



Debates y Escenarios en las CIENCIAS de la SALUD

ISBN: 978-9942-759-26-9

COMPILADORA:

Elba E. de Isaza

Centro de Estudios Transdisciplinarios Bolivia

Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador

Debates y Escenarios en las Ciencias de la salud



COMPILADORA:

Elba E. de Isaza

La presente obra fue evaluada por pares académicos experimentados en el área

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE)

ISBN: 978-9942-759-26-9

Fecha de edición: 2017-08-31

Edición con fines académicos no lucrativos.

Impreso y hecho en Ecuador

Diseño y Tipografía: Lic. Pedro Naranjo Bajaña

CIDE 
EDITORIAL
Cod. 9942-8632 

Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador

Cdla. Martina Mz. 1 V. 4 - Guayaquil, Ecuador

Tel.: 00593 4 2037524

[http. :/www.cidecuador.com](http://www.cidecuador.com)

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Octavio Alejandro Jiménez Garza

PhD. Enrique Gea Izquierdo

Dra. Grether Lucía Real Pérez

Dr. Marco Murueta

AUTORES

Aida Monserrate Macias Alvia.
Amable Poma Luna
Amelia del Carmen Viera Pico
Ana Marina Vaca Gallegos
Andrea Steffanie Cueva Rey
Angélica María Veloz Balarezo
Anita Sotomayor Preciado
Avner Rizzo Ovaco
Carlos Patricio Carpio Mosquera
Carmen Elizabeth Silverio
Carolina Margarita Sánchez Sánchez
David Arboleda Barrezueta
Diana Rodríguez Guerrero.
Dolores Mirella Cedeño Holguin.
Doris Castillo Tomalá
Elka Almedia Monge
Fabiola Ximena Jiménez Guzmán
Félix Adolfo Navia Mayorga
Franklin Antonio Vite Solorzano
Gerardo Xavier Peña Loaiza
Gladis Mora Veintimilla
Heidy Teresa Vargas Cevallos
Irlandia Romero Encadala
Janet Vásquez González
Javier Martin Reyes Baque
Javier Oscar Mogroviejo
Javier Tibau Iturralde
Jazmin Elena Castro Jalca
Jefferson Mendoza Carrera
Jiménez Navas Yadira Elizabeth
Johanna Mabel Sanchez Rodríguez.
Karina Gabriela Rojas Carrión
Karina Maricela Merchán Villafuerte
Karla Mora Alvarado
Katherine Jazmín Morán Quinteros
Katty Lenela Jaramillo Ospina
Kerly Angela Álvarez Cadena
Kