciones (Valencia, Canaval, Reyes, Hassan y García, 2011 [19 11]; García, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012)[12] quien han encontrado prevalencias altas de jóvenes que tienen vida sexual activa (72% a 84.8%). Estas diferencias tal vez puedan deberse a que los estudiantes del presente estudio pertenecen a familias sumamente conservadoras y con un arraigo religioso, lo que probablemente influya en su comportamiento sexual. En el estudio Acosta et al (2010)[13] encontró que el 4.3% de los estudiantes presentó alguna ETS, dato que es superior a lo encontrado en el presente estudio. Lo que hace suponer que los jóvenes que participaron en el presente estudio tienen un mejor conocimiento sobre la prevención de ETS.

En este mismo estudio se encontró que los embarazos se presentaron en el 10% de la población, de los cuales el 75.3% no han sido planeados, datos que son superiores a lo encontrado en el presente estudio. Lo anterior se relaciona a que en el presente estudio la población con vida sexual activa es inferior y por lo tanto también el número de embarazos no planeados.

En cuanto a los reportes de violencia, el 3.4% señaló haber sido víctima de violencia sexual y 2.2% de violencia intrafamiliar. Al respecto Lumbreras et al (2009)3 encontraron que casi la quinta parte de los estudiantes tuvo agresión sexual, mientras que solo el 4% fue víctima de violencia familiar. Estas diferencias son congruentes con lo encontrado en la presente investigación, que solo una pequeña parte de la población ha iniciado su vida sexual activa y en su mayoría provienen de familiares conservadoras y tradicionalistas lo que tal vez influye para que exista poca violencia intrafamiliar.

Por otro lado, el 3.1% presentó comportamientos relacionados con bulimia o anorexia (mujeres 4.6%, hombres 1.0%). Descubrimiento que es inferior a lo reportado por Olesti, et al (2008)[20 21 22] quienes encontraron una prevalencia combinada de bulimia y anorexia del 3.8%. Esto tal vez se pueda explicar a que en el presente estudio la presencia de sobrepeso y obesidad es alto, por lo que no recurren a estas medidas para bajar de peso. Además un 1.2% que indicó haber tenido ideación o intento suicida. Dato que es inferior a lo reportado por Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton y Plasencia (2010)[15] que encontraron una prevalencia del 23.1%. Estas diferencias probablemente se atribuyen a que los estudiantes de la presente investigación pertenecen a familias en su mayoría tradicionalistas y con valores religiosos muy arraigados lo que tal vez influya para existe en menor cantidad estos problemas.

Respecto a la prevalencia de factores de riesgo psicosocial, se encontró que los universitarios señalaron tener antecedentes heredofamiliares de hipertensión, diabetes mellitus tipo I. Además reportaron un consumo alto de alcohol, así como un poco más de la tercera parte de ellos señalo ocupar siempre o algunas veces anticoncepción de emergencia. Un alto porcentaje presentó sobrepeso u obesidad, ya que casi la mitad de los encuestados resultaron sedentarios, también casi la mitad de los estudiantes presentó problemas de salud bucal, mientras que un poco más de la quinta parte de los estudiantes tuvo algún tipo de problema visual. Finalmente el 23.4% se había realizado tatuajes o piercings, mientras que el 20% clasificó baja cohesión familiar. Estos datos se confirman por diversas investigaciones [2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 16], ante este resultado es importante diseñar o fortalecer estrategias que eliminen o disminuyan los factores de riesgo en esta población con la finalidad de mantener un estado de salud óptimo.

En cuanto a la prevalencia de factores protectores, se encontró que casi la tercera parte de los estudiantes se percibe con buena salud, casi el 100% consideró que su desarrollo físico era normal, un 78.5% indicaron nunca haber fumado o ya no hacerlo. De igual manera más de la quinta parte de los estudiantes señaló nunca haber consumido o ya no consumir alcohol, un 36.9% no habían iniciado su vida sexual activa, y un 46.4% de los que mencionaron tener relaciones sexuales indicó utilizar el condón como método anticonceptivo. Casi el 100% tenían bien definido su proyecto de vida al menos para los próximos 10 años, y ser hijo de padres con escolaridad igual o mayor a bachillerato. Finalmente casi la quinta parte señaló leer libros en su tiempo libre y el 56.2% escuchar música. Estos factores protectores son congruentes con algunas investigaciones en universitarios [23] [17, 18,19]. Lo que se traduce que los programas de salud puestos en marcha dentro de las universidades, están funcionando de manera importante para mantener un estado de salud óptimo en la población estudiantil.

Conclusiones: Los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Por esto es necesario crear conciencia e implementar estrategias que promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables, permitiendo mitigar efectos e impactando en la calidad de vida de cada uno de los individuos.

Referencias

Moreno Y. Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana [tesis doctoral]. Valencia: Servei de Publicacions, Universitat de Valencia; 2004

[2] Álvarez C LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. (Spanish). Lifestyles: from the individual to the context (English). 2012;30(1):95-101.

[3] Mantilla-Toloza SC, Gómez-Conesa A, Hidalgo-Montesinos MD. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios. (Spanish). Physical activity and tobacco and alcohol use in a group of university students (English). 2011;13(5):748-58.

[4] Secretaría de Salud Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Primera edición, septiembre 2013. Impreso por IEPSA.

[5] Calleja N. Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. (Spanish). Smoking Susceptibility and Smoking Behavior among Girls (English). 2012;11(4):1227-34.

[6] Solórzano N, Gaitán P. Estudio de riesgo-protección psicosocial en estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Psicología Iberoamericana 2008; 16(2): 40-47.

[7] Alonso PL, Pérez MA, Alcalá G, Lubo GA, CA. Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). Salud, Barranquilla [periódico na Internet]. 2008 Dez [citado 2014 Mar 10]; 24(2): 235-247.

[8] Lumbreras DI, Moctezuma AM, Dosamantes CL, Medina HM, Cervantes RM, López LM, et al. Estilo de Vida Y Riesgos Para La Salud en Estudiantes Universitarios: hallazgos Para La Prevención. Rev. digital Universitaria 2009; 10 (2):1-12.

[9] Aguilar YA, Pérez LD, Rodríguez GLM, Hernández CS, Jiménez GF, Rodríguez GR. Prevalencia estacionaria de sobrepeso y obesidad en universitarios del sur de Veracruz, México. Med Univer 2010; 12(46): 24-28.

[10] Acosta S, Ibáñez E, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Mojica C, et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. N O V A 2010; 8(13): 32-43.
[11] Ponce PD, Ruiz EC, Magaña RA, Arizona AB, Mayagoitia WJ. Obesidad y factores de riesgo en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. Salus cum propositum vitae 2011 12(4): 1-18.
[12] Salazar Garza ML, Ávila Hernández OP, Pérez Castro JL, Martínez Martínez KI. Detección temprana de jóvenes universitarios en riesgo por su consumo de alcohol. Investigación y Ciencia 2010; 1840-46.
[13] Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. 2012. Disponible en www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.
[14] Espinoza GF, Zepeda PV, Bautista HV, Moisés HS, Newton SO, Plasencia GG. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Publica Mex 2010; 52: 213-219.
[15] Luengo, M.A., Otero L., J. M., Romero, E. y Gómez F., J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. Análisis y Modificación de Conducta, 22(86): 683-708.
[16] Fuente HJ, Marcela González CM, Ortega MM, Sifuentes VM. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Salud Publica Mex 2008; 50:235-240.
[17] García GA, Núñez CS, Moreno AA, Rojas MA, Caballero VE, Meléndez OC, Sánchez SR, Santos VS. Evolución del hábito tabáquico en jóvenes universitarios en la primera década del siglo XXI. Enferm Cardiol. 2010; 17(50):47-51.
[18] Valencia CP, Canaval GE, Reyes LF, Hassan S, García A. Reconociendo mi salud sexual: encuesta asistida por computador para la identificación de factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. Cultura del Cuidado Enfermería 2011; 8(1): 24-33.
[19] García VE, Menéndez E, Fernández P, Cuesta. M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87.
[20] Vidal GD, Del Campo SK, Chamblás GI. Fernández AC, Sáenz PJ. Factores de protección ante el consumo de drogas en estudiantes universitarios 2009. Disponible en http://www.trabajosocialudec.cl/rets/wp-content/uploads/2010/12/factores-de-protecci%c3%93n-ante-el-consumo-de-drogas-en-estudiantes-universitarios.-.pdf.
[21] Páez CM, Universidades saludables: los jóvenes y la salud. Archivos de Medicina 2012; (12) 2: 205-220.
[22] Espinoza F, Zepeda V, Bautista V, Hernández, CM, Newton OA, Plasencia GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios Adolescentes. Salud Pública Mex 2010; 52: 213-219.
[23] Tirado MR, Aguaded GJ, Marín GI. Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. Salud y Drogas 2009; (9) 2: 165-184.

NIVEL DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

INVESTIGADORES:
E.L.E. ARIZMENDI CAMPOS KAREN LIZBETH
E.L.E. AVILA IBARRA MARÍA DEL ROSARIO
E.L.E. ESQUIVEL RIVAS YASMIN
E.L.E. LUÉVANO AGUILAR MELISA
E.L.E. MARÍN MARTINEZ JUANITA
E.L.E. RODRÍGUEZ GALLEGOS ERNESTO
E.L.E. TORRES GONZÁLEZ DORA ISABEL
E.L.E. VILLALOBOS CINTO GEMA ELIZABETH
TUTOR: M.C.E. NERY GUERRERO MOJICA

RESUMEN

Introducción: El consumo inadecuado de alimentos y cambio de hábitos, lleva a un estado de malnutrición tanto por deficiencia o por exceso, en las poblaciones estudiantiles, creando un riesgo para su desarrollo biopsicosocial. **Objetivo:** Determinar el nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de pregrado de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. **Metodología**: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. Se utilizó una muestra por disposición, de 350 estudiantes de pregrado de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en Febrero de 2013. Se diseñó un instrumento ex profeso para determinar el nivel de autocuidado alimentario con un nivel de confiabilidad de 0.71 por alpha de Cronbach. Se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 20.0 se analizaron los datos a través de la estadística descriptiva. **Resultados**: El grupo de estudiantes estuvo conformado entre una edad de 18 a 30 años, obteniendo un nivel de autocuidado, bueno 31%, regular 60% y malo 9%, aceptando la hipótesis alterna 10.28 >0.05,. **Discusión**: Se señala una mala alimentación en estudiantes universitarios de la escuela de dietética y nutrición del ISSSTE según Gallardo y Buen 2010. Utilizando la prueba de diferencia de proporciones se obtiene información suficiente para decir que el nivel de autocuidado alimentario de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes no es bueno, coincidiendo con el estudio anterior. **Conclusión**: Los estudiantes de pregrado presentan modificación en los hábitos alimenticios y actividades cotidianas que afectan su nivel de autocuidado alimentario.

PALABRAS CLAVE: estudiantes universitarios, alimentación, autocuidado.

INTRODUCCIÓN

Todo grupo humano posee patrones y hábitos de alimentación que incluyen actos repetitivos para satisfacer las sensaciones de hambre, apetito, y todas las técnicas para obtener, preparar e ingerir sus alimentos [(1)]; asimismo la teoría de la alimentación nos menciona que el aporte de nutrimentos son necesarios para el desarrollo de toda actividad metabólica del organismo. [(1)]

Los habitantes del México antiguo disfrutaban de excelentes alimentos, ya que contaban con una gran variedad de productos para una dieta sana y atractiva. [(2)]
Por otro lado, dentro de las sociedades prehispánicas existieron desigualdades sociales y económicas, lo que significó que no todas las personas consumían los mismos alimentos, teniendo como principales actividades la economía del recolector, cazador, agricultor,

ganadero y metalúrgico. La economía recolectora solo aprovechaba los vegetales de fácil acceso. [3] Sin embargo en la actualidad sabemos que dietéticamente es indiferente con qué alimentos se satisfacen las necesidades nutritivas por mucho que exista diferencia en los alimentos que se consumen en las dietas. En la actualidad existen diversas actividades de las cuales depende la economía de una sociedad; un claro ejemplo es aquel en el que se involucra el proceso de transformación de los alimentos, en conjunto con el poder adquisitivo, brindando la oportunidad de elegir diversos productos con diferentes costos.

Alimentarse es un acto central de la vida cotidiana [4] por lo cual es común que existan diversas sugerencias, tips y recomendaciones relacionadas con una sana alimentación, esto se ha ido transmitiendo con el paso del tiempo. La tradición recoge un extenso número de consejos relativos a la alimentación cuyo origen es diverso; en muchos casos son producto de la fantasía o del pensamiento mágico, pero a veces obedecen a la observación cuidadosa de algún hecho con interpretaciones regularmente acertadas. [4] Con el tiempo, el pensamiento científico sustentó algunas de esas recomendaciones, permitiendo entender lo que ocurría.

Actualmente los hábitos alimenticios se han modificado por diversos factores [4], dentro de los cuales se incluyen; cambios en el estilo de vida, factores económicos, culturales, sociales, psicológicos, etc., siendo los jóvenes quienes presentan mayor vulnerabilidad ya que al aumentar la edad indica ser liberal o de alguna manera tomar las dediciones por sí solo [4], el problema surge cuando no se toman las decisiones adecuadas respecto a la alimentación que se ingiere.

El estudiante universitario debe adaptarse a las exigencias académicas, horarios y cultura organizacional, lo cual afecta su estilo de vida y sus hábitos alimenticios. [1] Las consecuencias que puede traer este cambio van desde el bajo rendimiento académico, problemas de atención y concentración, hasta la deserción estudiantil. En los grupos de estudiantes universitarios que frecuentemente presentan responsabilidades extra académicas, se favorece un nivel de autocuidado poco saludable, comprometiendo el consumo de alimentos de baja calidad nutritiva y afectando su capacidad intelectual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

Los estudiantes universitarios adquieren un estilo de vida diferente en hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones frente a las diversas circunstancias en las que se desarrollan; debido a que desempeñan diferentes roles en el aspecto laboral, familiar, económico, etc., convirtiéndolo así en un grupo de gran vulnerabilidad a tendencias de cambio alimenticio.

Las comidas irregulares, los refrigerios, el tomar alimentos fuera de casa y el seguir un patrón de alimentación alternativo caracterizan los hábitos alimentarios de este grupo social.

Un estudio realizado en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) en España, encontró que casi un cuarto de la población estudiantil universitaria sufre de obesidad y sobrepeso, ya que su alimentación consiste en una dieta rica en proteínas, grasas y fibra, pobre en

glúcidos complejos, además se destaca que el perfil lipídico de las comidas analizadas correspondió a una dieta rica en aceite de oliva y pobre en aceites de semilla siendo más frecuente en las zonas de influencia mediterránea [5].

En México de acuerdo a la ENSANUT 2012, se encontró que el 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Entre 2006 y 2012 el aumento combinado de sobrepeso y obesidad fue de 5% para los sexos combinados, es decir, 7% para el sexo femenino y 3% para el masculino. Y en personas adultas reveló una prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad en adultos de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres [10].

Mientras que en los estudiantes de recién ingreso a la Universidad de Ciudad Juárez se realizó una valoración antropométrica para la estimación del peso, talla y mediante estos calcular el Índice de Masa Corporal así como la medición de la cintura en 4,023 individuos. [2] Encontrándose sobrepeso sobre todo en los hombres. En general existe bajo peso en un 21.3%. Sobrepeso en un 17.6%. Obesidad con 2.1%. Como podemos observar el bajo peso es el problema con mayor porcentaje relacionado a varios factores como son la procedencia, los hábitos alimenticios, etc. Además se observó que el 22.3% de los estudiantes realiza menos de tres comidas al día, de los cuales el 19% no desayuna; siendo el grupo de las mujeres con mayor porcentaje en este punto. Añadiendo que el 52% de los estudiantes consume antojitos como papitas, nachos, pizzas, y hamburguesas tres o más veces a la semana, siendo los hombres con mayor tendencia que las mujeres en este punto.

En cambio en Aguascalientes según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 [6] demostró que la prevalencia de peso excesivo en Aguascalientes fue de 68.5% en adultos mayores de 20 años de los cuales un 69.1% son mujeres y 67.7% hombres, describiendo que la prevalencia de circunferencia de cintura (considerada como obesidad abdominal) fue de 74% en el estado, con una marcada diferencia entre sexos es decir; 64% en hombres y 81% en las mujeres. Además cabe mencionar que también existe una prevalencia de desnutrición en adultos del estado ubicando a las localidades urbanas con un 2% y menos del 1% en rurales.

En general, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de Aguascalientes se ubica ligeramente por debajo del promedio nacional.

La presente investigación corresponde a la línea de investigación “cuidado de Enfermería” del departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se fundamenta en diversos estudios y fuentes que nos revelan resultados sobre el estado de nutrición de los estudiantes universitarios en diferentes sitios, mostrándonos que es necesario que se preste mayor atención en materia alimentaria, describiendo los hábitos alimenticios y a partir de esto poder implementar diferentes tipos de programas, proporcionando un buen manejo alimenticio en la vida cotidiana del estudiante universitario.

Viabilidad

El estudio es viable ya que se cuenta con los recursos materiales, humanos y económicos para su realización.

Factibilidad

Es factible para la Sociedad, la profesión y el grupo de estudio, ya que a través de la investigación se brindará información sobre el nivel de autocuidado alimenticio de los estudiantes universitarios, permitiéndole a la profesión de Enfermería en coordinación con otras disciplinas del área de la salud el diseño de programas que busquen fomentar y mejorar el autocuidado alimentario de este grupo poblacional, trayendo consigo la prevención de posibles alteraciones tanto biológicas, psicológicas y sociales, logrando a la vez el desarrollo integro de la sociedad a la cual pertenece.

Se ha planteado hacer un estudio con los estudiantes universitarios de la UAA, con el propósito de determinar el **Nivel de Autocuidado Alimentario**, ya que se supone que los estudiantes universitarios son los que están mejor informados sobre el tipo de alimentación adecuada, surgiendo así la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes?

MARCO TEÓRICO / CONCEPTUAL

El presente apartado se integra por:

1. **Teorías**

1.1 Teoría del autocuidado.

En ella se explica y describe el auto cuidado. Lo define como una actividad aprendida por la persona y orientada hacia un objetivo. Es por tanto una actividad ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.
Existen varias clases de auto cuidados: los que se derivan de las necesidades básicas del individuo (alimento, descanso, oxigeno…), los asociado al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez…) y los derivados de las desviaciones del estado de salud.
Por tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de los de las personas que tiene a su cargo, la cual tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, comportarse de forma que se trate de alcanzar el bienestar y la salud. La presente teoría se basa en tres más, entre las cuales se encuentran:

1.1.1 Teoría del déficit del auto cuidado.

Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de auto cuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el auto cuidado continuo.

La existencia de un déficit de auto cuidado es la condición que abala la necesidad de los cuidados de la enfermería. [(3)]
Para el presente trabajo se abordarán la teoría del auto cuidado de Dorothea E. Orem, así como la teoría de la alimentación, de la primera autora citada se desglosa la Teoría del déficit del auto cuidado que nos menciona como es que se llega a presentar tal

situación, mientras que la Teoría de la Alimentación nos habla de los nutrimentos que el cuerpo requiere para un adecuado funcionamiento.

1.2 Teoría de la alimentación.

El organismo humano depende del aporte de energía y de determinadas sustancias químicas que le llegan a través de la alimentación. Estas energías y sustancias se requieren para su desarrollo, y así mantener las funciones corporales y mentales, conservar el calor corporal, reconstruir los componentes utilizados en los procesos vitales y, por lo tanto, para toda la actividad metabólica.

Por todo ello, resultan imprescindibles para el funcionamiento de nuestro organismo los componentes de los alimentos que conocemos bajo el término global de «sustancias nutritivas»: proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. En realidad, dietéticamente es indiferente con qué alimentos cubrimos nuestras necesidades nutritivas: por muy diferentes que sean los alimentos y las dietas que se basan en ellos, siempre tienen en común las mismas sustancias nutritivas. Por lo tanto, cada una de estas dietas provee al hombre una alimentación completa, si se eligen los alimentos adecuados. [(4)]

En la alimentación de la población de zonas templadas predominan los alimentos básicos ricos en hidratos de carbono: trigo, centeno, maíz, arroz y mijo; en los países tropicales se consumen preferentemente frutas, tubérculos y raíces ricas en fécula, es decir, patatas, mandioca, boniatos, ñame o plátanos para cocinar.

Ninguno de estos alimentos básicos resulta superior a los demás, siempre que se compensen las insuficiencias nutritivas de algunos con alimentos complementarios.

Puesto que no son los alimentos, sino las sustancias nutritivas contenidas en ellos las que resultan decisivas para una alimentación correcta y completa, no se puede catalogar a determinados alimentos como marcadamente positivos o negativos.

Otros alimentos como las grasas, los almidones puros o el azúcar; se consideran faltos de sustancias nutritivas porque sólo contribuyen a la satisfacción de la necesidad energética. Limitarlos a la función de mero «concentrado calórico» o «calorías vacías» y desaconsejar su consumo no es recomendable desde el punto alimentario. Siempre es prioritario adaptar la cantidad a las necesidades, conservando la proporción equilibrada de todas las sustancias nutritivas necesarias. La manera más simple de conseguirlo es mediante una alimentación variada. Con este fin, son preferibles los alimentos con variedad o alta densidad de sustancias nutritivas, que un consumo limitado a alimentos puramente calóricos. [(4)] (Ver anexo III)

2. Legislación

2.1 NOM-043-SSA2-2005 Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

El propósito fundamental de esta norma es establecer los criterios generales para la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.

Las características de una dieta correcta que cita la presente norma son:

Completa: que contenga todos los nutrimentos, donde se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.

Equilibrada: que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.

Inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud al estar exenta de microorganismos patógenos, toxinas, contaminantes y se consuma con moderación.

Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos. **Variada:** donde incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas, ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.
El Plato del Bien Comer, una guía de alimentación para México, es un gráfico donde se representan y resumen los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria, en la que se emite como mensaje central la sustitución y complementariedad: "variar dentro de cada grupo" y "combinar entre los grupos".

El esquema del Plato del Bien Comer no fue diseñado para sustituir un programa de orientación alimentaria, sino que es un instrumento con propósitos de ayuda gráfica, para ilustrar como promover una dieta saludable, mediante la combinación y variación de los alimentos que integran la dieta. (7)
Mantener un peso deficiente o en exceso favorecen el desarrollo de problemas de salud; por lo contrario toda persona mayor de 18 años con IMC (Índice de Masa Corporal) entre 18.5 y 24.9, se considerara que cuentan con un peso adecuado.

3. Marco conceptual

La Demanda de auto cuidado nos indica las acciones y/o actividades que el individuo debe realizar para cumplir con los requisitos de **auto cuidado**, ya que las actividades aprendidas (alimentación, descanso y oxigeno) conducen al logro satisfactorio de éste, e interviene en el pleno crecimiento del individuo, pero si la demanda que se crea es superior a la capacidad de la persona surge el **déficit de autocuidado.**
Dentro de las cuestiones sociales de mayor prevalencia se encuentra la **alimentación** que implica la ingestión de **alimentos,** cuyo consumo en cantidades y formas habituales es inocuo y atractivo a los sentidos, por medio del cual el organismo obtiene sus satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena. Cuando el individuo realiza cotidianamente un **plan de alimentación,** éste le permite la mayor preservación de su salud; creando el pleno bienestar biopsicosocial, ya definida por la OMS, en esta ocasión se hace énfasis al abordaje de la alimentación del estudiante universitario. (7)

4. Variables

Demanda de auto cuidado: cantidad y tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar los requisitos de auto cuidado, por lo que si la demanda es superior a la capacidad de la persona surge el déficit de auto cuidado. (7)
Autocuidado: Actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo, existen varias clases como son los que derivan de las necesidades básicas y de crecimiento al individuo (alimentación, descanso y oxigeno), los asociados al proceso de desarrollo y los derivados al estado de salud. (7)
Alimentación: Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena. (7)
Alimento: Son órganos, tejidos o secreciones que contienen cantidades apreciables de nutrimentos biodisponibles, cuyo consumo en cantidades y formas habituales es inocuo y atractivo a los sentidos. (7)
Plan de alimentación para personas sanas: Aquel que el individuo suele realizar cotidianamente y que le permite la preservación de la salud, la cual definida por la OMS es el pleno bienestar biopsicosocial de la persona. (7)

"El nivel de auto cuidado alimentario en los estudiantes de la universidad Autónoma de Aguascalientes"

Los hábitos alimenticios son alterados por las actividades escolares junto con factores ajenos (económicos, sociales, culturales, de comunicación y publicidad, sociales a nivel del hogar, religiosos, éticos, morales e individuales).
Este estudio está justificado por ser un problema de la actualidad que está basado en la importancia de conocer el grado y causas de las condiciones nutricionales y los hábitos alimenticios de los estudiantes para poder relacionarlos con el nivel y calidad del desenvolvimiento escolar, así de la misma manera favorece el diseño de estrategias para la promoción de la buena alimentación y salud en los jóvenes quienes serán los próximos generadores del cambio.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (Ho):
El nivel de autocuidado alimentario de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes es bueno.
Hipótesis alterna (Ha):
El nivel de autocuidado alimentario de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes no es bueno.

OBJETIVO

Objetivo general
Determinar el nivel de autocuidado alimentario de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
Objetivos específicos

- Identificar las características de los sujetos de estudio.
- Identificar las características que determinan el nivel de autocuidado alimentario.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Aplicado**,** Cuantitativo, descriptivo.
Diseño metodológico: No experimental**,** prolectivo, transversal, prospectivo.
Limite de espacio y tiempo (Ver apéndice 1)
-Lugar donde se realizó el estudio: Universidad Autónoma de Aguascalientes, con fecha de 13 Febrero de 2013, con un universo de 12, 876 estudiantes del Nivel de Pregrado en Ciudad Universitaria.
Tipo de muestra: por disposición.
Tamaño de la muestra: 350 Estudiantes según programa estadístico raosoft, disponible en: http://www.raosoft.com/samplesize.html
Conformación del grupo de estudio: estudiantes de pregrado de ciudad universitaria de la Universidad Autónoma de Aguascalientes que se encuentren presentes en los lugares de mayor concurrencia que son las 5 cafeterías de dicha institución cada una con 20%, correspondiente a 70 estudiantes.

Criterios:

- **Inclusión**: Estudiantes del Nivel de Pregrado en la ciudad universitaria de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- **Exclusión:** Estudiantes que no pertenezcan al nivel de pregrado de la ciudad universitaria de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y los que no deseen participar en el estudio.
- **Eliminación:** Estudiantes con encuestas incompletas.

Variables

- Descriptivas (Ver Apéndice II)
- De estudio (Ver Apéndice III)

Instrumento: El instrumento exprofeso (Ver apéndice IV) de evaluación del Nivel de Autocuidado Alimentario en Estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, está conformado por ocho apartados con un total de 67 items:

APARTADO y No. ITEMS	PUNTAJE DE CALIFICACIÓN
• Datos sociodemográficos: 11 items	Sin ponderación
• Alimentación: 10 items • Actividad física y ejercicio: 7 items • Esparcimiento: 4 items • Cuidado de la salud: 8 items • Hábitos nocivos: 6 items	**1.-** Siempre **2.-** Frecuentemente **3.-** Algunas veces **4.-** Nunca
• Seguridad alimentaria: 18 items	**1.-** Muy Seguido **2.-** Algunas veces **3.-** Nunca
• Percepción de la alimentación, imagen corporal y salud: 3 items	**1**.-Muy buena **2**.- Buena **3**.- Normal **4**.- Mala **5**.- Muy mala

Confiabilidad del instrumento: Se realizó una prueba piloto a 26 estudiantes de un grupo externo a los individuos en estudio con fecha 28 de enero de 2013, donde se calculó que el instrumento cuenta con una confiabilidad Alfa de Crombach de 0.761 utilizando un nivel de confianza del 95%.

Procedimiento: Se acudió a las 5 cafeterías de la ciudad universitaria donde se aplicó la misma proporción de instrumentos (70) en cada una a los estudiantes que desearan participar, la forma de aplicación del instrumento fue autoaplicada.
Análisis estadístico: El paquete estadístico: SPSS versión 20, Excel
Recursos
-Humanos

8 estudiantes investigadores
1 Profesora titular
2 Profesores colaboradores (Nutrición, Estadística)

-Materiales
- Libro de Metodología de la investigación: Sampieri
- Artículos de consulta avanzada (Pubmed, Scyrus y Bvs)
-Programas estadísticos
- Documentos impresos
- Fotocopias de archivos
- Fotocopias del instrumento de evaluación
- Hojas de máquina
- Lápices y plumas
- Equipo de cómputo e impresión
- Cuaderno de notas escolares
- Calculadora científica

- Financieros

- Impresión y copias de documentos informativos: $100.00

- Impresión y copias del instrumento de evaluación: $200.00

Cronograma de actividades (Ver apéndice I)

Difusión
- Exposición en V Seminario de Investigación y XII Productos Académicos

- Revista IMSS

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La investigación se baso en Ley General de Salud del Estado de Aguascalientes [8] y en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [9]
Esta investigación se diseñó para medir el nivel de autocuidado alimentario del estudiante de universidad por lo que no se daña la vida, la integridad y confiabilidad de la persona. Según la Ley General de Salud se debe tener en cuenta que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico, mental y social de la mujer y del hombre; contribuyendo al ejercicio pleno de sus capacidades, sin invadir su privacidad.
La investigación se basó en los principios de:
- Autonomía: Respeto a la decisión de las personas, respetando su voluntad.
- Beneficencia: Es decir no hacer daño. Haciendo uso correcto de los datos.

Respeto a la dignidad humana: derecho libre de decidir el querer contribuir en el estudio. Destacando que no es dañino e involucra el aspecto humanista, mostrando confidencialidad y respeto en los datos de los participantes.
En la Ley General de Salud Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I Artículo XIV apartado V nos dice que se debe de contar con un consentimiento informado para la realización de dicha investigación por escrito el cual se encuentra anexo a la encuesta (Ver apéndice III).

Como sabemos la promoción del mejoramiento de la nutrición es un servicio básico, es por ello que este documento pretende determinar el nivel de autocuidado en los estudiantes, para dar herramientas a Enfermería como a otras disciplinas biomédicas que puedan interferir en este punto.

RESULTADOS

Se aplicó el instrumento a un total de 350 estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes de diferentes carreras, de los cuales según su sexo 178 son femenino y 172 masculino, variando entre los 18 a los 30 años de edad, con una media de 20.57 años (Tabla No. 1).

Tabla No. 1

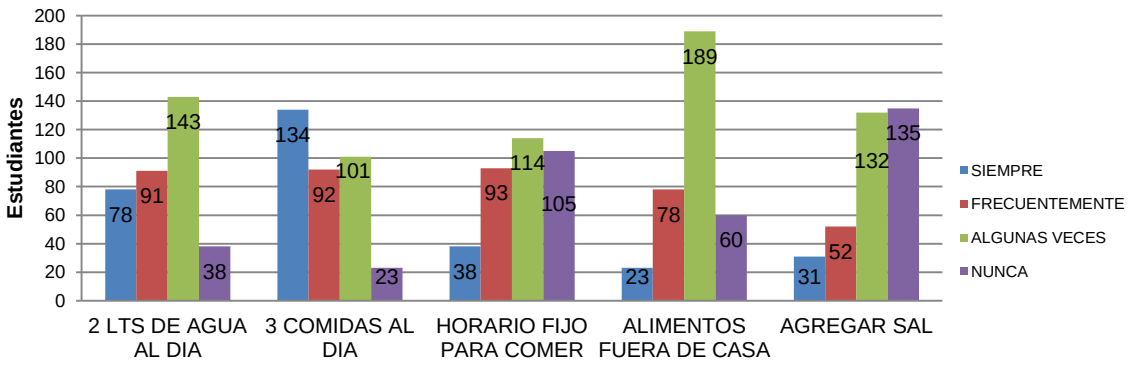
Edad por sexo de estudiantes de Universidad Autónoma de Aguascalientes

Edad de los estudiantes	Sexo de los estudiantes		**Total**
	Femenino	Masculino	
18	35	28	63
19	35	24	59
20	33	27	60
21	37	27	64
22	21	26	47
23	12	20	32
24	2	10	12
25	1	5	6
26	0	3	3
27	0	1	1
28	0	1	1
29	1	0	1
30	1	0	1
Total	178	172	350

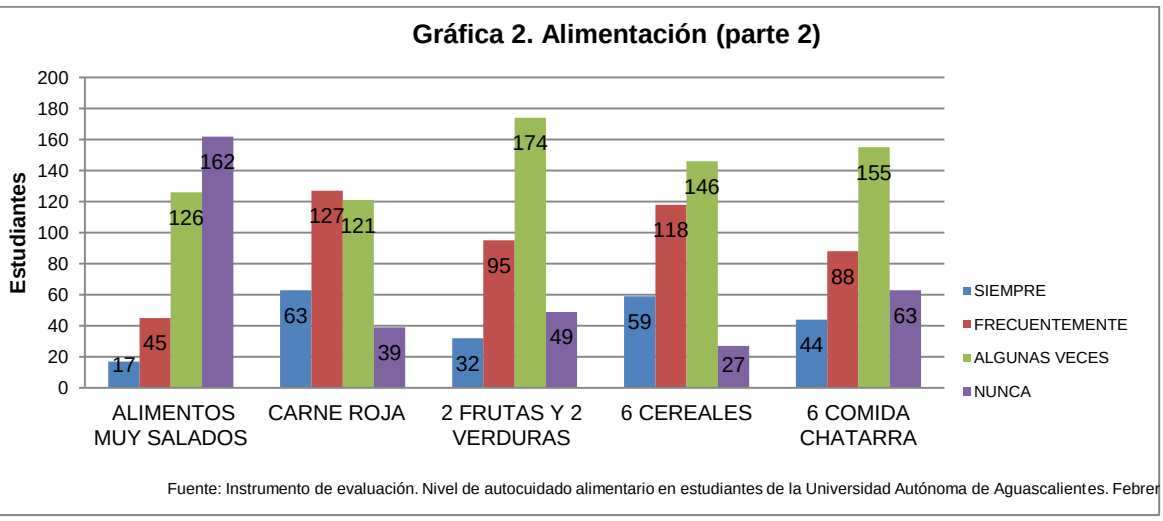
Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013

Según su estado civil 330 son solteros, 9 casados, 9 en unión libre y 2 viudos, tomando en cuenta que 31 de este total cuentan con mínimo un hijo. La mayoría de estos estudiantes viven con sus padres con un porcentaje de 79.7% (279 estudiantes), 10.3% (36 estudiantes) viven solos, 8.3% (29 estudiantes) con amigos y el 1.7% (6 estudiantes) restante viven con su pareja.
En la parte laboral 28.6% (100 estudiantes) cuentan con algún trabajo, siendo estos variados tanto en tipo, lugar y horario.

En el apartado de **alimentación,** en minoría de estudiantes nunca consumen 2 litros de agua diario pero siempre con 78 estudiantes no es un número considerable; la mayoría de los estudiantes algunas veces como fuera de casa, al igual que algunas veces los estudiantes consumen comida chatarra; y hay un número considerable de estudiantes que no siempre consumen 3 comidas al día (Gráfica No. 1 y No.2).

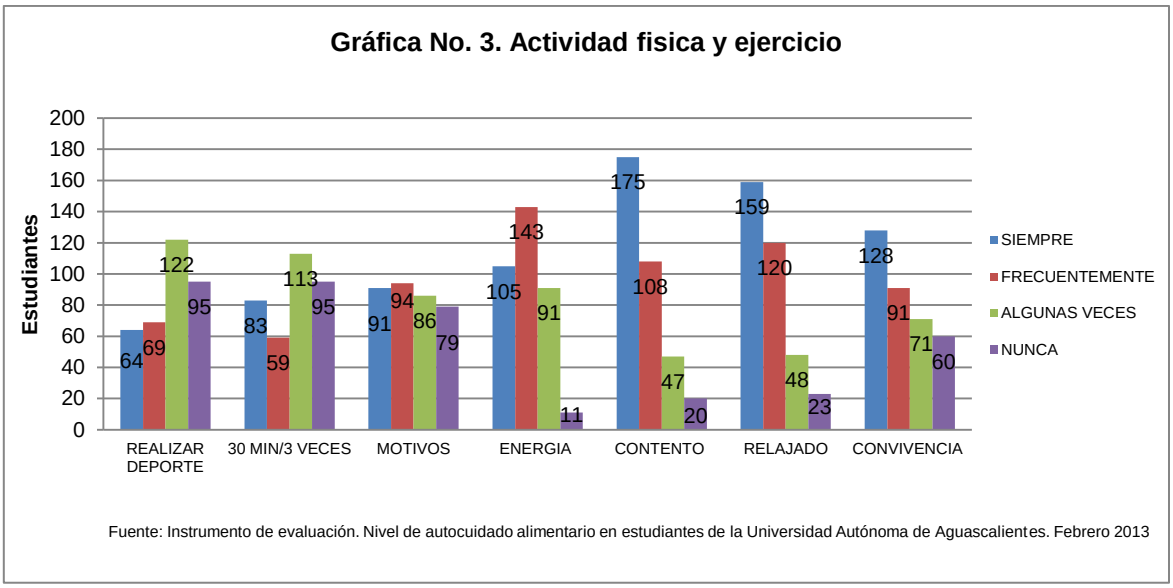


Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013.

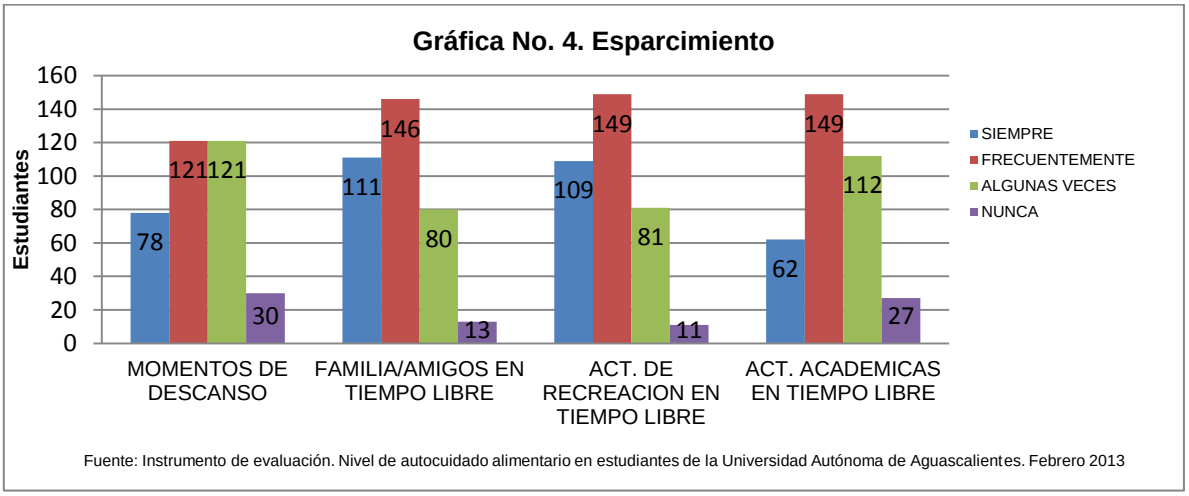


Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrer

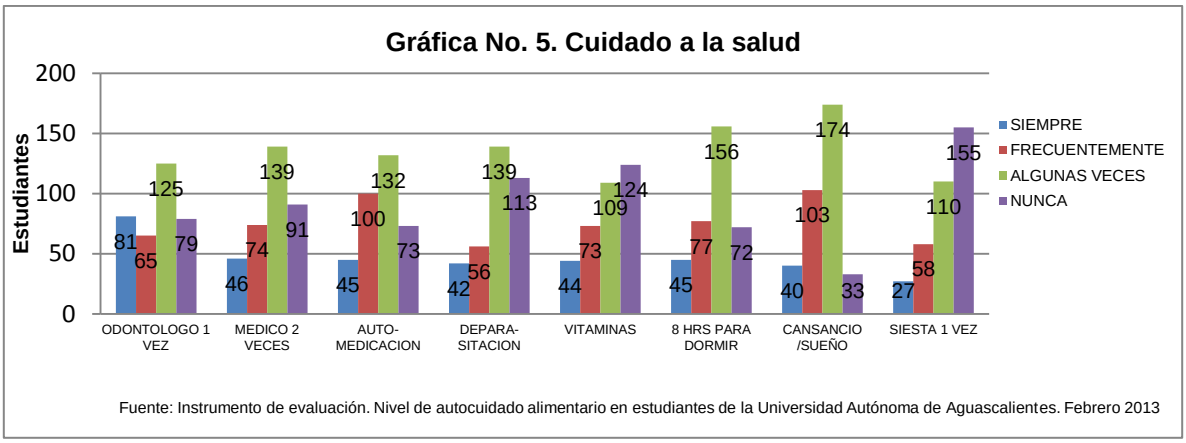
En el apartado de **actividad física y ejercicio** (Gráfica No. 3) se obtuvieron resultados que nos indican lo positivo de realizar alguna actividad pero la mayoría de los estudiantes no realizan una actividad fija.



En el apartado de **esparcimiento** (Gráfica No. 4) los reactivos se dedicaron a costumbres que hace el individuo en tiempo libre.

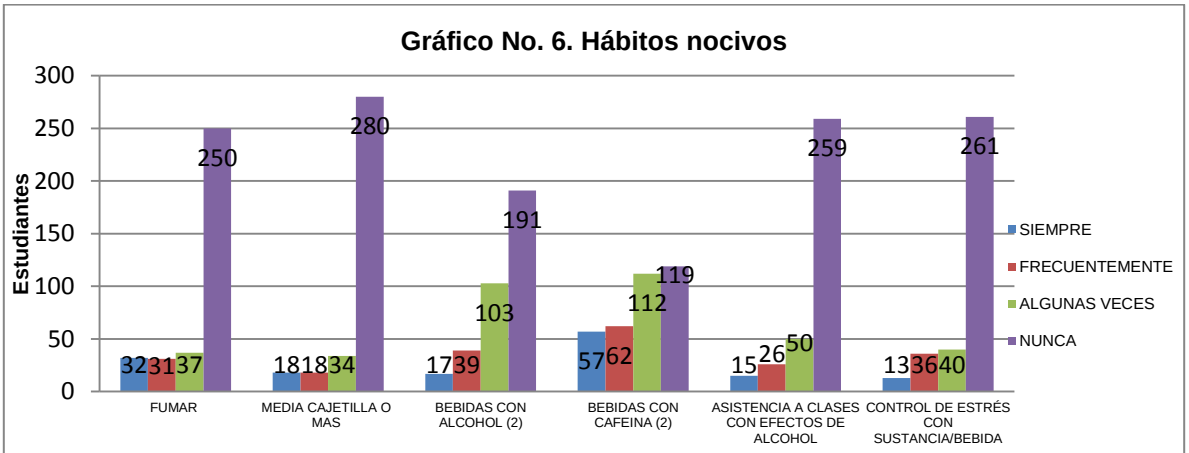


En el apartado de **cuidado a la salud** (Gráfica No. 5), existen estudiantes que se auto medican, además con mayor numero en algunas veces como respuesta los estudiantes duermen 8 horas. Diarias y presentan cansancio, observando que en su mayoría nunca tienen siesta.



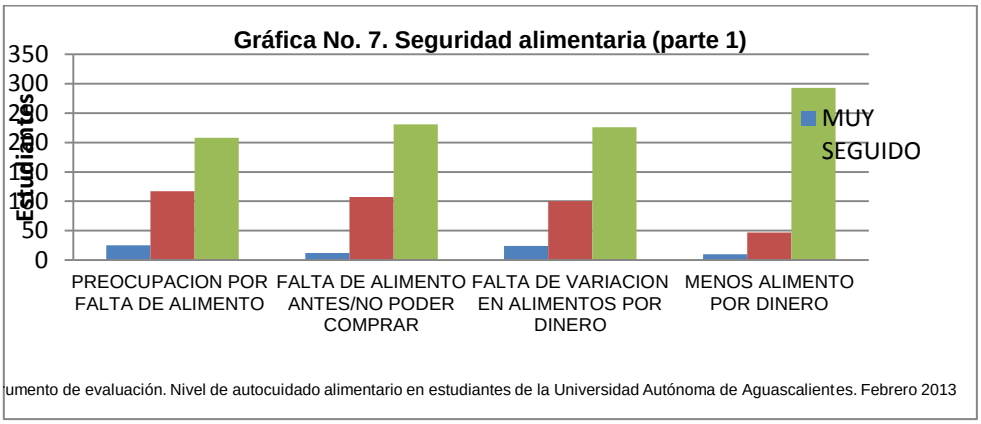
Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013

En el apartado de **hábitos nocivos** (Gráfica No. 6) teniendo en su mayoría respuestas de nunca lo cual es favorable.

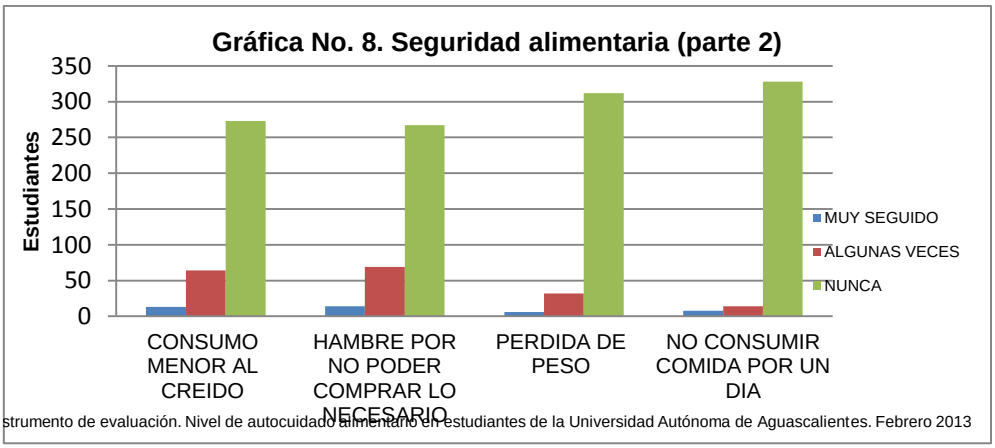


Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013

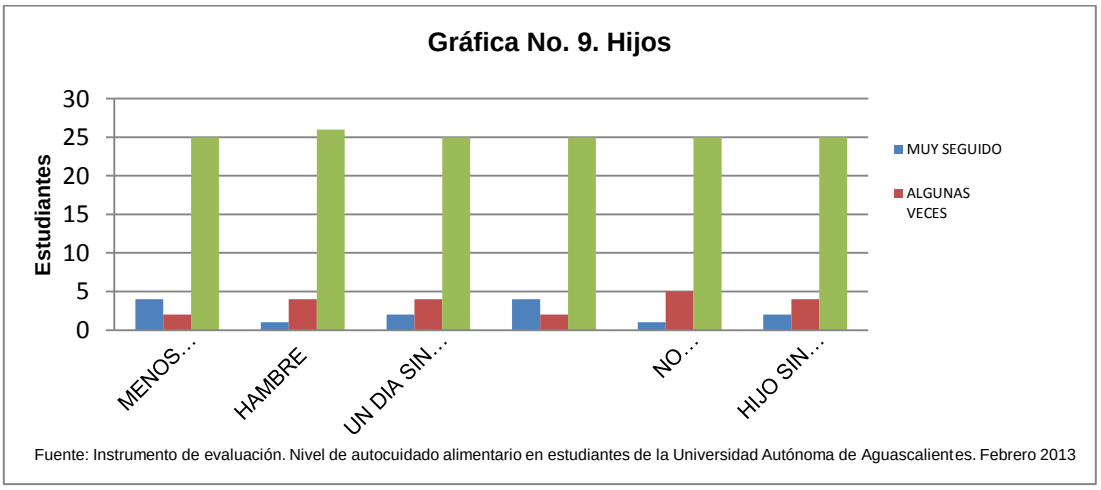
El apartado de **seguridad alimentaria** (Gráfica No. 7 y 8) apartado en el cual afecta la economía, aunque en su mayoría se obtuvo una respuesta de nunca.



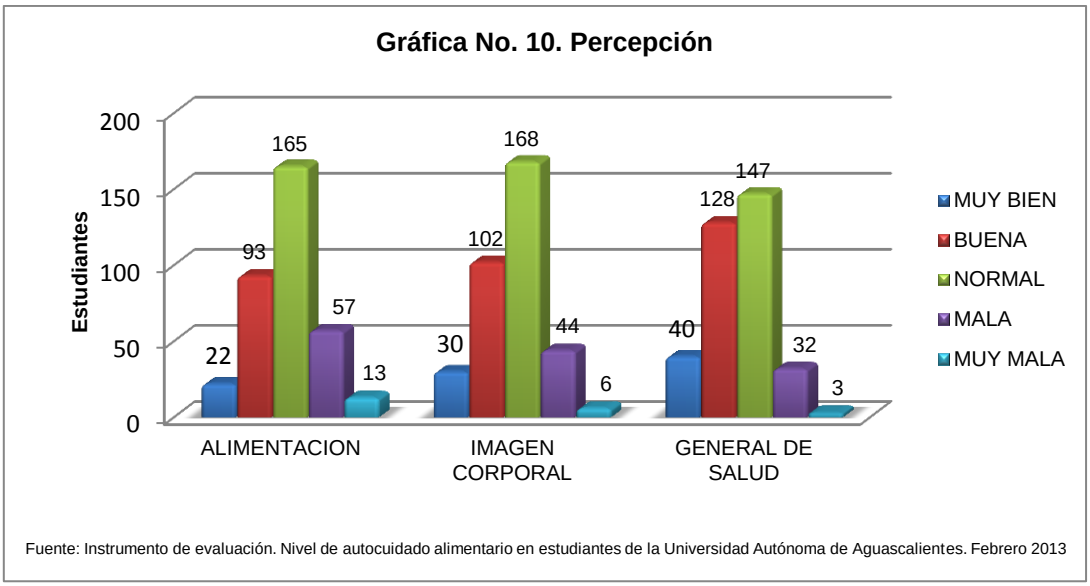
umento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013



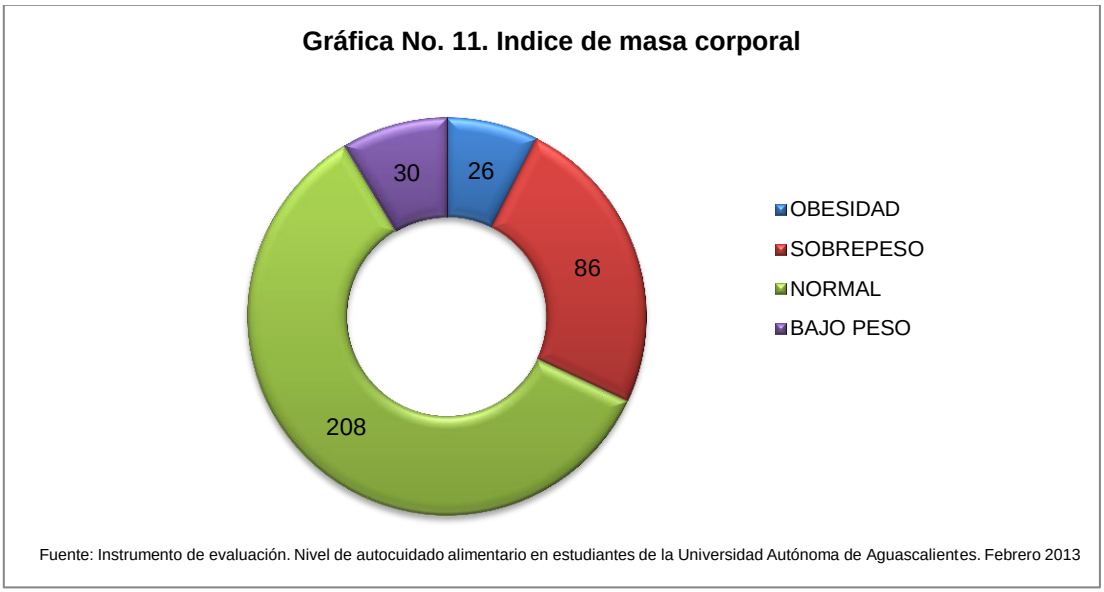
El siguiente apartado es para aquellos estudiantes que tienen **hijos** (Gráfica No. 9) respecto a los últimos 3 meses, como anteriormente se menciona son 31 estudiantes que cumple con el criterio de tener mínimo un hijo.



En el apartado de la **percepción** (Gráfica 11), tomando la alimentación, imagen corporal y percepción general de salud, en su mayoría los estudiantes responden a normal.

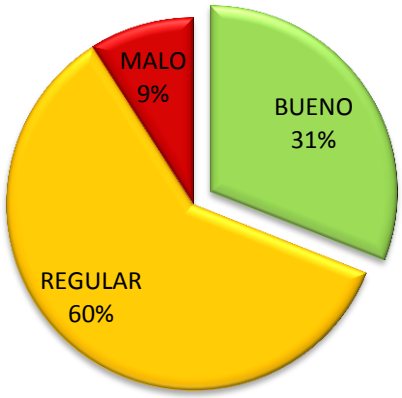


Como dato extra se calculó índice de masa corporal tomando en cuenta su altura y peso (Grafica 12).



Por los anteriores resultados se obtuvo un nivel de autocuidado (Gráfica 12).

Gráfica No. 12.
Nivel de autocuidado de los estudiantes
de la Universidad Autónoma de Aguascalientes



Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013.

Se relacionó el Índice de Masa Corporal con el nivel de autocuidado de los estudiantes, para así observar la realidad de los estudiantes.

Tabla No. 2

Relación de variables: I.M.C. / Autocuidado

IMC	AUTOCUIDADO			TOTAL
	BUENO	MALO	REGULAR	
OBESIDAD	8	15	2	25
SOBREPESO	22	59	8	89
NORMAL	68	119	19	206
BAJO PESO	9	17	4	30
TOTAL	107	210	33	350

Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2013

Ho: P (MALO) ≤ P (NO MALO) "P (MALO) – P (NO MALO) ≤ 0"

De acuerdo con la prueba con la prueba, se rechaza Ho con un valor p de 0.000, es decir existe evidencia significativa para rechazar Ho. La diferencia estimada entre las proporciones es 0.388571, significa que la proporción de malo es 0.388571 mayor que la proporción de no malo.

Ha: P (MALO) > P (NO MALO) "P (MALO) – P (NO MALO) > 0"

Nivel de significancias
Prueba de diferencia de dos proporciones

Tabla No. 3. Prueba de intervalo de confianza para dos proporciones			
MUESTRA	**X**	**N**	**MUESTRA P**
1	**243**	**350**	**0.694286**
2	**107**	**350**	**0.305714**

Fuente: Instrumento de evaluación. Nivel de autocuidado alimentario en estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Febrero 2012

Diferencia = P (1) – P (2)
Estimado de la diferencia: 0.388571
Límite inferior 95% de la diferencia: 0.331287
Prueba para la diferencia= 0 Vs. > 0: Z= 10.28 Valor P= 0.000

DISCUSIÓN

Se aplicó la encuesta a una muestra de alumnos de pregrado de varias carreras, a diferencia de Gallardo y Buen (2010) donde su muestra fue menor con 53 alumnos especificando que son de primer ingreso de la carrera de licenciatura de Dietética y Nutrición del ISSSTE y con mayor número de mujeres (47 alumnos) a hombres (6 alumnos), con rango de edad muy similar ya que va de 17 a 27 años.
Al igual que Gallardo y Buen (2010) la mayoría de los estudiantes no tiene un estado normal de nutrición, además de que en la investigación mencionada también muestra indicadores bioquímicos tomando pruebas en sus alumnos a investigar, presión arterial para considerar problemas cardiacos y preguntas que arrojen resultados de distribución de macronutrientes en un rango de 24 horas, diferenciando un poco los resultados, ya que por el otro lado se toma más en cuenta cuidados a la salud, esparcimiento, los factores de estrés haciendo hincapié en lo económico y existencia de hijos, así como una comparativa con la percepción de alimentación, imagen corporal y estado general de salud con su estado nutricional según I.M.C.
Coincidiendo en ambas investigaciones un número considerable de estudiantes realiza actividades poco saludables, entre ellos el sedentarismo o falta de variación en alimentación, así como consumo de poca agua; por lo anterior los dos documentos nos abren la posibilidad de una continuación con la investigación y así detectar cambios de hábitos alimenticios en población similar, y así disminuir consecuencias.
Por otra parte, ENSANUT (2012) menciona las actividades y hábitos que adoptan las personas al cumplir la mayoría de edad, tomando en cuenta que se vuelven independientes; coincidiendo los cambios con la presente investigación; cambios ya mencionados como la actividad física y consumo de alimentos, así también el inicio de responsabilidad laboral, cambios de horarios y preocupación por falta de alimento.

Dichas investigaciones arrojan datos importantes, aunque varían en la forma de recolección y datos; dicho esto podrían considerarse una a otra para complementarse.

CONCLUSIÓN

De la muestra estudiada, el 31% de los estudiantes universitarios presentaron un nivel de autocuidado alimentario bueno, en comparación con el 69% que presentó un nivel de autocuidado alimentario no bueno, siendo este el dato más relevante en la investigación, por lo que se puede mencionar en un contexto general que el nivel de autocuidado alimentario de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes no es bueno.

En base a los resultados obtenidos se observa que el autocuidado alimentario en su gran mayoría no depende de factores sociodemográficos (económicos, estado civil, aspecto laboral, etc.) antes bien depende exclusivamente de la disposición que posee el estudiante universitario para mantener o mejorar su nivel de autocuidado.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Para colaborar en la mejoría del nivel de cuidado alimentario en los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, se darán a conocer los resultados obtenidos de la investigación a las autoridades correspondientes de la unidad cede del estudio para que tomen las medidas necesarias en pro de los estudiantes.
Se sugiere hacer hincapié en la promoción e implantación de programas alimenticios y deportivos en la que participen expertos y estudiantes de las áreas competentes para mejorar la salud biopsicosocial del alumnado, y así incrementar aún más el liderazgo de la universidad en el estado en cuestiones de salud.

BIBLIOGRAFIA

Referencial

(1) Fundación Alimentación Saludable. Madrid. Efectos atribuibles a la procedencia de estudiantes universitarios sobre su estado nutricional: foráneos y locales. Clinical nutrition and Hospital Dietetics. 2009; 29 (2): 40-45.

(2) Rodríguez Tadeo Alejandra, Urquidez Romero R. Condiciones Nutricionales de jóvenes fronterizos: el reto de la universidad por la promoción de hábitos saludables. RESPYN Revista Salud Publica Y Nutrición 2010: 1-11

(3) García L, Palacio JM, Velasco CR, *et al.* Auxiliar de Enfermería [Libro electrónico]. España: MAD; 2006 [Consulta el 14 de Mayo de 2011]. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=DB4WEuq9kygC&pg=PA6&dq=Garc%C3%ADa+Silva+Luis,+Auxiliar+de+Enfermer%C3%ADa+Vol.+I&hl=es&sa=X&ei=Z64fUZiFBcj_qQGps4HwCg&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=Garc%C3%ADa%20Silva%20Luis%2C%20Auxiliar%20de%20Enfermer%C3%ADa%20Vol.%20I&f=false

(4) Nutricióndeporte.com [Página en internet]. España: Ramos JA; C 2009 [Actualizada 13 Diciembre de 2012; Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.nutriciondeporte.com/nutricion/teroria-alimentacion.php

(5) Hoyos I; Díaz E; Irazusta A, Jon; Gil J, [Página principal en internet]. España. Osasunaz. C 2008 [Actualizada 13 Diciembre de 2012; Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en:

http://hedatuz.euskomedia.org/4553/1/08007018.pdf

(6) ENCUESTA NACIONAL de Salud y Nutrición 2006, Aguascalientes, instituto nacional de salud pública. Pp.83 [Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf

(7) México. Norma oficial mexicana NOM-043-ssa2-2005, servicios básicos de salud. Promoción y Educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar Orientación. 3.21 Dieta correcta. [Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf

(8) México. Ley General de Salud, Titulo primero; Disposiciones Generales. Quinto; Prestación de los Servicios. Articulo 2 y 40 (2009) Disponible en: http://www.aguascalientes.gob.mx/gobierno/leyes/leyes_PDF/26072010_134505.pdf

(9) Chile. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 2005. Autonomía y Beneficencia [Acceso; 03 de junio del 2011] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

(10) México. ENCUESTA NACIONAL de Salud y Nutrición 2012 pdf [Acceso; 24 de enero de 2013]. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion. Consultada

1.- García L, Palacio JM, Velasco CR, *et al.* Auxiliar de Enfermería [Libro electrónico]. España: MAD; 2006 [Consulta el 14 de Mayo de 2011]. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=DB4WEuq9kygC&pg=PA6&dq=Garc%C3%ADa+Silva+Luis,+Auxiliar+de+Enfermer%C3%ADa+Vol.+I&hl=es&sa=X&ei=Z64fUZiFBcj_qQGps4HwCg&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=Garc%C3%ADa%20Silva%20Luis%2C%20Auxiliar%20de%20Enfermer%C3%ADa%20Vol.%20I&f=false

2.- Nutrióndeporte.com [Página en internet]. España: Ramos JA; C 2009 [Actualizada 13 Diciembre de 2012; Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.nutriciondeporte.com/nutricion/teroria-alimentacion.php

3.- Pérez MC [Página en internet]. México: Reyes G; C 2002 [Actualizada 28 Junio de 2012; Consulta el 14 de Mayo de 2011]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/index.html

4.- Pérez L. Ana Bertha; Laborde M. Leticia. Manual de Dietas, Normales y terapéuticas, Los alimentos en la Salud y la enfermedad. 5ª Ed. México: Ediciones Científicas La prensa Médica Mexicana S. A. de C. V.; 2008.

5.- Hoyos I; Díaz E; Irazusta A, Jon; Gil J, [Página principal en internet]. España. Osasunaz. C 2008 [Actualizada 13 Diciembre de 2012; Consultado 16 de Diciembre de 2012]. Disponible en:
http://hedatuz.euskomedia.org/4553/1/08007018.pdf

APENDICES

Apéndice I: cronograma de actividades

Fecha Actividad	2011			2012	2013	
	Ene-Feb.	Mar-Abr.	May	Ene-Dic.	Ene-feb.	Mar-Jun
Investigación bibliográfica	✓					
Planteamiento del problema		✓				
Definición objetivos		✓				
Elaboración marco teórico		✓				
Variables, y muestra			✓			
Definición de métodos e instrumentos			✓			
Revisión del protocolo de investigación				✓		
Elaboración del instrumento de evaluación				✓		
Validación del instrumento				✓		
Presentar el trabajo ejecutivo a los miembros del comité de investigación para su aprobación					✓	
Aplicación de la prueba piloto					✓	
Aplicación del instrumento de investigación					✓	
Procesar, analizar, interpretar los resultados de la encuesta					✓	
Revisar y complementar el documento extenso e ingresar requisitos para publicación en la revista IMSS y seminario de enfermería						✓

Apéndice II: Operacionalización de variables descriptivas

VARIABLE	TIPO	CONCEPTO	ESCALA DE MEDICION	ESTADISTICA
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos	1. 17-20 2. 21-24 3. 25-28 4. 29-mas…	Frecuencia y porcentaje
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Condición en la que la persona une sus vínculos personales con otra persona del mismo o diferente sexo	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a)	Frecuencia Porcentaje
Sexo	Cualitativa	Características físicas y biológicas de los seres humanos	1. hombre 2. mujer	frecuencia
Alimentación	Cualitativa Ordinal	Conjunto de procesos en los que el ser humano obtiene los nutrientes necesarios para una vida humana plena	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Algunas veces 4. Nunca	Frecuencia Porcentaje
Actividad física	Cualitativa Ordinal	Movimiento corporal durante determinado tiempo.	1. Frecuente 2. Pocas veces 3. Casi nunca 4. Nunca	Frecuencia porcentaje
Cuidado a la salud	Cualitativa Ordinal	Conjunto de actividades y recursos para lograr el equilibrio psicosocial de cada persona	1. Frecuente 2. Pocas veces 3. Casi nunca 4. Nunca	Frecuencia Porcentaje
Hábitos nocivos	Cualitativa ordinal	Conductas o agentes externos cuya práctica repetida provocas daños	1. Frecuente 2. Pocas veces 3. Casi nunca 4. Nunca	Frecuencia Porcentaje

Seguridad alimentaria	Cualitativa Ordinal	Condiciones que posibilitan el acceso físico económico y social una dieta segura.	1. Muy seguido 2. Algunas veces 3. Nunca	Porcentaje Frecuencia
Percepción	Cualitativa ordinal	Capacidad para recibir mediante los sentidos imágenes e impresiones externas	1. Muy buena 2. Buena 3. Normal 4. Mala 5. Muy mala	Porcentaje Frecuencia

Apéndice III: Operacionalización de variables de estudio

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICACIONES
Estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.	Quienes se dedican a la aprehensión, puesta en práctica y lectura de conocimientos sobre alguna ciencia a nivel pregrado.	Personas inscritas a nivel de pregrado en la Universidad Autónoma de Aguascalientes.	350	Estudiantes
Nivel de autocuidado alimentario.	Actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo, una alimentación balanceada.	Actividades que desempeña el estudiante para su alimentación.	113-135 90-112 67-89	Bueno Regular Malo

Apéndice IV: Instrumento de investigación

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LIC. EN ENFERMERÍA

Folio: | | |

Fecha: | | | | | 2 | 0 | | |
DIA MES AÑO

NIVEL DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- EDAD: _____ años 2.- SEXO: (1) Femenino (2) Masculino
3.-Carrera: _____ Turno: M V
4.-Estado Civil: (1) Soltera/o (2) Casada/o (3) Unión Libre (4) Viudo
5.- Vives solo: (1) Si, PASE a la pregunta 6 (2) No
5.1.-Con quien vives: (1) Amigos (2) Papas (3) Solo (4) Esposa (5) Hijos
6.- Trabajas: (1) Si (2) No, PASE a la pregunta 7
6.1.- En que trabajas: _____ 6.2.- Cuantas horas al día: _____

No contestar el siguiente recuadro (por favor al finalizar pasa a medirte y pesarte)

7.-Peso: _____ Kg 8.-Talla: _____ m 9.- IMC: _____
1.- O **2.-** S **3.-** N **4.-** BP

Instrucciones: Marca con **X** la opción elegida. No hay respuestas correctas e Incorrectas. Recuerda: NO se deben marcar dos opciones ni dejar respuestas sin contestas debido a que modifica toda la investigación.

Contesta las siguientes preguntas de acuerdo a tu situación real.

1.- Siempre **2.-** Frecuentemente **3.-** Algunas veces **4.-** Nunca

ALIMENTACIÓN	**1**	**2**	**3**	**4**
¿Consumes dos litros de agua al día?				
¿Realizas tus tres comidas al día?				
¿Tienes horario fijo para consumir tus alimentos?				
¿Los alimentos que consumes regularmente son preparados fuera de casa?				
Después de preparados los alimentos ¿Acostumbras agregarles sal?				
¿Consumes alimentos muy salados?				
¿Comes las carnes rojas con más frecuencia que el pescado y pollo?				
¿Incluyes en tu dieta por lo menos 3 porciones de frutas y 2 de verduras al día?				
¿Consumes al menos 6 porciones de cereales (pan, pasta, galletas, harinas, etc.) a la semana?				
¿Consumes alrededor de 6 porciones de comidas chatarra en la semana?				

ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO	1	2	3	4
¿Realizas algún deporte?				
¿Haces mínimo media hora de ejercicio al día, por lo menos tres veces a la semana?				
¿Tienes motivos para realizar ejercicio?				
¿Te sientes con energía al realizar tus actividades?				
Cuándo realizas actividad física o deporte ¿Te sientes contento (a)?				
Cuándo realizas actividad física o deporte ¿Te sientes relajado (a)?				
¿Convives con otras personas al realizar actividad física o deporte?				
ESPARCIMIENTO	**1**	**2**	**3**	**4**
¿Incluyes momentos de descansos en tu rutina diaria?				
¿Compartes con tu familia y/o amigos el tiempo libre?				
En tu tiempo libre ¿Incluyes actividades de recreación (cine, leer, pasear)?				
¿Dedicas parte de tu tiempo libre para actividades académicas?				
CUIDADO DE LA SALUD	**1**	**2**	**3**	**4**
¿Asistes al odontólogo de forma preventiva por lo menos una vez al año?				
¿Asistes al médico de forma preventiva por lo menos dos veces al año?				
¿Cuándo te enfermas te auto médicas?				
¿Te desparasitas cada 6 meses?				
¿Te vitaminas por lo menos una vez al año?				
¿Duermes por lo menos 8 horas diarias?				
¿Durante el día te sientes cansado y con sueño?				
¿Hace por lo menos una siesta durante el día?				
HÁBITOS NOCIVOS	**1**	**2**	**3**	**4**
¿Fumas cigarrillos o tabaco?				
¿Fumas más de media cajetilla a la semana?				
¿Consumes bebidas alcohólicas más de dos veces a la semana?				
¿Bebes café, té o bebidas de cola que contienen cafeína más de dos veces al día?				
¿Has acudido a clase con efectos de alcohol?				
¿Controlas el estrés con alguna sustancia o bebida?				

1.- Muy Seguido **2.-** Algunas veces **3.-** Nunca

SEGURIDAD ALIMENTARIA	1	2	3
En los últimos tres meses, ¿Estuviste preocupado/a de que los alimentos se le terminaran antes de tener dinero para comprar más?			
En los últimos tres meses, ¿Los alimentos que habías comprado no te alcanzaron, y no tuviste dinero para comprar más?			
En los últimos tres meses, ¿Comiste los mismos alimentos diario porque se te terminó el dinero para comprar más alimento?			
Durante los últimos 3 meses, ¿Tú o tus familiares en su casa comieron menos o dejaron de comer en el desayuno, en la comida, o en la cena porque no había dinero para comprar más?			

En los últimos 3 meses, ¿Cada cuando te o les pasó esto?
(1) Cada semana (2) Algunas semanas (3) Sólo una vez

Durante los últimos 3 meses, ¿Comiste alguna vez menos de lo que creías que deberías comer a causa de que no había dinero para comprar más alimentos?			

Durante los últimos 3 meses, ¿Tuviste hambre pero no comiste porque no pudiste comprar la comida necesaria?			
Durante los últimos 3 meses ¿Perdiste peso porque NO tenías el dinero necesario para comida?			
Durante los últimos 3 meses, ¿Tu o tus familiares en casa dejaron de comer por todo un día porque no tenía dinero para comprar comida?			

SI TIENES **PAREJA Y/O HIJOS CONTINÚA,** en caso contrario pasa a la siguiente sección.

1.- Muy Seguido **2.-** Algunas veces **3.-** Nunca

	1	**2**	**3**
Durante los últimos 3 meses, ¿Le serviste menos comida en el desayuno, comida o cena a tu hijo/a porque no había dinero para comprar más alimentos?			
En los últimos 3 meses, ¿Cada cuando paso esto? (1) Cada semana (2) Algunas semanas (3) Solo una vez			
Durante los últimos 3 meses, ¿Ocurrió alguna vez que tu hijo/a tuviera hambre pero no le pudiste comprar comida?			
Durante los últimos 3 meses, ¿Dejó de comer tu hijo/a por todo un día porque no había dinero para alimentos?			
En los últimos tres meses ¿Tuviste pocos tipos de alimentos para tus hijos porque se te terminó el dinero para comprar más?			
En los últimos tres meses, ¿No les diste a tus hijos comidas variadas porque no te alcanzó el dinero?			
En los últimos 3 meses, ¿Tus hijos no estuvieron comiendo lo necesario porque no les alcanzó el dinero?			

1.-Muy buena **2**.- Buena **3**.- Normal **4**.- Mala **5**.- Muy mala

PERCEPCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN, IMAGEN CORPORAL Y SALUD	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
¿Cómo crees que es de buena y sana tu alimentación?					
¿Cómo consideras tu imagen corporal?					
¿En general como crees que es tu salud?					

NOTA: La información que proporciones será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular,

¡TE AGRADECEMOS TU TIEMPO Y ATENCION!

Apéndice V: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

Nombre del encuestado:_____
Carrera:_____
A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación referente a los hábitos alimenticios. Este documento se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.
Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento
OBJETIVO DEL ESTUDIO
Determinar el nivel de autocuidado alimentario en estudiantes universitarios
BENEFICIOS DEL ESTUDIO
Permitirá a la población en general tener acceso a información referente a la nutrición de los estudiantes universitarios
ACLARACION
Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Yo,_____ He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

_____

Firma del encuestado

Anexo i: Menú (ejemplo)

Tiempo	Cantidad	Platillo	Equivalentes
Desayuno	1 vaso chico 1 taza 2 piezas 2 piezas 1taza	Jugo de naranja natural Papaya picada Huevos a la mexicana Tortillas Café con azúcar	1 fruta 1 fruta 2 alimentos de origen animal moderado Verdura y grasa 2 cereales
Refrigerio	1 pieza 4 piezas	Zanahorias rayadas con limón Galletas integrales	1 verdura 1 cereal
Comida	1 tazón 1 plato 1 pieza 2 tazas 1 pieza 1 taza	Sopa de verduras Salpicón Bolillo si migajón Agua de Jamaica Mandarina Café con azúcar	1 verdura 1 grasa 2 carnes con baja grasa 2 verduras y 2 grasa 2 cereales 1 azúcar 1fruta 1 azúcar
Refrigerio	2 tazas	Agua sola	
Cena	1 rebanada 2 piezas 1 pieza ½ taza 1 pieza 1 taza	Melón Enfrijoladas con queso y crema Jitomate rebanado Salsa verde Pan dulce Leche con café	1 fruta 2 cereales, 1 leguminosas, 2 grasa 1 verdura Verdura 3 cereales con grasa 1 leche descremada

Anexo ii: Guía alimentaria

Grupo	Núm. equivalente	Energía en kg cal	Proteínas	Lípidos	Hidratos de carbono	Desayuno	Refrigerio	Comida	Cena
Verduras	6.0	150.0	12.0	0.0	24.0	1	1	3	1
Frutas	4.0	240.0	0.0	0.0	60.0	2		1	1
Cereales y tubérculos	9.0	630.0	18.0	0.0	135.0	2	2	3	2
Cereales con grasas	3.0	345.0	6.0	15.0	45.0				3
Leguminosas	1.0	120.0	8.0	1.0	20.0				1
Carnes, aves y quesos bajos en grasas	3.0	165.0	21.0	9.0	0.0			2	
Carnes, huevos y quesos moderados	2.0	150.0	14.0	10.0	0.0	2			
Leche descremada	1.0	95.0	9.0	2.0	12.0				1
Grasas	5.0	225.0	0.0	25.0	0.0	1		3	1
Azucares	3.0	120.0	0.0	0.0	30.0	1		2	
Totales		2240.0	88.0	62.0	226.0				
% de la adecuación		102	107.0	101.0	99.0				
Distribución real (%)			15.71	24.91	58.21				

DIETA NORMAL PARA UNA VARON QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA (2400 Kcal)

Elija UNA de las opciones:

Desayuno 1 (Licuado de plátano y sándwich de verduras)

- 2 rebanadas de pan integral, 30 g. de queso panela, lechuga, jitomate y cebolla al gusto; 1 rebanadita de aguacate, con una cucharada de mayonesa.
- 1 plátano, 1 cucharadita de azúcar y 1 taza de leche descremada o light.
- 1 chile jalapeño o chile serrano.
- 1 yogurt desnatado natural.

Colación

- 1 manzana
- 3 nueces
- 1 pan tostado con mantequilla y mermelada (2 cucharaditas)

Comida (Pescado con ensalada de verduras, acompañado de arroz y frijoles)

- 90g. de pescado asado.
- Ensalada de verduras, lechuga (2 tazas)1/2 jitomate, 2 chiles jalapeños, brócoli, col, 2 zanahorias y ½ taza de nopales.
- 2 tortillas de maíz.
- ½ taza de arroz
- ½ taza de frijoles

Colación

- Jícama picada al gusto
- 1 taza de fruta picada al gusto
- 1 taza de yogurt natural
- 3 nueces.

Cena (Quesadillas, acompañadas de frijoles)

- 2 tortillas de maíz
- 30g. de queso fresco
- ¼ de taza de frijoles de la olla
- 1 naranja en gajos.

Desayuno 2 (huevos a la mexicana)

- 2 tortillas de maíz
- 2 huevos con jitomate, cilantro, cebolla, champiñones al gusto; utilizando dos cucharaditas de aceite vegetal. Puede agregar 2-3 chiles jalapeños.
- 1 taza de leche descremada o light, se agrega café al gusto y una cucharadita de azúcar.
- 1 taza de fruta picada al gusto.

Colación

- 1 plátano
- 1 taza de yogurt natural
- 1 cucharada de miel
- ½ taza de avena.

Comida (pollo asado con verduras. Acompañado de frijoles)

- 90g. de pollo sin piel
- Ensalada de verduras, lechuga (2 tazas)1/2 jitomate, 2 chiles jalapeños, brócoli, col, 2 zanahorias y 1/2taza de nopales.
- 2 tortillas de maíz

- 1 taza de frijoles

Colación

- 1 pan tostado con mermelada(1 cucharada)
- 3 nueces
- 1 taza de jícama, pepino y zanahoria picada.

Cena (pan tostado con queso y coctel de frutas)

- 1 rebanada de pan integral
- 30 g. de queso fresco
- 1 taza y media de papaya y melón picado.
- 5 almendras

Desayuno 3 (molletes)

- 1 pieza pequeña de bolillo sin migajón, ¼ de taza de frijoles, 30g. de queso panela, lechuga, jitomate y cebolla al gusto; una rebanadita de aguacate,
- 1 naranja en gajos
- Chile jalapeño o serrano al gusto.

Colación

- 1 taza de yogurt natural descremado
- 1 taza de gelatina light
- 3 nueces
- ½ taza de avena cocida

Comida (tacos de pastor)

- 90g. de carne de res, tres tortillas de maíz, 2 rebanaditas de aguacate, 2 cucharaditas de aceite para la cocción de la carne.
- Ensalada de nopales con zanahoria una taza.
- Una manzana mediana

Colación

- 1 pan tostado con mermelada (1 cucharadita)
- Tres nueces
- 1 taza de jícama, pepino y zanahoria picada.

Cena (hot dog acompañado de ensalada)

- 1 pieza de pan de hot dog, 1 salchicha de pavo, jitomate y cebolla al gusto, con una cucharadita de mayonesa, 1 cucharadita de salsa cátsup
- Ensalada de lechuga, jitomate, pepino, zanahoria (2 tazas); aderezado 1 cucharada y media de algún aderezo de su preferencia.

PERFIL LIPIDICO Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR 2013-2014

Autores:

PhD. Morales-Salcedo, Inés Sofía*

Interna de Medicina Oliveros-López, Ana Sofía*
Interno de Medicina Cáceres-Pérez, Carlos*

Interna de Medicina Díaz-Suárez, Claudia Milena*
Interna de Medicina Palacios-Moreno, Leydi*

Mg. Piñeros-Caipa, Victor*

*Universidad Simón Bolívar Programa de Medicina –Barranquilla, Colombia

ABSTRACTS

Objective: To describe the lipid profile of students at the Simon Bolívar's University according to life styles prevalent in the academic community. **Methods:** Observational, cross-sectional descriptive study. The method used was quantitative, the type of non- probability sampling was convenience, where he started from a sample of 312 students at the Universidad Simón Bolívar between fifth and eighth semester. Was simple random sampling without replacement. The data collection instrument was based on a questionnaire consisting of five excerpts: General information, personal data, personal history, habits such as stress, exercise and consumption of snuff and alcohol, dietary habits and family background; the determination of total cholesterol, triglycerides, HDL, LDL and was performed to determine the association between these and lifestyle. **Results:** 43% of students surveyed had an altered body mass index; 50% reported no physical activity, 5% of the surveyed population smokes, 62% indicated consume fatty foods, 32% of students indicated a history of familial hypercholesterolemia. In the gender analysis found that the mean BMI in men is 26 which speaks of overweight, when the level of HDL and physical activity was associated was found that those who were sedentary had levels lower HDL compared to those that do engage in physical activity. **Conclusions:** Risk factors relating to lifestyle in the population analyzed to deduce that although present in other similar to the studied populations, can be modified so that they no longer pose a health risk; findings invite us to suggest the implementation of an organized institution in the academic promotion and prevention in order that each of the members of this institution to become an agent capable of transforming society by practicing habits program healthy life. **Keywords:** Obesity, cardiovascular risk, cholesterol, triglycerides, healthy college Redcups.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil lipídico de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar de acuerdo a los estilos de vida prevalentes en la comunidad académica. **Material y Métodos:** Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. No probabilístico por conveniencia, con un tamaño muestral de 312 estudiantes y una submuestra del 10% correspondiente a 31 estudiantes de la Universidad Simón Bolívar matriculados entre quinto y octavo semestre. Muestreo aleatorio simple sin reemplazo. El instrumento de recolección de información incluye: Información general, datos personales, antecedentes personales, hábitos como estrés, ejercicio y consumo de tabaco y alcohol, hábitos alimenticios y antecedentes familiares; se realizó la determinación de colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL. **Resultados**: El 43% de la muestra presenta sobrepeso; el 50% no realiza actividad física, el 5% es fumador, el 62% indicó consumir alimentos grasos, el 32% refiere hipercolesterolemia familiar. En el análisis por sexo, la media del IMC en los hombres es de 26. Al cruzar el nivel de HDL y la práctica de actividad física, los sedentarios tenían los niveles de HDL bajos. **Conclusiones:** Los factores de riesgo referentes al estilo de vida de la muestra son similares a poblaciones estudiadas. Los riesgos por inactividad física y los hábitos alimentarios incorrectos se constituyen en factores a intervenir con estrategias educativas institucionales; propendemos porque la Universidad Simón

Bolívar se convierta en un agente capaz de transformar la sociedad al integrarla en la Red de Universidades Saludables.

Palabras Clave: Obesidad, riesgo cardiovascular, perfil lipídico, universidad saludable, Redcops.

Introducción

Las evidencias científicas demuestran la asociación de Enfermedades Crónicas - EC a los estilos vida adoptados desde la infancia y la juventud (1), encontrándose entre los factores determinantes para la presencia de EC los cambios dietarios generados en la sociedad occidental y en otras por el proceso de industrialización de los países (2). El estado del arte revela que estos entre otros factores de riesgo son los garantes en un 75% de Enfermedad Cardiovascular - ECV (3). La evidencia a nivel internacional indica que durante la primera y segunda década de la vida ya pueden detectarse factores de riesgo cardiovascular de tipo metabólico como dislipidemias (4). A nivel nacional investigaciones como la realizada en la Universidad de Cartagena revelan que dentro de los factores de riesgo de ECV, se encuentra el trastorno metabólico (34.1%), reflejándose en el índice de masa corporal (IMC) del estudiantado (5).

La implementación del Programa de Universidades Saludables liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene como principal objetivo en las comunidades universitarias la creación de entornos y ambientes saludables al igual que elementos necesarios para el cuidado integral de la salud. (6)

La presencia de factores de riesgo cardiaco y vasculares pueden llevar a la aparición de enfermedades, alterando así el estilo de vida del paciente y terminando con la muerte; la interacción de factores, ya sea modificables (Sedentarismo, estilo de vida, dieta, actividad física) o aquellos que no se pueden modificar (Genéticos), más la interacción con el ambiente, pueden determinar la probabilidad que adquirir una patología de instauración aguda como infarto, enfermedad cerebrovascular, o de instauración crónica como una ateroesclerosis, ateromatosis, síndrome metabólico, entre otras patologías (5).

En Colombia el valor nutricional de la canasta alimentaria se evalúa por el análisis químico de los alimentos en crudo y otros cocidos disponibles en el territorio nacional descrito en tablas específicas que permiten la identificación de los aportes de nutrientes presentes en las preparaciones servidas en la mesa. En los estudios de disponibilidad y consumo alimentario se observa que las recomendaciones dietéticas son cumplidas en un 35% de la población. La falta de estrategias específicas para la intervención de la seguridad alimentaria en las instituciones educativas, la inadecuada mezcla de alimentos en recetas, las formas de cocción inadecuadas, la carencia de espacios físicos que permitan la preparación de las comidas a nivel institucional y las limitaciones de información que existe en las tablas de composición de muchos de los alimentos disponibles en Colombia se constituye en una limitante para la utilización práctica de esa herramienta en las instituciones educativas. Situación que con lleva a problemas de malnutrición, considerados problemas de salud pública en Colombia (8). El sobrepeso y la obesidad asociados a la deficiente actividad física conllevan a enfermedades cardiovasculares (ECV) y al desarrollo de cáncer de colon y recto (9).

La enfermedad cardiovascular es de etiología aterotrombótica, siendo la primera causa de muerte en el mundo occidental, por tanto es de vital importancia el diagnóstico

oportuno con el fin de disminuir la morbimortalidad aplicando un tratamiento adecuado para intervenir en la historia natural de la enfermedad (14).

La colesterolemia está influenciada por condiciones de tipo genéticos y alimentarios (16), en especial la ingestión de grasas saturadas y en menor medida de colesterol. Existe una clara asociación discrepante entre las concentraciones plasmáticas de las Lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y el riesgo de enfermedad coronaria. Artículos relacionados con el tema, manifiestan que los triglicéridos son un factor de riesgo coronario independiente, incluso con concentraciones elevadas de cHDL (17).

El colesterol LDL está compuesto principalmente por colesterol, bien como esteres de colesterol o como colesterol libre, y una muy pequeña cantidad de triglicéridos (10), este que a diferencia del colesterol HDL se encarga de transportar las moléculas de ácido graso desde el hígado y los deposita en los tejido, por lo que un aumento considerable del c-LDL en sangre representa a su vez un aumento de colesterol convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de ateromas lo que se traduce como un factor predisponente de enfermedades cardiovasculares (11,12).

Resultados de estudios realizados sobre la dieta rica en grasas saturadas, indican un aumento del c-LDL, por eso y debido a que son altamente iatrogénicas el objetivo en el tratamiento de las dislipidemia está dirigido al control del c-LDL (10), encontrándose en individuos mayores de 40 años. En el Perú, la dislipidemia afecta personas jóvenes en entre los 20 y 30 años (13).

Los factores genéticos, la hipercolesterolemia familiar (HF) causada por mutaciones en el gen que codifica el receptor de LDL (rLDL) (18). La consecuencia de este trastorno es una alteración del metabolismo del colesterol a nivel hepático, por lo que se produce un aumento en las concentraciones plasmáticas de este, asociado al desarrollo de enfermedad cardiovascular prematura, especialmente la cardiopatía isquémica (20). Dentro de los factores no genéticos podemos encontrar alteración de las células hepáticas, debido a que es en ese órgano donde se metaboliza este compuesto. Así cuando hablamos de colesterol lo primero que hay que considerar es la función del hígado (21). Una fracción del colesterol en el organismo proviene de ingerir alimentos ricos en colesterol o de comer un exceso de grasas saturadas que estimulan al hígado a producir colesterol. Disímiles ensayos demuestran que una dieta rica en colesterol aumenta el colesterol plasmático, sobre todo debido al aumento del LDL colesterol con una moderada elevación del HDL colesterol (22). Por otro lado con base a las premisas expuestas, este compuesto suministra material necesario para inducir la aparición de arteriosclerosis coronaria (de las arterias coronarias o del corazón). Los alimentos ricos en grasas también aportan mucho colesterol. Ello se ha confirmado por estudios epidemiológicos y en condiciones experimentales (23).

La hipertensión arterial aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad cardiaca o un evento cerebrovascular entre otros. Aunque puede estar condicionada por otros factores de riesgo, es posible padecerla sin la presencia de estos. Las personas hipertensas que además son obesas, fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un compromiso mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular. Un adulto sano en reposo generalmente tiene una presión sistólica de menos 120 y una presión diastólica de menos 80 (24).

Otro factor que influye es el colesterol elevado, este se encuentra en todas las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene

colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos)(24).

Los problemas del corazón son la principal causa de muerte entre diabéticos, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II (también denominada diabetes no insulinodependiente)ya que en estos aumentan más las concentraciones de LDL. Algunos grupos raciales y étnicos (negros, hispanos, asiáticos, polinesios, micronesios, melanesios y amerindios) tienen un mayor riesgo de padecer diabetes. La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que el 65 % de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular así mismo La diabetes contribuye a más de 230.000 muertes en Estados Unidos cada año.Se cree que el peso excesivo puede elevar los niveles de colesterol total, causar hipertensión y aumentar el riesgo de enfermedad arterial coronaria. Esta aumenta las posibilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión y diabetes (25).

Otro factor, el tabaquismo también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica.Con respecto al sexo**,** en general los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir una enfermedad cardiaca; esta discrepancia se hace menor cuando las mujeres inician la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de cardiopatías. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular se iguala. Las enfermedades del corazón suelen tener carácter hereditario. Si los padres o hermanos sufrieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de edad, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente (25).

Kokkinos et al, en el estudio en el que un grupo de mujeres realizaba como actividad física el correr, encontró que entre más millas corrían los factores de riesgo como colesterol - LDL y triglicéridos presentaban una reducción, pero, por otro lado, había incremento de factores protectores como el HDL. La mayoría de los cambios

anteriormente descritos, se observaron en aquellas que recorrieron entre 7 a 14 millas por semana (26).

Lisa Brown en un ensayo clínico controlado para cuantificar el efecto reductor del colesterol en las principales fibras dietéticas, describe como 3g de fibra soluble de avena reducen el Colesterol total <0.13 mmoles/litro (27). Rudkowska, hace referencia a tres elementos importantes en una alimentación balanceada para prevenir el aumento de los niveles de colesterol entre los que resalta en primera instancia el consumo de esteroles vegetales, aceite de oliva, frutos secos como las nueces y las analiza propiedades importantes de los *flavenoides* (28). En este estudio, nos recalca lo importante que es la ingesta de dietas ricas en frutas, verduras y fibras, éstas últimas de vital importancia ya que ayudan a disminuir la producción y síntesis de lipoproteínas de baja densidad y ácidos grasos (28).

El *aceite de oliva*, es otro elemento importante en la dieta para la prevención del incremento de los niveles de colesterol ya que presenta propiedades antioxidantes, antiinflamatoria y anti-trombótica, es rico en ácidos grasos monoinsaturados y disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Visolli, Francesco dice en su artículo: "*Olive oil is the principal source of fat in the Mediterranean diet, which has*

*been associated with a lower incidence of coronary heart disease and certain cancers",*muestraque, debido a las propiedades antiinflamatorias de este se reducen múltiples patologías entre ellas, las cardiovasculares*(29*).

El estudio sobre la eficacia y seguridad del consumo de estanoles y esteroles vegetales muestra que el alto consumo de alimentos como frutas, verduras, frutos secos, semillas, cereales, legumbres, aceites vegetales, es decir, aquellos ricos en estanoles y esteroles junto con la disminución de la ingesta de grasas saturadas puede reducir LDL-C en un 20% (30). Aunque el consumo de frutos secos ha presentado, múltiples discusiones sobre su eficacia en la disminución de los niveles séricos del LDL y VLDL, hay estudios que apoyan sus propiedades protectoras. Adventist Health Study, reporta que el consumo de frutos secos más de cuatro veces a la semana, tíene un efecto protector contra eventos cardiovasculares (31). Otro estudio clínico incluyó como variables los jóvenes que comían nueces al día durante 4 semanas y en combinación con una dieta baja en grasa, los resultados mostraron una disminución en los niveles de ambos TC y LDL-C (32).

Vlachopoulos et al, hicieron un estudio en el que demostraron que el consumo de cacao rico en flavanoles podría tener unos beneficios sobre la función del endotelio en adultos sanos (33).

El consumo de los cigarrillos intervienen negativamente en el metabolismo de los lípidos, principalmente mediante la reducción de los niveles de HDL, así lo demostró el estudio de Z.A Solak, encontró que el monoaldeido y otras enzimas promotoras y mediadoras en el proceso de daño cardiovascular, se hallaba incrementado en aquellos pacientes que fumaban con relación a los que no fumaron (34). El Framingham Offspring Study, que evaluó a cerca de 4.000 personas de 20 a 49 años de edad, reveló que aquellos hombres que fumaban tenían los niveles de HDL con un promedio de 4 mg/dl más bajos que no fumadores varones. De igual forma, las mujeres que fumaban tenían niveles de HDL 6 mg/dl más bajas que aquellas que no lo hicieron smoke (35). Una vez que la persona dejó el hábito de fumar cigarrillos su nivel de colesterol HDL aumentó a las semanas o meses a niveles normales como el de los no fumadores. Otra forma de tabaquismo diferente al anterior, aquel en el que no es a voluntad del consumidor o tabaquismo pasivo también reduce los niveles del HDL (36).

Ludviksdottir en su estudio nos muestra como los niños que viven con un fumador tienen un promedio de HDL colesterol nivel de 3,8 mg / dl más bajo que el de los niños no expuestos al humo del cigarrillo (37). Por último, se menciona el efecto protector que tiene el HDL contra la aterogénesis a través de al menos dos mecanismos. En primer lugar, el colesterol HDL media el proceso de eliminación de exceso de colesterol de los tejidos periféricos, tales como vasos sanguíneos, y lo envía de vuelta al hígado a través de un proceso conocido como transporte inverso de colesterol (38). Una vez que el colesterol se encuentra en el hígado, puede ser excretado del cuerpo en la bilis. Por lo tanto, los mayores niveles de HDL permiten una mayor excreción de exceso de colesterol. En segundo lugar, HDL impide la oxidación de LDL ya que la HDL puede inhibir la migración de monocitos a través de las células endoteliales, deteniendo así la posterior oxidación de LDL. Además, HDL está asociado con varias proteínas que se cree que tienen efectos antioxidantes (39).

Estando todos estos factores de riesgo presentes en los estilos de vida de los universitarios colombianos, surge la pregunta ¿Es el estilo de vida determinante en el comportamiento del perfil lipídico de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar?

1. OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil lipídico de los estudiantes de la Universitarios Simón Bolívar de acuerdo a los estilos de vida prevalentes en la comunidad académica.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el perfil lipídico de cada uno de las unidades muéstrales después de realizado el cuestionario.
- Estadificar el perfil lipídico de las unidades muéstrales según estándares establecidos mundialmente.
- Identificar el estado nutricional asociado al comportamiento de los lípidos en los jóvenes.
- Identificar la existencia de factores protectores lipídicos basados en el análisis químico del HDL.
- Mostrar la distribución de LDL y triglicéridos de cada una de las facultades seleccionadas.
- Identificar los factores de riesgo presentes en la salud de la comunidad universitaria susceptibles de ser modificables.

3. METODOLOGÍA

Estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal cuantitativo. La Universidad Simón Bolívar cuenta con aproximadamente 8.605 estudiantes repartidos en 16 facultades de pregrado de las cuales se hizo un sorteo de balotas en la cual se seleccionaron 10 facultades, quedando seleccionadas: Administración de Empresas, Comercio y negocio internacional, contaduría, derecho, enfermería, fisioterapia, medicina, microbiología, psicología y trabajo social; en total estas facultades cuentan con 7.267 estudiantes. Se realizó un documento de consentimiento informado y firmado para la muestra de forma a garantizar la ética en el estudio (40,41,42).

Criterios de inclusión de la muestra

1. Estar matriculado en uno de los siguientes programas:
- Administración de empresas
- Comercio internacional
- Contaduría
- Derecho
- Enfermería
- Fisioterapia
- Medicina
- Microbiología
- Psicología
- Trabajo social

2. Estar entre V y VIII semestre

3. Edad entre 18-35 años: Ya que en este rango se encuentran mayormente los adultos jóvenes que cursan entre V y VIII semestre.

Criterios de exclusión:

1. Que estudie más de 2 carreras de pregrado las cuales se encuentren dentro de los programas seleccionados.

2. Que este matriculado en los siguientes programas:

- Economía
- Ingeniería de mercado
- Ingeniería de sistemas
- Ingeniería industrial
- Licenciatura en ciencias sociales y filosofía
- Licenciatura en educación básica con énfasis en humanidades y lenguas castellanas

3. Que este entre I y IV - IX y XII semestre

4. Edad menor de 18 y mayor de 35 años

Se seleccionó una muestra por conveniencia del total de 8605 estudiantes como universo, una población de 7267 de estudiantes que pertenecientes a las 10 facultades seleccionadas; la muestra se calculó mediante el programa estadístico Epi-info donde se partió de una frecuencia del 30% de incidencia respecto a la presencia de dislipidemias en estudiantes universitarios, se tomaron parámetros de nivel de confiabilidad de 95%,un margen de error del 5% (5), dando como resultado una muestra total de 312 estudiantes de la Universidad Simón Bolívar entre quinto y octavo semestre pertenecientes seleccionadas ya que en este rango de semestres hay menos deserción universitaria; a cada estudiante se la aplicó un cuestionario en el cual se establecieron preguntas acerca de sus estilos de vida (hábitos alimenticios, actividad física, antecedentes personales y familiares); se tomó a su vez una submuestra del 20% (62 estudiantes) a la cual se le solicitó su consentimiento para la realización de una toma de muestra sanguínea que fue procesada en el laboratorio de microbiología para una determinación del perfil lipídico.

La aplicación del proyecto de investigación constó de 2 fases:

En la primera fase de la realización del proyecto se procedió a la aplicación de la prueba piloto, donde se seleccionaron 30 estudiantes de las facultades que no hacen parte de aquella que se incluyeron dentro de la muestra, como Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Industrial. A dichos estudiantes se les explico el objeto de la investigación y los datos que intentaba recolectar el cuestionario, a su vez se les explico la manera correcta de cómo llenarlo.

Una vez recolectado los datos de la prueba piloto inicialmente se elaboró una base de datos en Excel y posteriormente se construyó la base de datos definitiva en el programa estadístico SPSS 20, donde una vez tabulados los datos se procedió a la realización de gráficos para finalmente realizar el análisis y conclusiones de la prueba piloto.

En la segunda fase del proyecto se procedió a la aplicación del cuestionario previamente corregido a la muestra seleccionada, también se realizó la toma de muestras sanguíneas en la submuestra para la determinación del perfil lipídico, el respectivo análisis y concluir.

Una vez recolectados los datos se procedió a su tabulación; las variables fueron analizadas utilizando medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación estándar y varianza), t de student en el caso en que no se logre el objetivo de realizarle la muestra sanguínea a todas las unidades muéstrales, y el cruce de

variables mediante la aplicación del chi cuadrado, buscando así el establecimiento de los factores de riesgos a los que dichos estudiantes están sometidos; así mismo los muestreos sanguíneos se clasificaron según los niveles de colesterol y los patrones estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Panel de

Tratamiento del Adulto en su tercera versión (ATP III); el colesterol LDL (c-LDL) se calculara mediante la fórmula de Friedewald (43). El procesamiento y análisis de la información se realizó mediante el programa estadístico SPSS 20; y los resultados serán presentados en tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

ANALISIS DE RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Haciendo un análisis general de la información recolectada por la prueba piloto podemos observar que el rango de edad oscila entre los 17 y 28 años de edad, es decir que se encuentran entre la adolescencia y la adultez joven de las etapas del ciclo vital que corresponde al adulto joven, el promedio de edad en toda la muestra de 20 (+)2,02 años; el sexo qué predomino fue el hombre con un 83,33% correspondiente a 25 elementos muestrales del total de los encuestados y el 16,67% fueron mujeres; el promedio de edad según sexo fue de 20 años de edad en los hombres y de 19 años de edad en las mujeres. 97% son solteros. El 56,7% están matriculados en quinto semestre y 76,6% pertenecen a la Facultad de Ingeniería de Sistemas.

Respecto al nivel socioeconómico encontramos que los estratos predominantes están entre el 1, 2 y 3 distribuidos así: 36,67% pertenecen al estrato 3; seguido del estrato 2 con un 26,67% y el estrato 1 con un 23,33%; del 100% de los encuestados el 16,67% de los estudiantes trabajan. 70% de los estudiantes son de Barranquilla.

Se observó que tan solo el 10% (3 personas) de ellos refiere antecedentes patológicos dentro de las cuales encontramos Hepatitis A y Diabetes Mellitus tipo I; el 100% de la muestra refiere no haber sido sometido a cirugías como: Bypass gástrico, Liposucción, Balón gástrico, Cateterismo o Slim gástrico, pero el 10% manifestó que fue sometida a otro tipo de procedimiento quirúrgico como: amigdalectomia, extirpación de adenoides, entre otras.

En la sección de la encuesta donde se indaga sobre estilos de vida, específicamente del estrés encontramos que el 10% de la población encuestada manifestó sufrir de estrés, de estos el 68,75% manifestó que el estrés era causado por estudio; la familia, el trabajo y la situación económica causa el 6,25% del estrés. 67,86% manifiesta sentirse saludables y el 65% manifiesta que realiza actividad física suficiente. El 73,33% manifiesta que realiza actividad física como voleibol, caminatas, abdominales, el 37,7% practica futbol como deporte; el 26,7% manifiesta no realizar actividad física debido a la falta de tiempo o porque simplemente no le gusta realizarla. El 90% dice utilizar transporte público para dirigirse de su casa a la universidad

El 90% (27 estudiantes) manifiesta no fumar, el 7% manifiesta que abandonó el cigarrillo. 46,66% consume alcohol, siendo la bebida más consumida la cerveza (45%); el aguardiente es bebido por el 22% de la muestra

Refiriéndonos a las veces en que los encuestados comen al día el 100% manifestó comer más de 3 veces al día; el 66,67% consume verduras y hortalizas, el 80% de los encuestados consume frutas. Respecto al consumo de dulces encontramos que el 73,3% consume dulces. 56,7% dice comer alimentos grasos; 96,6% refiere desayunar; 43% refiere comer las tres comidas del día, de estos el 60% refiere comer por lo menos un tiempo en la cafetería de la universidad; De estos 90% refieren comer queso; 66% comen embutidos; 76% consume perros calientes; 7% come hamburguesas 56% niegan comer papas fritas.

Con respecto a los antecedentes familiares encontramos que la patología más frecuente es la dislipidemia (48,83%) y la hepatitis fue referida en el 6,67% de las respuestas. Del 100% de la muestra encuestada el 6,67% dice realizar dieta.

II FASE

En la muestra seleccionada se procedió a evaluar el perfil lipídico y el Índice de masa Corporal, encontrándose los siguientes resultados: 52,4% están dentro de parámetros normales y 42% están en sobrepeso y obesidad. El IMC de acuerdo al sexo de los participantes no muestra diferencias significativas (p>0,005), Se encontró un promedio de 137mg y un valor extremo de 240mg. El resultado de la distribución de las variables sexo y colesterol encontramos una mediana de 140mg en los hombres con valor extremo superior de 150mg e inferior de 90mg comparado con el de las mujeres cuya mediana es de 130mg y con valor extremo superior de 240mg e inferior de 80mg. En las variables sexo vs triglicéridos encontramos la mediana de triglicéridos en hombres se sitúa con un valor de 160mg y con valor extremo superior de 19mgs vs uno inferior de 70mg; comparado con las mujeres estas tuvieron una mediana de 140mg pero con valores extremos superior mayor al de los hombres: 254mg y uno inferior de 46mg.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los niveles de lípidos y los alimentos que la muestra dice comer.

De la muestra que dijo realizan actividad física los resultados del promedio del valor HDL estuvo encima de 50mg en comparación de los que dijeron no realizar actividad física que se situó por debajo de este valor. La estadificación del LDL según ATPIII fue de Óptima para el 68,8% de la muestra y 18,8% cercano al óptimo.

TABLA 4.Facultad vs estatificación ATPIII triglicéridos

		ESTADIFICACION TGL ATPIII		
	NORMAL	**LIMITROFE**	**ALTO**	**MUY**
	Recuento	Recuento	Recuen	Recuento
	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	0	0	0
	CONTADURIA	0	0	0
	ENFERMERÍA	0	0	0
	MEDICINA	7	0	0
	PSICOLOGÍA	0	0	0
FACULTAD	**COMERCION Y NEGOCIOS INTERNACIONALES**	0	0	0
	DERECHO	0	0	0
	FISIOTERAPIA	0	1	0
	MICROBIOLOGÍA	0	0	0
	TRABAJO SOCIAL	0	0	0
	INGENIERÍA INDUSTRIAL	0	0	0
	INGENIERÍA DE SISTEMAS	0	0	0

TABLA 5. Facultad vs estatificación ATPIII LDL

		ESTADIFICACION LDL ATPIII				
		OPTIMO	CERCANO AL OPTIMO	LIMITROFE ALTO	ALTO	MUY ALTO
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
FACULTAD	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	0	0	0	0	0
	CONTADURIA	0	0	0	0	0
	ENFERMERÍA	0	1	0	0	0
	PSICOLOGÍA	0	0	0	0	0
	COMERCION Y NEGOCIOS INTERNACIONALES	0	0	0	0	0
	DERECHO	0	0	0	0	0
	FISIOTERAPIA	2	0	0	0	0
	MICROBIOLOGÍA	0	0	0	0	0
	TRABAJO SOCIAL	0	0	0	0	0
	INGENIERÍA INDUSTRIAL	0	0	0	0	0
	INGENIERÍA DE SISTEMAS	0	0	0	0	0

Correlación de Pearson

Correlaciones			
		VALOR DE HDL	INDICAR TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL RECORRIDO EN MINUTOS
		1	-,590*
INDICAR TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL RECORRIDO EN MINUTOS	Sig. (bilateral)		,044
	N	15	12
	Correlación de Pearson	-,590*	1
	Sig. (bilateral)	,044	
	N	12	18
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).			

CONCLUSIONES

El propósito de una prueba piloto es mirar la utilidad y claridad del instrumento de recolección antes de aplicarlo a la muestra a estudiar, en la realización nuestra prueba piloto se presentaron algunos items a corregir los cuales presentaban ambigüedad al estudiante a la hora de responder, el contenido de las preguntas fue otro impedimento debido a la extensión que presentaba, muchos no terminaron la encuesta debido a este inconveniente. Sin embargo se logró obtener datos de importancia que permitieron un realizar un análisis de algunas de las variables que

fueron planteadas. La realización permitió afrontar correctivos en la manera como se va a buscar los datos en la encuesta, por otro lado a la hora de la realización de la base de datos se presentaron adversidades.

Con Respecto al análisis del perfil lipídico se encontró que la población tuvo un incremento en uno de los lípidos, (triglicéridos) los cuales se hallaron por encima del valor normal en casi la mitad de la población Un gran porcentaje de la muestra estudiada presento una alteración en el índice de masa corporal.

El colesterol HDL es un factor protector y determinante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, puesto que éste recoge los ácidos de los tejidos y los transporta hasta el hígado como es sabido, tiene la capacidad de intervenir en la eliminación de LDL. Se encontró relación entre aquellos que realizaban actividad física y el aumento del HDL. Teniendo en cuenta esto, la población que presentó HDL normal fue baja.

Dos facultades presentaron una alteración en el índice de masa corporal, dietas mal formuladas, la mitad realiza actividad física y de esa mitad, solo el 50% realiza los 30 minutos mínimos requeridos. La facultad de medicina fue la que más presentó alteración en triglicéridos y colesterol LDL.

Es evidenciable que gran parte de la muestra está expuesta a factores de riesgo modificables como el consumo de alcohol, inactividad física, consumo de alimentos grasos, en relación a aquellos no modificables como el colesterol alto en la familia, sumado a valores alterados de triglicéridos y colesterol LDL.

Los factores de riesgo referentes al estilo de vida analizados en el estudio permiten deducir que si bien están presentes en otras poblaciones similares a la estudiada, pueden ser modificadas de forma que estos ya no representen un riesgo para la salud; los hallazgos nos invitan a sugerir la implementación de un programa organizado dentro de la institución académica de promoción y prevención con el fin de que cada uno de los integrantes de dicha institución se convierta en un agente capaz de transformar la sociedad mediante la práctica de hábitos de vida saludable.

De no existir una suficiente fuente de información concerniente al perfil lipídico y relación a los hábitos alimentarios, que redunde en sistemas preventivos desde el interior de la universidad, se correría el riesgo de perpetuar conductas que favorezcan la aparición de enfermedades cardiovasculares en los futuros egresados de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla. Un estudio desde esta perspectiva, apoyaría el paradigma que encierra el programa universidad saludable que indaga en el rol del estudiante como modelo y/o promotor de conductas saludables a nivel de la unidad funcional del estado y de la comunidad a la que pertenece por lo que sería un ente transformador social.

Estos resultados también nos lleva a considerar que es necesario formular estudios de interés en esta temática que sirvan como base para la implementación de estrategias preventivas enfocadas al programa universidad saludable propiciando así, un entorno estudiantil que fomente el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo humano del plantel educativo .

Por otro lado, esta investigación podría permitir que la Universidad Simón Bolívar se incluya en la Red de Universidades Promotoras de la Salud (RED-CUPS) que preconiza la organización mundial de la salud.

DISCUSIÓN

La Implementación de un estudio descriptivo para conocer la prevalencia de los factores de riesgo presentes en la población estudiantil de la Universidad Simón bolívar, hace poco posible la realización deducciones que lleven a la producción de posibles ideas sobre la etiología y factores de riesgo cardiovascular para toma de decisiones importantes en salud pública.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran asociación entre los estilos de vida de los estudiantes de la universidad Simón Bolívar y el perfil lipídico con un índice de masa corporal alterado en un 43% de la muestra, un 10% más elevado en comparación con el estudio realizado por Hernández y col (7). El colesterol HDL con relación al ejercicio se encontró que la población que hacia ejercicio tenía un HDL más alto con un valor estimado de 53 mg/dL, hecho que es esperado ya que como apunta Rojas en su estudio en una población Argentina, la actividad física estimula la formación de citoquinas ateroprotectoras, además de disminuir la grasa corporal, mejorar la función cardiaca y aumentar los niveles de HDL hasta en un 30%, esto cuando se habla de una actividad física aeróbica como corres, trotar, nadar, entre otras cuando estas tienen una intensidad mayor a 30 minutos (44).

Es importante aclarar que el estudio tuvo limitaciones por las dificultades que se presentaron al momento de procesar las muestras de HDL debido a la cantidad de reactivo utilizado, por tanto se calculó el resultado para cada unidad muéstrales pero estos tienes cierto margen de error.

Los resultados de sobrepeso en nuestro estudio fueron similares respecto a las encontrados por Hernández y col; si bien es cierto que las variaciones en el peso están influenciadas por hábitos en la dieta como el consumo de alimentos ricos en ácidos grasos saturados, consumo de verduras, al igual que la realización de actividad física; pero un factor importante inherente a cada persona es el factor genético el cual varía en cada individuo, como ya ha sido demostrado aquellas personas con antecedentes familiares de obesidad tienen mayor predisposición a desarrollar sobrepeso a lo largo de su vida (2).

Respecto al consumo de tabaco los resultados fueron similares a los hallados en el estudio realizado por Hernández en la Universidad de Cartagena, donde aquellas personas que negaron el consumo de tabaco fueron mayores que aquellas que indicaron su consumo. Según Rivera y su estudio para el Instituto Nacional de Cancerología el porcentaje de estudiantes que fuman a nivel mundial es del 9.5% porcentaje mayor al encontrado en nuestro estudio; cabe mencionar que actualmente existen políticas de advertencias sanitarias respecto al consumo de tabaco hecho que puede intervenir en la variación de consumo de tabaco por parte de la población joven del país (45).

Comparando nuestros resultados del colesterol total se pudo encontrar que la prevalencia es similar a la reportada por Hernández y col. donde la gran parte mostro un colesterol dentro de los valores normales; los niveles de colesterol y en general de los lípidos está influenciado por patrones genéticos, alimenticios y de ejercicio como ya se ha mencionado, estos también se ven afectados según la población, es decir las costumbres (2,8).

El lípido de mayor alteración dentro del análisis del perfil lipídico fueron los triglicéridos, al igual que en el estudio realizado por Hernández. Este dato está estrictamente relacionado con hecho de que los niveles de triglicéridos en el organismo está

influenciado por factores ambientales más que por factores intrínsecos, es decir que su comportamiento está determinado más por factores dietarios que por factores genéticos (1,2,8).

Haciendo una análisis general en la población estudiada nos permite sugerir la implementación de programas de promoción y prevención destinados al control aquellos factores de riesgos modificables, dicho programa puede estar basado en lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud llamado Universidades Saludables, con este programa buscamos que se pueda intervenir de manera temprana aquellos factores que representan un riesgo para la población estudiantil y que pueden conllevar a desarrollo de enfermedades con alta morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrero [. Rupérez E. de Miguel R. Tejero JA, Pérez-gallardo L. Ingesta de macronutrientes en adolescentes escolarizados en Soria capital. *Nutr Hosp* 2005; 20: 204- 209.

2. Revista Colombiana de Cardiología ¿Cuál es el concepto de perfil lipídico? Fernando Manzur Jattin, MD. Junio 2005 Vol. 11 Suplemento 2 pag 407.

3. Dislipidemias en niños y adolescentes: diagnóstico y prevención; http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000300002

4. Juárez MIE, Anaya FMS, Mejía AJM, Games EJ, Sciandra RM, Núñez TF, et al. Niveles séricos de colesterol y lipoproteínas en un grupo de adolescentes de la Ciudad de México y frecuencia de hipercolesterolemia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006: 63; 162–8.

5. Panagiotakos DB. Pitsavos C. Chrysohoou C et al. The a.ssociationof Mediterranen diet with lower risk of acute coronary syndromes in hypertensive subjects.Int J cardiolo 2002;82:141-7

6. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland:WHO;2002.p.1-230

7. Hernández J, Herazo-Beltrán, V. Valero María. The frequency of cardiovascular disease associated risk factors in a university student population, Rev. salud pública. 2010;12 (5) 852-864

8. Vargas M, Becerra F, Prieto E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. (Bogotá, Colombia). Rev. salud pública.2010:12 (1):116-125.

9. Oscar F, María F, Martha P, Gustavo A. Diseño de cuestionarios de frecuencia de consumo para estudiar la relación dieta-cáncer en Colombia. Revista Biomédica. 2010:(30):116-25.

10. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. GUÍAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN RIESGO CARDIOVASCULAR "TÓPICOS SELECTOS". RCC Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 16 Suplemento 3. Julio 2009. En línea: http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/11-guia_prevencion_topicos-selectos- 2009.pdf

11. Migue l Soca P.E. Dislipidemias. ACIMED. 2009; 20(6): 265-273. En línea: http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_6_09/aci121209.pdf

12. Contreras M, Quevedo A, Rodríguez N, Rojas A, Rodríguez A, Gavidia C. COLESTEROL SANGUÍNEO EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS JÓVENES COMO FACTOR DE RIESGO PREVENIBLE. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2008; 355-59. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216967004. Consultado el 12 de abril de 2013.

13. Cáceres Pilares; M. L. Rojas Bravo; L. Cáceres Espinoza; J. C. Ortiz Martínez. COLESTEROL TOTAL Y SUS FRACCIONES EN ADULTOS JÓVENES DE ALTURA: CUSCO. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC. En línea: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/pdf/colesterol_total.pdf

14. Meléndez Hevia. E Transporte del colesterol. Instituto del metabolismo celular. Sociedad para la investigación en bioquímica, biología molecular y nutrición. En línea: http://www.metabolismo.biz/web/3-transporte-del-colesterol/

15. O'Donnella, C. J y Elosuac, R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):299-310. En línea: http://www2.regicor.org/publicacions/ODonell%20CJ%20Rev%20Esp%20Cardiol%202008
.pdf

16. Hobbs HH, Brown MS, Goldstein JL. Molecular genetics of the LDL receptor gene in familial hypercholesterolemia. *Hum Mutat* 1992; 1: 445-66

17. Goldstein JL, Hobbs HH, Brown MS. Familial Hypercholesterolemia. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, eds. *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease.* 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001; 2863-2913.

18. colesterol y riesgo cardiovascular. Fundación española del corazón. http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/colesterol.html

19. F. Grande Covián, W.E. Connor; A. Keys, J.M.R. Beveridse. Factores de riesgo cardiovascular Http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm

20. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C. Cushman, Lee
A. Green,Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Jr, Edward J. Roccella, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee *Hypertension*. 2003;42:1206–1252

21. American Heart association. Understand Your Risk for Diabetes ONLINE http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Diabetes/UnderstandYourRiskforDiabetes/U nderstand-Your-Risk-for-Diabetes_UCM_002034_Article.jsp 2012

22. Kannel WB, McGee D, Gordon T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. Am J Cardiol 1976;38:46-51.

23. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K, togheter with members of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Atherosclerosis 1998;140:199-270.

24. Sanchez Pinilla Ricardo O, Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención en salud, España, Ediciones Díaz Santos 1992

FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO UTERINO

María Angélica Esparza Santillana
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
Servicios Médicos Universitarios

RESUMEN

Mundialmente el cáncer cervico uterino representa un problema de salud pública, en México es la principal causa de muerte por tumores malignos El examen de Papanicolaou, es uno de los métodos más eficientes para detectar células anormales en el cuello del útero en etapas tempranas y permite iniciar un tratamiento para prevenir el des arrollo de éste cáncer. **Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la demanda del Papanicolaou en las derechohabientes de un servicio universitario de salud de Ciudad Juárez, Chihuahua, México,

Material y Métodos: Se realizó un estudio Transversal, a una población de 709 mujeres de 18

a 65 años de edad derechohabientes de una unidad de salud, que brinda atención medica de primer nivel a maestros y funcionarios de una universidad pública del norte de México; a una muestra de 154 mujeres, se le aplicó una encuesta que incluyó aspectos demográficos, antecedentes gineco-obstétricos, actitudes y creencias además de aspectos institucionales. **Resultados:** La demanda del Papanicolaou se encontró asociada a la edad, escolaridad, ocupación, horario de trabajo y tipo de derechohabiencia. **Palabras Clave:** Factores asociados, demanda Papanicolaou, detección oportuna, cáncer cervico uterino

Globally the cervical uterine cancer is a public health problem in Mexico is the leading cause of death from malignant tumors The Pap test is one of the most efficient to detect abnormal cells in the cervix early in methods and allows to start treatment to prevent the development of this cancer. **Objective:** To identify factors influencing demand in Papanicolaou beneficiaries of a university health service in Ciudad Juarez, Chihuahua, Mexico, **Material and Methods:** Cross- sectional study was conducted in a population of 709 women aged 18 to 65 years of age claimants of a health unit that provides medical help first level teachers and officers of a public university in northern Mexico; to a sample of 154 women, was applied to a survey that included demographics, gynecological and obstetric history, attitudes and beliefs in addition to institutional aspects. **Results:** The demand Pap was found associated with age, education, occupation, working hours and type of medical coverage. **Keywords:** Factors associated, demand Papanicolaou, early detection, cervical cancer:

Introduccion.

La prueba de Papanicolaou llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer, también llamada, citología exfoliativa, citología vaginal, citología cervical. Se realiza para diagnosticar el cáncer cérvico uterino. (Loustalot, 2006)

La Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994), para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino

menciona que debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de esta enfermedad, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es también importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, lo cual se logra mediante la enseñanza, difusión y concientización de los riesgos y complicaciones de la misma (NOM-014-SSA2-1994).

La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.

El Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2011), señala que la prueba debe iniciarse a partir de los 25 años en mujeres con antecedente de haber iniciado relaciones sexuales, las dos primeras detecciones son anuales y si el resultado de ambas es negativo, el Papanicolaou se realiza cada tres años. Muchos médicos recomiendan hacerse la prueba cada año, pero en realidad no es necesario, ya que el desarrollo del cáncer tarda entre

15 y 20 años por lo que hay varias oportunidades para descubrir a tiempo una lesión precancerosa. Es muy importante acudir por los resultados, en caso de un resultado anormal todas las instituciones de salud de seguridad social y de la Secretaria de Salud cuentan con clínicas de colposcopia las cuales son necesarias para hacer un diagnóstico adecuado, darle el mejor tratamiento según su caso o derivarla a un centro oncológico (CNEGSR, 2011).

Para la toma satisfactoria de la citología cervical es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix[1] y endocérvix[2] previo consentimiento informado de la mujer, esta no debe estar menstruando ya que la sangre tapa las células evitando su visualización microscópica, no haber tenido relaciones sexuales, no realizarse ducha vaginal ya que barre con las bacterias y las células de respuesta inflamatoria que ayudan a identificar la existencia de un proceso infeccioso y el grado de inflamación (NOM-014 SSA2-1994).

Marco Referencial

Se han realizado un gran número de Investigaciones en diferentes países con el objetivo de identificar cual es el comportamiento de las mujeres hacia la realización de la prueba de Papanicolaou, ejemplo de ello es el estudio realizado sobre el uso de la citología de cérvix y los factores relacionados con el uso de la prueba, realizado en España, en este estudio se identificó que el 50% de las mujeres españolas de 40 a

70 años de edad se ha realizado la prueba de Papanicolaou, en este estudio también se encontró con comportamientos asociados con la intención de la mujer de realizarse dicha prueba, la mayoría de las mujeres en esta investigación no quería dejar de hacerse la prueba, por miedo a llegar a padecer la enfermedad; por la recomendación por parte del médico; por considerar la citología necesaria; estas mujeres pertenecían a un status socio económico alto/medio y alto, y contaban con cobertura sanitaria privada o mixta (Luengo, 2004).

En otro estudio realizado a mujeres chilenas (Lamadrid A. Silvia, 1996) en el que se exploraron los factores relacionados con la baja cobertura de la población femenina con el examen de Papanicolaou se encontró que la mayoría de las mujeres en edades de riesgo no se están controlando con la periodicidad recomendada, de modo que el cáncer se detecta solo en etapas avanzadas, cuando ya se han presentado los síntomas. Se observó que las mujeres de mayor nivel académico, tenían mayor conocimiento sobre el Papanicolaou, pero eran a la vez más propensas a considerar innecesario repetir el examen, y se concluyó que entre más alta

[1] ~~Exocervix. Parte del cuel~~lo uterino que sobresale al conducto vaginal

[2] Endocérvix. es la porción del cuello uterino que se encuentra inmediatamente después del orif icio cervical externo era la escolaridad, menor era el temor hacia la prueba. También se observó que las mujeres entre los 36 a 45 años manifestaron no haberse hecho la prueba por descuido y que las mujeres mayores de 45 años fueron las que menos poseían información de buena calidad, ya que al rebasar la edad reproductiva disminuyen considerablemente las visitas a los servicios médicos y a perder acceso a los programa de medicina preventiva (Lamadrid A. Silvia, 1996).

Otro estudio llevado a cabo en Colombia identifico que las mujeres hacen un gran énfasis en los servicios de salud como barrera o como factor de motivación para su realización, los tramites, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad y la percepción de un cierto caos administrativo se convierten en su conjunto en la barrera sobre la cual hacen más énfasis para el cumplimiento del tamizaje (Wiesnier, 2006).

Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de Papanicolaou están asociados, con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la prueba de Papanicolaou en las mujeres, de acuerdo a un estudio realizado en Lima, Perú (Huamani, 2008).

Los resultados de un estudio cualitativo realizado en la República Mexicana, en el estado de Morelos y Oaxaca, identifica algunas barreras educativas, culturales, de género y organizacionales para la utilización del programa de prevención de cáncer cérvico uterino en mujeres que son usuarias de estas dos áreas geográficas. Entre estas barreras se encuentran; la falta de conocimiento de la etiología, como una enfermedad de larga duración y sin síntomas en las etapas iníciales; el conocimiento de la utilidad de la prueba; la concepción del cáncer como una enfermedad fatal; barreras de orden cultural y de género, reportan: la oposición de la pareja sexual masculina para la realización de la prueba; el privilegiar necesidades más urgentes, como el cuidado de los hijos, la casa, los padres u otras actividades; y el rechazo a la exploración pélvica. De las barreras organizacionales del programa reportan: los largos tiempos de espera para la atención y la recepción de los resultados así como la percepción de altos costos de atención (Lazcano, 1999).

A diferencia de los estudios anteriores en los que la escolaridad de las mujeres es de educación secundaria y menos, el estudio *"Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo"* realizado por Agüero y García (2006) llevado a cabo en una escuela de estudios superiores del área metropolitana en México, las mujeres poseen estudios de nivel medio superior, educación superior y postgrado, los sujetos de estudio, fueron 900 mujeres estudiantes de nuevo ingreso a licenciaturas del área de la salud, profesoras y personal administrativo, todas en edad reproductiva en el que se encontró que las estudiantes de biología, cirujano dentista, personal administrativo y docente, saben que el cáncer se puede prevenir. Las estudiantes de enfermería, médico cirujano, psicología y optometría, son las que más saben sobre la prueba, pero llama la atención que a pesar de tener un amplio conocimiento sobre dicha prueba, del 83 al 93% de las estudiantes nunca se han realizado el examen. Por otro lado las profesoras, a pesar de su quehacer docente, no tienen una clara idea sobre la eficiencia de la prueba y tienen una baja participación en esta medida preventiva debido, entre otros factores a: desidia, miedo al resultado de la prueba, falta de tiempo y por pensar que solo debe realizarse cuando hay síntomas de infección genital (Agüero, 2006).

En el estudio *"Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cérvico-uterino"* realizado en Chihuahua, por Valdez (2004) encontró que la mujer antepone cualquier otra actividad como el cuidado de los hijos, el esposo y el hogar antes que practicarse estudios preventivos. Aquí se reporta que la influencia social principalmente de la madre, aumenta la posibilidad de que las mujeres se realicen el Papanicolaou; y se destaca que la probabilidad de no realizarse la prueba es, porque las mujeres creen que el cáncer cervico uterino es menor en mujeres de clase media y en mujeres de piel blanca (Valdez, 2004).

Valdez continúa refiriéndose sobre la evidencia de la influencia social de la madre, la pareja y las amigas; enfatizan la importancia de que la prueba de Papanicolaou sea realizada por una mujer médico o una enfermera, ya que hay mayor confianza hacia el mismo sexo. Consideran como puntos importantes para los servicios de salud el mantener una buena imagen de los servicios de salud, así como mantener la calidad de los mismos, promover un comportamiento preventivo efectivo y hacer hincapié en la importancia de que la mujer esté sana para seguir apoyando a su familia y la responsabilidad que tiene al practicar comportamientos preventivos en torno a su salud (Valdez, 2004).

Pino del programa "Universidad saludable" de la universidad pública de Navarra, España; menciona que la universidad resulta un escenario idóneo para la promoción de la salud por múltiples razones: la accesibilidad de necesidades de salud de los diversos grupos que conviven en ella, el rol social de la institución universitaria puede favorecer dado su poder de la influencia social. La población joven se encuentra en una etapa de formación de concepciones sobre la salud y estilos de vida propios y resulta muy accesible desde el entorno educativo; la población adulta es igualmente accesible y, por su trabajo, su vida se desarrolla allí durante un importante número de horas diarias en el cual se puede constituir un espacio que promueva la salud, bienestar y calidad de vida.

Justificación

En Ciudad Juárez, Chihuahua, México se encuentra una universidad pública, promotora de salud, donde además de facilitar la adquisición de conocimientos, fortalece de manera fundamental la formación de valores, actitudes, hábitos y estilos de vida saludable, teniendo como objetivo fortalecer una cultura de salud en la comunidad universitaria, impactando de manera importante en el progreso personal, económico y social. Los docentes y funcionarios también requieren de herramientas que les facilite la adquisición de estilos de vida saludable, esto los beneficia a sí mismos y a sus familias y los transforma en modelos positivos para los estudiantes; para tal efecto esta universidad cuenta con una unidad médica (SMU) la cual tiene en funcionamiento el programa permanente de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, mediante la toma de Papanicolaou, en donde la toma de la muestra es realizada por una enfermera, o por el médico ginecólogo elegido por la derechohabiente, está prueba se lleva a cabo todos los días del año, incluyendo sábados, domingos y días festivos, durante toda la jornada laboral, los resultados del estudio de Pap son entregados en un plazo corto, mostrando éste una demanda que ha ido ligeramente en ascenso en el año 2005 registro; 17.36%, 2006; 18.1%. 2007; 18.4%, 2008; 18%, 2009; 19.7%, 2010; 28.20%, 2011; 21.15%,

del total de la población femenina correspondiente a en edad de 18 a 65 años de edad. Aunque el comportamiento ha ido aumentando, para el año 2011 aún no había alcanzado la media nacional (44.35%)

Objetivos Objetivo General

Identificar los factores asociados a la demanda de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las usuarias del SMU.

Objetivos Específicos

Identificar los factores socio demográfico que están asociados a la demanda de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Identificar factores gineco-obstétricos que están asociados a la demanda de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Identificar los conocimientos que tienen las mujeres acerca del Papanicolaou Identificar las actitudes y creencias frente a la prueba de Papanicolaou que están asociados a la demanda de la prueba para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Identificar los factores institucionales que están asociados a la demanda de la prueba para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Hipótesis

H1 Existen factores de riesgo y de protección; demográficos, gineco-obstétricos, culturales, de conocimientos e institucionales asociados a la demanda de la prueba de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

H0 No existen factores de riesgo y de protección; demográficos, gineco-obstétricos, culturales, de conocimientos e institucionales asociados a la demanda de la prueba de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Material y Métodos

Se llevó a cabo un Estudio descriptivo, transversal, analítico. La población de estudio fueron 709 mujeres derechohabientes de los Servicios Médicos Universitarios entre las edades de 18 a 60 años de edad. Se determinó un tamaño de muestra de 128 mujeres, considerándose un nivel de confianza del 95% y precisión de 0.05, y una tasa de no respuesta del 20% (26 mujeres). La muestra quedó conformada por 154 (n= 154) mujeres pertenecientes a los distintos grupos de edad entre una edad mínima de 18 años y la máxima de 60 años. Para facilitar la recopilación de la información se determinó un muestreo por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra requerida. Fueron incluidas en el estudio Las derechohabientes: hijas y esposas de docentes y/o funcionarios (dependientes), se incluyeron también maestras y funcionarias (titulares del servicio), que tuvieran más de 18 años de edad y que aceptaron participar en la investigación; la edad mínima para participar en el estudio fue 18 años para que tuvieran la facultad de firmar el consentimiento informado, la participación fue voluntaria se les informó que los datos recabados eran estrictamente confidenciales de acuerdo con los lineamientos estipulados por el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículos 13 y 16 (LGS 1984) y que de acuerdo a esta ley este estudio no representaba riesgo para las participantes como se señala en el artículo 17, fracción I (LGS, 1984).

Para la recopilación de los datos se aplicó una encuesta previamente utilizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Monterrey por los autores Farfán Muñoz y Barrón Treviño (2004), en el estudio titulado “Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cérvico uterino”, de la cual se 33 items; 13 de respuesta abierta que aborda aspectos demográficos y 20 de opción múltiple donde se incluyen preguntas de aspectos Institucionales, costumbres y creencias, así como aspectos sociales, para la realización del Papanicolaou, todas las preguntas se formularon con la palabra Papanicolaou, que es la conocida comúnmente en México y la utilizada en los medios de comunicación y las instituciones del Sistema Nacional de Salud para promover la detección oportuna del cáncer cervico uterino. La encuesta fue de auto-respuesta aplicada de manera directa, por dos encuestadores, que recibieron previa capacitación. El instrumento se aplicó en las fechas previstas a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión.

Del total de las variables estudiadas, 8 son sociodemográficas, 2 de preferencia de atención para el Pap, 6 de historia ginecológica, 4 de conocimientos de la prueba de Papanicolaou, 7 sobre cultura hacia la prueba Pap y 6 preguntas relacionadas con el sistema de salud. Fueron consideradas como variables dependientes, aquellas que buscaron identificar la familiaridad, la aceptación y los conocimientos que tienen las mujeres hacia la realización de la prueba de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer así como los factores sociales e institucionales y la historia ginecológica de la mujer que influyen en la decisión de ellas de acudir o no a la realización del Pap.

En las variables enfocadas al conocimiento acerca de la prueba de Papanicolaou, se revisó la información con que cuentan las mujeres tal como: su utilización, las indicaciones para la realización del Papanicolaou y sus beneficios; así como las costumbres y creencias, tales como el suponer que el Papanicolaou es una prueba que produce dolor y que podría ser causa de infecciones.

Sobre los aspectos institucionales, se exploró la información proporcionada a las usuarias por parte del personal de enfermería, médico y de trabajo social. También se indagó sobre el trato recibido durante la realización de la prueba, la entrega clara y oportuna de los resultados, los horarios de atención y la institución médica a la cual prefiere acudir para la toma del Papanicolaou.

La influencia social fue otro factor revisado y se incluyeron preguntas con las cuales se buscó identificar la autonomía para hacer uso de la prueba de Papanicolaou como medida preventiva de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, o eran persuadidas por algún miembro de su familia o por amistades para tomar esta decisión.

Respecto a las variables independientes, en estas, se exploraron: las edades, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, la actividad laboral, el horario de trabajo así como, si cuentan con algún servicio médico adicional. También se reportó dentro de los antecedentes gineco-obstétricos: menarca, edad de inicio de relaciones sexuales, embarazos y abortos, número de hijos, hijos nacidos por partos vaginales y/o cesáreas.

Para el análisis estadístico, se verificaron y editaron los datos originales, capturándose en el programa Excel. Una vez realizada la limpieza de la información y conformada la base de datos, se codificaron los mismos y se analizaron con el programa estadístico STATA versión 11; en el que se elaboró el proceso estadístico descriptivo, se construyeron tablas de frecuencias, de medidas de tendencia central, de contingencia y de proporciones para llevarse a cabo el análisis univariado; posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico bi-variado para el cual se crearon tablas de contingencia y se buscó la significancia estadística entre las variables independientes y las variables dependientes se obtuvo el OR y el valor de p utilizando un IC 95% para cada variable.

Resultados

Los resultados obtenidos presentan que de acuerdo a la historia ginecológica, la demanda del Papanicolaou se ve favorecida en aquellas mujeres que son las derechohabientes titulares del servicio médico con (OR 0.34) (p 0.02) que quienes cuentan con el servicio médico de manera dependiente; las esposas e hijas, tienen 2.74 veces mayor riesgo ginecológico que las mujeres titulares del servicio médico (OR 2.74) (p 0.02).

Se observó que quienes se dedican a la docencia, poseen un factor protector respecto a las que se dedican al hogar, a otras áreas laborales y las que se dedican a estudiar (OR 0.41) (p 0.04).

Las mujeres que realizan sus labores durante el turno matutino poseen un factor protector, respecto a las que se quedan en el hogar y las que realizan sus labores durante el turno vespertino, nocturno, variado y mixto (OR 0.04) (p 0.04).

De acuerdo a los conocimientos acerca de la prueba de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino, el grupo de mujeres de 46 a 53 años de edad se encuentra favorecido con un factor protector respecto a las mujeres que se encuentran en los otros grupos de edad (OR 0.26) (p 0.02).

Las mujeres que tienen estudios de licenciatura tienen un factor de riesgo (OR 5.32) (p 0.00) en cuanto a conocimientos, respecto a las que cuentan con escolaridad básica, media y técnica así como aquellas mujeres que cuentan con estudios de postgrado. Las mujeres que se dedican a la docencia presentan un factor protector (OR 0.21) (p 0.00), respecto a las que se dedican al hogar, otras áreas laborales y las que se encuentran estudiando.

Según el turno en el que desempeñan sus labores, las mujeres que se dedican al hogar presentan mayor riego (OR 3.27) (p 0.02), que las que laboran en el turno matutino, caso contrario las mujeres que se desempeñan en el turno vespertino y mixto, ya que estas presentan un factor protector (OR 0.31) (p 0.02) en cuanto a conocimientos, respecto a los dos grupos anteriores.

Quienes prefieren que sea la enfermera quien realice el Papanicolaou presentan un factor protector (OR 0.34) (p 0.02) respecto a quienes prefieren que sea el médico general quien realice esta prueba, este grupo presenta un factor riesgo muy elevado (OR 8.00) (p 0.05). Las mujeres que prefieren que sea el ginecólogo quien realice el examen de Papanicolaou se encuentran en un riesgo menor, pero importante respecto al grupo anterior (OR 2.91) (p 0.02).

Al explorar los factores culturales, las participantes con escolaridad básica, media y técnica presentan un factor de riesgo de (OR 16.59) (p 0.00), respecto a los otros dos grupos, las que cuentan con licenciatura poseen un factor protector (OR 0.09) (p 0.03), así como aquellas mujeres que cuentan con estudios de post grado (OR 0.06) (p 0.01). De acuerdo a la ocupación, aquellas que se dedican a la docencia cuentan con un factor protector (OR 0.30) y valor de (p 0.03) respecto a las que se dedican al hogar, a estudiar y otras áreas laborales. Las mujeres que laboran en el turno vespertino y mixto presentan factor protector de (OR 0.33) (p 0.05) a diferencia de quienes laboran en el hogar ya que presentan factor de riesgo (OR 0.3.05) (p 0.05).

En los factores institucionales, las mujeres que se encuentran en el primer grupo de edad de 18 a 34 años presentan un factor de riesgo de (OR 11.88) (p 0.00), respecto a los otros tres grupos de edad, el tercer grupo de 46 a 53 años también presenta factor de riesgo (OR 2.95) (p 0.03), en relación al resto de los grupos, y las mujeres que se encuentran en el grupo de 55 y más años presentan un factor protector (OR 0.08) (p 0.00).

De acuerdo a la variable Institucional, cruzada con el estado civil las mujeres unidas poseen un factor protector (OR 0.41) (p 0.04), respecto a las mujeres solteras (p 0.03); quienes tienen estudios de licenciatura presentan un factor de riesgo (OR 2.34) (p 0.04) en comparación con las que cuentan con educación básica, media y técnica, y post grado; quienes se dedican a estudiar y otras áreas laborales se encuentran en un riesgo de (OR 5.85)

(p 0.00), mientras que los otros dos grupos presentan factor protector, Hogar (OR 0.17) (p 0.00) y Docencia (OR 0.29) (p 0.04).

Las mujeres que laboran en el turno matutino tienen un factor de riesgo (OR 2.69) (p 0.02) al igual que quienes laboran en el turno vespertino y mixto con (OR 3.08) (p 0.02) respecto a las mujeres que se dedican al hogar y no tienen un horario formal de labores, encontrándose este grupo con un factor protector (OR 0.33) (p 0.02).

En los factores Institucionales se identificó al grupo que se encuentra expuesto a mayor riesgo, mismo que está conformado por 42 mujeres, quienes tienen 18 a 34 años, debido a estos hallazgos, se prestó especial interés a este grupo. Identificándose que se encuentra en un alto riesgo institucional (90.47%), riesgo de conocimientos (97.61%) y riesgo cultural (90.47%) (Anexo 1).

Conclusiones, discusión y recomendaciones.

La población de estudio presenta una demanda de Papanicolaou favorable, de 154 (100%) mujeres, 9 (5.84%) de ellas nunca se ha realizado el Pap a diferencia del

estudio de Farfán Muñoz en el 2004, en el cual el 25% nunca se ha realizado el Papanicolaou; 145 (94.15%) se lo ha realizado una o más ocasiones, 109 (70.77%) han acudido por recomendación del personal médico y de enfermería, 45 (29.22%) no han recibido esta indicación y 36 (23.37%) han decidido por si mismas acudir a realizarse el Pap.

De acuerdo a lo que marca la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2- 1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, se observa que según la edad, 85.06% de las mujeres se encuentra dentro del grupo de riesgo de padecer cáncer cérvico uterino de 25 a 64 años (NOM-014-SSA2-1994).

Siguiendo los estudios de Coker (1992) y Loustalot (2006); se identificaron los grupos de riesgo según los antecedentes ginecológicos. Encontrándose que el 37% de las mujeres inició relaciones sexuales a edad temprana; un alto porcentaje (28%) por haber presentado 3 a 4 embarazos, presentan un riesgo mayor, 8% de estas pues han tenido de 5 a 7 embarazos, 36% de las mujeres se encuentran propensas por el número de embarazos (NOM-014-SSA2- 1994); se observa también que 17% ha tenido de 3 a 4 partos, siendo este grupo el de mayor riesgo para cáncer cérvico uterino y un grupo de 6% ha sido sometida a tres o más cesáreas; 2% ha presentado 3 a 4 abortos.

Las esposas e hijas de trabajadores (as) que cuentan con el servicio médico de manera dependiente presentan mayor riesgo por sus antecedentes ginecológic os que las mujeres que son titulares del servicio médico; existe una historia ginecológica favorable entre las mujeres que se dedican a la docencia y quienes se desarrollan laboralmente en el turno matutino.

Los conocimientos que tienen acerca del Pap, 40% desconoce la utilidad de la prueba, condiciones en que debe acudir a la realización del Pap y no tienen muy claro con qué frecuencia debe realizarse esta medida de detección oportuna. Siendo las mujeres en la cuarta y quinta década de su vida las que cuentan con mejor conocimiento acerca de la prueba de Papanicolaou y a menor nivel educativo menores conocimientos acerca de este examen de detección oportuna de cáncer cervico uterino; coincide con los hallazgos de Luengo y Muñoz (2004) realizado en mujeres españolas y contrario a los resultados de Lamadrid A. Silvia (1996) en el que las mujeres chilenas de este grupo de edad poseían menos conocimientos, comparado con los otros grupos . Las mujeres que se quedan en el hogar a desempeñar labores domésticas cuentan, con menos conocimientos que las que tienen un turno formal de labores, siendo las que se desempeñan en el turno matutino las que poseen mayores conocimientos respecto a la prueba de Pap; cuentan con mayor conocimiento las mujeres que eligen al personal de enfermería para la realización del Pap; contando con menos conocimientos las que eligen al médico general que las que eligen que sea el especialista en ginecología el que realice el examen.

Tratándose de los aspectos culturales; para una minoría (5%) la realización del Pap, no tiene importancia, por lo que representa un riesgo, por la influencia que pudiera representar en otras mujeres con escases de conocimientos acerca de esta medida de detección oportuna.

Coincidiendo con los hallazgos de Agüero, García (2006) más de la mitad (54%) de las mujeres experimenta angustia ante esta medida de detección oportuna y más de la cuarta parte (27%) supone que es una prueba dolorosa. Un notable número (52%) experimenta temor a los resultados de la prueba. La mayoría (99%) cuenta con el consentimiento de sus parejas, situación contraria a los resultados de Lazcano y Moss

(1999) en el que las parejas se oponen a que “sus mujeres se realicen el Pap. Gran parte de la muestra (83%) decide personalmente participar en esta medida preventiva, tal como menciona Luengo y Muñoz (2004), pero en el

resto hay una influencia mayormente de la madre para concientizar a la mujer de la importancia del Pap, como ha señalado Valdez (2004) en su investigación.

Existe un riesgo cultural muy importante en las mujeres con escolaridad básica, media y técnica y aquellas mujeres que se dedican al hogar, mientras que en las mujeres con licenciatura y más estudios académicos, las que se dedican a la docencia, a estudiar y otras labores formales fuera del hogar; también las que trabajan en los turnos matutino, vespertino y mixto; sus creencias y costumbres son favorables.

En los factores institucionales; el personal de enfermería tiene escasa participación (14%) en la información que se proporciona a las usuarias, son los médicos (57%) quienes tienen una mayor intervención seguido de los medios de comunicación (23%) y una participación escasa, pero importante del personal de trabajo social, sin embargo una tercera parte (29%) nunca ha sido enviada a efectuarse el Pap , la mayoría asiste por sus resultados y un menor número (3.45%) no acude a conocer sus resultados, (98%) una gran parte de los casos ha recibido un buen trato al acudir a la realización del Pap. En cuanto a la elección de la institución médica para acudir a la realización del Pap 65% decide acudir a SMUACJ, 18% elige un sistema de salud privado y un 17% alguna institución del sistema de salud público.

Quienes han tenido mejores experiencias y percibido un mejor trato en las instituciones de salud son aquellas que: tienen una condición civil “unida”, las que se dedican al hogar. Y quienes han observado situaciones desfavorables son: las que se encuentran en condición civil “sola”, mujeres con estudios de licenciatura y menos, quienes trabajan en los turnos vespertino y mixto y se encuentran en situaciones similares a las mujeres de colombianas del estudio de Wiesnier y Ceballos (2006) en el que destaca a los servicios de salud como factor de motivación para la realización del Pap, los tramites, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad y la percepción positiva o negativa de las usuarias.

Se logró identificar algunos factores asociados a la demanda de Papanicolaou para detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres derechohabientes de un sistema de salud privado. Destacándose los factores que están relacionados con los conocimientos que tienen las mujeres acerca del Papanicolaou; aspectos culturales, costumbres y creencias relacionadas con la participación en los programas de detección oportuna del cáncer cérvico uterino por medio del examen de Papanicolaou; y los hallazgos de mayor relevancia tienen que ver con los aspectos institucionales.

A partir del análisis de los factores socio-demográficos se logró determinar que quienes tienen mejores experiencias y referencias del sistema de salud al que pertenecen, son aquellas con mayor nivel educativo; las titulares del servicio médico, las casadas, quienes se dedican a la docencia y las mujeres que acuden durante el turno matutino; esta condición pudiera deberse a la madurez y conocimientos académicos, como se apreció en el análisis bi-variado en el que dichas variables muestran resultados significativos y de protección para la participación en el programa de DOC CU. Contrario a los resultados antes mencionados, se encontró un mayor riesgo en aquellas usuarias no titulares del servicio, las menores de 35 años, las que están en áreas laborales diferentes a la docencia y de forma especial a aquellas usuarias que son estudiantes (hijas). Podemos enfatizar que el 58% de las mujeres prefiere hacerse el Pap en el turno matutino, 30% en ambos turnos y solo un 12% lo hace en el turno vespertino.

Según los antecedentes ginecológicos, se identificó en alto riesgo a aquellas mujeres derechohabientes no titulares del servicio médico alcanzando hasta 2.74 veces más riesgo.

Las mujeres jóvenes cuentan con escasos conocimientos acerca del examen para detección oportuna de cáncer cérvico uterino. Esta situación pudiera deberse a los roles sociales que desempeñan en las 2ª y 3ª década de la vida femenina, es decir los estudios académicos, la incursión en el área laboral, la maternidad y el cuidado del hogar.

Haciendo mención de los aspectos culturales, se encontró a una población de mujeres con libertad de elección y con apoyo de sus parejas, para acudir a las medidas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, se logró apreciar también que son las madres de las usuarias quienes animan a estas a que acudan a las revisiones periódicas del Pap.

Por lo anteriormente descrito se plantean las siguientes recomendaciones

Fortalecer los conocimientos sobre el cáncer cérvico uterino y el Papanicolaou, en las mujeres derechohabientes de éste sistema de salud, a través de la promoción de la salud: Haciendo hincapié en aquellas mujeres con un perfil de riesgo más alto.

Dando a conocer qué es el cáncer cérvico uterino, cuáles son los factores de riesgo y las medidas preventivas.

Informando a las mujeres los requisitos y los horarios en que pueden acudir para la realización del examen del Papanicolaou.

Tratar de aminorar la vergüenza, el temor y la angustia que experimentan las mujeres ante la decisión de realizarse el Papanicolaou.

Informar a las mujeres que la participación para esta medida preventiva solamente basta con su consentimiento. Debe ser una decisión propia, por necesidades personales de salud y no requiere la autorización de la pareja.

En cuanto a los aspectos institucionales es recomendable que el personal de salud encargado de la realización del Papanicolaou provea el ambiente seguro para las usuarias, proporcionándoles la información que estas requieran; tener el equipo y material necesario para llevar a cabo el Pap; darles a conocer los resultados de la prueba de manera clara y oportuna, que ofrezcan un trato digno de confidencialidad, seriedad y respeto, estimulando con este trato a las usuarias para continuar de manera periódica realizándose el Papanicolaou, dando una buena difusión y motivando al resto de la población femenina.

Referencias Bibliográficas

Agüero, B. & al, G. e., 2006. Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. Revista de la facultad de medicina, enero - febrero, p. vol9.n1.

CNEGSR, 2011. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. México,

D. F.: s.n.

Coker AL, H. B. M. M. W. L., 1992. Barrier methods and cervical intraepithelial neoplasia. Contraception 1992, USA: s.n..

DOF-014122009, 1986. Diario Oficial de la Federación. México, D. F.: s.n.

DOF, 1986. Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México, D. F.: Federación, Diario Oficial de la.

Farfán, L. M. & Barrón , E. T., 2004. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino, Monterrey, Nuevo León México: s.n.

Huamani , C., Hurtado, A. & et al, 2008. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perúrev Perú, Lima, Perú: revista Perú Med Exp Salud Publica.

INEGI, 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006, México, D. F.: INEGI; SSA; Instituto Nacional de Salud Pública.

Lamadrid A. Silvia, 1996. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou, Santiago de Chile: Bol Oficina Sanin Panam.

Lazcano, E. P., Moss , S. & et al, 1999. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos, México D. F.: Salud Publica de México.

LGS, 1984. Reglamento Ley General de Salud en Materia de Investigación. México, D.F.: s.n.

Loustalot , . M. L., Espinos, R. & et al, 2006. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de Citología Cervical. México, D. F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.Secretaría de Salud.

Luengo, S. M. & Muñoz van den, A. E., 2004. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España, España: Sociedad Española de familia y Comunitaria.

NOM-014-SSA2-1994, s.f. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratam. s.l.:s.n.

PHAO, 2007. Organización Panamericana para la Salud Presupuesto sin vision de género.

Available at: Pahttp://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/cervicalcancersp.PDF.

Pino, C. G., s.f. Universidad Pública de Navarra Universidad Saludable. Available at: http://www2.uacj.mx/universidadsaludable/memorias/documentos/Phttp://www.Resume nes/-LaUniversidadReyJuanCarlos,UNIVERSIDADSALUDABLE.pdf

[Último acceso: Julio 2012].

PRONASA, 2.-2., 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, D. F.: Secretaría de Salud.

Valdez, R. C., 2004. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervico uterino, Chihuahua, México: Avances en Psicología Latinoamericana.

Wiesnier , C. & Ceballos , M., 2006. La citología del cuello uterino en Soacha, Colombia; representaciones sociales, barreras y motivaciones. Revista Salud Publica, Colombia: Revista de Salud Pública.

Anexo 1. Análisis Bi variado

Variable	n	%	Rx Ginecológico				Conocimientos				Cultura Pap				Fx Institucionales			
			OR	p	(IC 95%)*		OR	p	(IC 95%)*		OR	p	(IC 95%)*		OR	p	(IC 95%)*	
Edad	154																	
18 a 34	42	27.27	0.88	0.79	0.35	2.25	1.53	0.55	0.38	6.20	1.53	0.55	0.38	6.20	11.88	0.00	3.50	40.31
35 a 45	39	25.32	0.70	0.46	0.26	1.84	1.10	0.89	0.29	4.15	0.54	0.31	0.16	1.79	2.50	0.06	0.98	6.37
46 a 53	37	24.03	1.87	0.19	0.73	4.77	0.26	0.02	0.08	0.84	0.83	0.78	0.23	3.02	2.95	0.03	1.13	7.75
55 y mas	36	23.38	1.13	0.80	0.44	2.88	0.65	0.55	0.16	2.64	0.65	0.55	0.16	2.64	0.08	0.00	0.02	0.29
Edo civil	154																	
Sola	47	30.52	0.63	0.24	0.30	1.32	0.51	0.22	0.12	1.19	0.69	0.42	0.28	1.71	2.42	0.04	1.06	5.53
Unida	107	69.48	1.58	0.22	0.76	3.30	1.95	0.12	0.84	4.53	1.45	0.42	0.59	3.60	0.41	0.04	0.18	0.94
Derechohabiencia	154																	
Titular	38	24.68	0.34	0.02	0.15	0.86	0.51	0.14	0.21	1.24	0.76	0.58	0.29	2.00	1.15	0.73	0.52	2.56
Dependiente	116	75.32	2.74	0.02	1.16	6.50	1.94	0.14	0.81	4.69	1.31	0.58	0.50	3.46	0.87	0.73	0.39	1.94
Escolaridad	154																	
Básica, media y técnica	48	31.17	2.15	0.08	0.91	5.06	2.42	0.08	0.91	6.43	16.59	0.01	2.06	133.74	0.61	0.26	0.26	1.43
Licenciatura	60	38.96	1.47	0.36	0.64	3.37	5.32	0.00	1.77	16.05	0.09	0.03	0.01	0.76	2.35	0.04	1.02	5.38
Postgrado	46	29.87	0.47	0.08	0.20	1.10	0.41	0.08	0.16	1.10	0.06	0.01	0.01	0.49	1.63	0.26	0.70	3.82
Ocupacion	154																	
Hogar	69	44.81	1.79	0.15	0.81	3.96	0.78	0.70	0.22	2.77	2.40	0.13	0.77	7.48	0.17	0.00	0.06	0.49
Docencia	42	27.27	0.41	0.04	0.18	0.95	0.21	0.00	0.08	0.56	0.30	0.03	0.10	0.91	0.29	0.04	0.09	0.92
Estudiante y otras áreas	43	27.92	0.56	0.15	0.25	1.24	1.28	0.70	0.36	4.53	0.42	0.13	0.13	1.30	5.85	0.00	2.05	16.65
Horario Labores	154																	
Hogar	69	44.81	1.80	0.16	0.80	4.05	3.27	0.02	1.20	8.89	3.05	0.05	1.00	9.33	0.33	0.02	0.13	0.81
Matutino	45	29.22	0.42	0.04	0.19	0.95	1.98	0.19	0.71	5.50	0.38	0.09	0.13	1.16	2.69	0.02	1.15	6.29
Vespertino y mixto	40	25.97	0.56	0.16	0.25	1.26	0.31	0.02	0.11	0.83	0.33	0.05	0.11	1.00	3.08	0.02	1.24	7.64
Institución	154																	
IIT-IADA	49	31.82	1.50	0.46	0.51	4.37	0.74	0.68	0.18	3.06	0.44	0.47	0.05	4.02	1.13	0.82	0.38	3.38
ICB	32	20.78	1.05	0.94	0.33	3.36	0.72	0.67	0.16	3.27	0.15	0.09	0.02	1.30	1.50	0.51	0.45	5.03
ICSA	52	33.77	1.06	0.92	0.36	3.09	0.70	0.62	0.17	2.85	0.21	0.15	0.03	1.76	0.94	0.92	0.32	2.76
RECTORIA-C.L	21	13.64	0.67	0.45	0.23	1.94	1.35	0.68	0.33	5.59	2.27	0.47	0.25	20.74	0.88	0.82	0.30	2.63
Turno Pap	154																	
Matutino	89	58.17	1.22	0.61	0.58	2.55	0.64	0.38	0.23	1.74	1.35	0.55	0.51	3.58	1.17	0.68	0.54	2.53
Vespertino	18	11.76	0.94	0.91	0.30	2.97	0.39	0.17	0.10	1.50	0.74	0.66	0.19	2.84	0.65	0.42	0.23	1.86
Ambos	46	30.07	0.82	0.61	0.39	1.73					0.74	0.55	0.28	1.96	0.85	0.68	0.40	1.84
Profesional de la salud	154																	
Enfermera	52	33.77	1.92	0.07	0.94	3.91	0.34	0.02	0.14	0.81	1.02	0.97	0.39	2.66	0.53	0.09	0.25	1.11
Médico general	19	12.34	0.39	0.11	0.12	1.22	8.00	0.05	0.98	65.20	0.99	0.99	0.25	3.89	1.01	0.99	0.33	3.13
Ginecólogo	83	53.9	0.52	0.07	0.26	1.06	2.91	0.02	1.22	6.91	0.98	0.97	0.38	2.55	1.88	0.09	0.90	3.93

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres derechohabientes de SMUACJ, 2011

$p \leq 0.05$

25. Gibbons LW, Blair SN, Cooper KH, et al. Association between coronary heart disease risk factors and physical fitness in healthy adult women. Circulation 1983;67(5):977-83Kokkinos PF, Holland JC, Narayan P, et al. Miles run per week and

high-density lipoprotein cholesterollevels in healthy, middle- aged men: a dose-response relationship. Arch Intern Med 1995;155(4):415-20

26. Brown L, Rosner B, Willett WW, Sacks FM. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *Am. J. Clin. Nutr.* 69(1), 30-42 (1999)

27. Rudkowska I, Jones PJH. Functional foods for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: cholesterol and beyond. Expert Review of Cardiovascular Therapy 2007;5(3):477-90.

28. Visioli F, C. Galli Propiedades biológicas de los fitoquímicos de aceite de oliva. Crítico Ap Food Sci Nutr 2002; 42 (3) :209-21.

29. Katan MB, Grundy SM, Jones P, Law M, al e. Efficacy and Safety of Plant Stanols and Sterols in the Management of Blood Cholesterol Levels. Mayo Clin Proc 2003;78(8):965-78.

30. Fraser GE, Sabate J, Beeson WL, Strahan TM. A possible protective effect of nut consumption on risk ofcoronary heart disease: the Adventist Health Study. *Arch. Intern. Med.* 152, 1416-1424 (1992).

31. Sabate J, Fraser GE, Burke K, Knutsen SF, Bennett H, Lindsted KD. Effects of walnuts on serum lipid levels and blood pressure in normal men. N. Engl. J. Med. 328(9), 603–607 (1993)

32. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Alexopoulos N, Economou E, Andreadou I, Stefanadis C. Effect of dark chocolate on arterial function in healthy individuals. Am. J. Hypertens. 18(6), 785–791 (2005)

33. Solak ZA, Kabaroglu C, Çok G, Parildar Z, Bayindir Ü, Özmen D, et al. Effect of different levels of cigarette smoking on lipid peroxidation, glutathione enzymes and paraoxonase 1 activity in healthy people. Clinical and Experimental Medicine 2005;5(3):99-105

34. Garrison RJ, Kannel WB, Feinleib M, et al. Cigarette smoking and HDL cholesterol: the Framingham Offspring Study. Atherosclerosis 1978;30(1):17-25

35. Moskowitz WB, Mosteller M, Schieken RM, et al. Lipoprotein and oxygen transport alterations in passive smoking preadolescent children: the MCV Twin Study. Circulation 1990;81(2):586-92.

36. Ludviksdottir D, Blondal T, Franzon M, et al. Effects of nicotine nasal spray on atherogenic and thrombogenic factors during smoking cessation. J Intern Med 1999;246(1):61-6.

37. Tall AR. An overview of reverse cholesterol transport. Eur Heart J 1998;19 Suppl A:A31-5

38. Kwiterovich PO Jr. The anitiatherogenic role of high-density lipoprotein cholesterol. Am J Cardiol 1998;82(9A):13Q-21Q

39. Saavedra Cárdenas. J. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Rev SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION – SCARE. En línea: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1999/5/2/consentim_info_v5_r2.pdf

40. El Consentimiento Informado. Disponible en: http://etica.uahurtado.cl/documentos/documentos/consentimiento_informado.pdf

41. Maldonado . O. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Profesora-Investigadora Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. En línea: http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/conveniodoc/h1_cuarta_parte_13_consentimi ento_informado.doc

42. Di Filippo Rodriguez R, Manual De Bioquímica, Fundamentos básicos. Guias para desarrollar en el laboratorio. 2009; (25-31)

43. Rojas, C. "RESPUESTA DEL COLESTEROL HDL ANTE EL EJERCICIO FISICO

AEROBICO Y ANAEROBICO. Universidad Nacional De La Plata Facultad De Ciencias Médicas Departamento De Postgrado. Disponible en línea: http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/34.pdf

44. Rivera. D. CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO EN COLOMBIA. Instituto Nacional de Cancerología. Junio 2011. Disponible en línea: http://www.redalyc.org/pdf/422/42219911015.pdf

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. UNA EXPERIENCIA EN LA ASOCIACIÓN ESPLAIS VALENCIANS. (AEV)

ELENA TORRALBA MARTÍNEZ
Asociación EsplaisValencians. (Valencia)
Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de Valencia. (España)

LUISA RUANO CASADO
Departamento de enfermería. Universidad de Valencia. (España)

MªLUISA BALLESTAR TARÍN
Departamento de enfermería. Universidad de Valencia. (España)

GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE
Universidad Autónoma del Estado de México.

RESUMEN

La educación en valores de niños y niñas en el tiempo libre es el objetivo prioritario de la Asociación Esplais Valencians (AEV) en España. La situación de salud de los niños influirá en su aprendizaje. Por ello es importante la capacitación del equipo de monitores en los problemas de salud de sus niños para que sean capaces de adaptarse a las necesidades reales del grupo.

Objetivo. Identificar las necesidades de salud de los niños y niñas de Esplai, para proponer un programa de Educación para la salud.

Metodología. Se ha realizado una revisión de 213 fichas sanitarias de los 222 niños de AEV. Las fichas sanitarias, disponibles en la base de datos de la asociación, son cumplimentadas por los padres y madres y recogen información sobre los problemas de salud, alergias y medicación del niño/a. El programa utilizado ha sido el SPSS Statistics versión 22.0.

Resultados. Un 84.7 % de los niños de AEV no presenta ningún problema de salud. Sin embargo, el 4.95 % de los/as niños/as presenta un posible Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Conclusiones. Resulta prioritario elaborar un programa de educación para la salud para los monitores de AEV sobre el TDAH para promover que estos niños y niñas reciban una educación adecuada a sus necesidades.

Descriptores o palabras clave:

Programa de Educación para la Salud, Análisis de la Situación de Salud, Formación para monitores, Educación en niños con TDHA

ABSTRACT

Value education for children is the principal target of Asociación Esplais Valencians (AEV)in Spain. Children's health situation will influence in their learning process. That's why team monitors capacity is important to children's health problems in order to be able to adapt to real group needs.

Objective: Identify the health needs of children of Esplai to propose a program of Health Education.

Methods: There has been a review of 213 medical records of 222 children from AEV. The health records available in the database of the association, are completed by parents and collected information on health problems, allergies and medication of children. The program used was SPSS version 22.0.

Results 84.7% of children AEV presents no health problem. However, 4.95% of children have a possible Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Conclusions: It's priority to develop a program of health education for AEV monitors on ADHD to encourage these children receive an education appropriate to their needs.

Key words:

Health education program, analysis of health situation, monitors education, education ADHD children.

INTRODUCCIÓN

Esplais en una asociación que promueve la educación en valores en el tiempo libre, transmitiendo valores como la solidaridad, el respeto, dando a conocer los principios de los derechos humanos entre los más pequeños. Esta asociación organiza actividades todos los sábados por la mañana enfocadas a niños y niñas de 4 a 16 años. Los grupos se dividen por edades, adaptando la metodología empleada en cada grupo a su edad. El saber determinar el método más adecuado para trabajar con un grupo u otro es fundamental para conseguir los objetivos planteados y saber transmitir los valores e ideas que se pretende plantear al grupo. Para ello es importante que el equipo de monitores no solo tenga en cuenta la edad de los/as niños/as, sino también su contexto familiar y de salud.

Para Esplais, la Educación es "Un hecho humano y social que se manifiesta como transmisión comunicativa de unas personas a otras proporcionándoles ideas, habilidades, normas y pautas de conocimiento y de conducta" (Sanvicens, 1984). En el contexto donde se desarrolla la actividad de Esplais, se entiende que la educación debe ser intencional, planificada y organizada. Sin embargo, es importante considerar que se tiene que establecer en un marco flexible y elástico que permita el desarrollo y la participación de todos los agentes implicados (niños/as, padres y madres, monitores, etc.). Por esta razón, la metodología utilizada por la asociación es la metodología basada en el Ocio. Mediante esta metodología se pretende sacar el máximo provecho al

crecimiento y la realización de las expectativas de todos/as los/as participantes. La pedagogía del ocio debe potenciar la implicación en las actividades de los/as participantes y evitar el consumismo y la simple diversión (Cabanyol et al, 2002).

Actualmente, la Associació Esplais Valencians (AEV) cuenta con 6 sedes situadas en la Comunidad Valenciana. La actividad con los/as niños/as en todas ellas se realiza los sábados por la mañana. Sin embargo, la situación en cada uno de los municipios en muy diferente por lo que no todas las sedes cuentan con los mismo recursos para poder desarrollar el proyecto.

Todas estas entidades se engloban en el mismo proyecto y pertenecen a la Associació Esplais Valencians (AEV). Para poder coordinar las actividades de las diferentes sedes y unificar criterios se crearon distintas comisiones. Actualmente AEV cuenta con 5 comisiones integradas por miembros de las diferentes sedes. De esta manera se asegura cierta representatividad en las decisiones de la asociación por parte de todos sus integrantes.

Un elemento clave para desarrollar el objetivo de la asociación es el equipo de monitores. Este debe adquirir un compromiso con el proyecto de Esplais que le haga desarrollar actividades que no solo se limiten a los sábados por la mañana, sino que permitan el funcionamiento de las comisiones y el cumplimiento de sus competencias.

El perfil del monitor/a de AEV cumple con las siguientes características:

- Jóvenes de entre 18 y 25 años, en su mayoría universitarios.
- Compromiso social acorde a la ideología de la asociación.
- Voluntad de transformación social, sobre todo a nivel local.
- Conciencia de la importancia de la educación para la transformación social.
- Implicación en el proyecto de forma altruista.

En cuanto a la formación en salud, para ser monitor/a de Esplais no se requiere ningún título de primeros auxilios o formación relacionada.

Tal y como dice la OMS (1948), al entender la Salud como un derecho, se debería potenciar la capacitación en salud de los monitores que trabajen con niños y niñas en el tiempo libre. El contar con un equipo de monitores formado sobre temas de salud es un recurso fundamental a la hora de educar a los niños y conseguir una adecuada comunicación.

Para llegar a obtener buenos resultados tras una intervención de educación para la salud se precisa mantener un enfoque poblacional en todo momento, conociendo la perspectiva de los monitores sobre los problemas de salud en AEV. Debe ser la misma población la encargada de identificar los problemas existentes en la comunidad y no agentes externos a la población quien determine los problemas y necesidades de la misma (OMS, 1989).

Una vez se conocen los problemas de salud de una comunidad se pueden establecer las necesidades existentes y derivadas de dichos problemas. Es en base a estas necesidades sobre lo que se plantea una intervención de Educación para la Salud.

Se considera que el equipo de monitores debe conocer a los niños y niñas y sus realidades para poder determinar las necesidades individuales de cada uno valorando la salud de los niños y niñas de Esplai. La situación de salud en los niños va a condicionar el tipo de actividades a llevar a cabo con el grupo o la manera en que los monitores deben adaptarlas a la heterogeneidad del grupo ante el que se encuentran.

HIPOTESIS

La planificación adecuada de Intervenciones de Educación para la Salud para monitores de Esplais debe basarse en las necesidades y el estado de salud de niños y niñas de la Asociación.

OBJETIVO

- Objetivo General:
  Estudiar la situación de salud de los niños de Esplais.
- Objetivo Específico:
  Establecer una estrategia de capacitación y Educación para la Salud para el Equipo de Monitores de AEV.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de Prevalencia donde el análisis de los datos se ha hecho a partir de tablas de frecuencia. Para realizar el estudio se han revisado 213 fichas Sanitarias de los 222 niños y niñas inscritos en AEV durante el curso 2013- 2014. Esta información se encuentra disponible en las bases de datos de las diferentes sedes de Esplai, previamente se presentó un informe ante la Junta Directiva de la asociación manifestando la intención de llevar a cabo el estudio, con el objetivo de obtener la aprobación por parte de la misma.

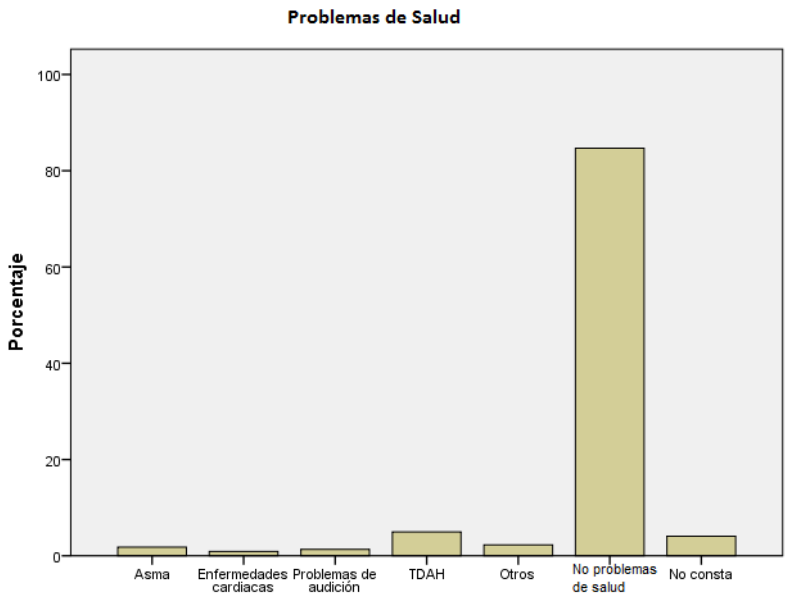
Al tratarse de datos de carácter personal, el acceso a las bases de datos se realizó de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999 de 14 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal

Todos los datos han sido recogidos mediante la base de datos Excel, y analizados posteriormente a través del programa SPSS Statistics versión 22.0.

RESULTADOS

A partir de la investigación se ha podido conocer que el 84.7% de niños de Esplais no padece ningún problema de salud, ni patología crónica. Sin embargo, el 15.3% de niños y niñas que sí que padece algún problema de salud, el 4.95% presenta un posible trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Figura 1). Por tanto, con un total de 11 casos de las 213 fichas sanitarias consultadas, se ha observado que el TDAH prevalece como problema de salud más común en AEV.

Figura 1: *Prevalencia de Problemas de Salud en AEV*.



Fuente: Fichas sanitarias, base de datos de AEV. Elaboración propia.

Por otra parte, los diagnósticos recogido en las fichas sanitarias no se acompañan de ningún certificado médico ni ningún documento que acredite la confirmación del diagnóstico.

Se ha de tener en cuenta que no fue posible el obtener información de todos los niños y las niñas inscritos, por lo que hay un 4.05% de inscritos de los que no se conoce su estado de salud.

Además, considerando el grupo sobre el que se va a intervenir, el Equipo de Monitores, una de las limitaciones que tiene este estudio es el desconocimiento de la opinión de estos.

DISCUSIÓN

De acuerdo al enunciado de la hipótesis de dicho estudio, una vez se ha conocido la situación de salud predominante en los miembros de la asociación, es posible establecer un Programa de Educación para la salud adecuado a las necesidades reales del grupo.

En este sentido, se ha elaborado una propuesta formativa para la capacitación del equipo de monitores en relación al TDAH, al considerarlo probablemente el problema de salud predominante en el grupo de niños y niñas de AEV.

La propuesta formativa consistiría en la impartición de un total de 4 sesiones, tres talleres prácticos y una charla sobre el TDAH infantil, en el primer trimestre del curso 2014-2015. A los talleres podrán acudir todos aquellos monitores interesados en adquirir conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, y su aplicación en el ámbito de la educación en el tiempo libre.

Para mejorar la adaptación de los contenidos al grupo de monitores que va a asistir, se ofrecerá la misma sesión para los diferentes grupos de monitores en función de la edad de los niños y niñas. De este modo obtendremos el siguiente cronograma.

Tabla 1: *Cronograma del Programa de Educación para la Salud, TDAH.*

	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE					DICIEMBRE			
	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27
1ª Sesión		P	M	X	A												
2ª Sesión							P	M		X	A						
3ª Sesión												P	M	X	A		

(P= 4 a 6 años; M= 7 a 9 años; X= 10 a 12 años; A= 13 a 16 años)

Fuente: Elaboración propia.

La propuesta está pensada para que se lleve a cabo durante los 3 primeros meses del curso siguiente al que se ha llevado a cabo el estudio. De esta forma, cada grupo asistirá a una sesión mensual.

Se finalizará el programa con una única charla que tendrá lugar en el mes de enero y a la que acudirán todos los monitores de AEV. La charla será impartida por un profesional especializado en TDAH infantil que esté dispuesto a colaborar en la propuesta de forma altruista. El resto de talleres los impartirá la propulsora de la investigación de forma desinteresada.

Por tanto, el coste para los participantes en el Programa de Educación para la Salud sobre el TDAH será nulo.

El lugar donde se impartirán las sesiones será la sede de AEV y en cuanto al horario, se plantea llevar a cabo los talleres los sábados por la tarde. De esta manera se pretende respetar el horario de la actividad normal de Esplai (sábado por la mañana).

A fin de ser aprobada, dicha propuesta se presentará ante la junta directiva de AEV. Posteriormente, antes de ponerla en marcha, se contactará con la Comisión de Ideario (quien se encarga de la formación del equipo de monitores) para que participe en la mejora de la propuesta y aporte información sobre los recursos y materiales disponibles.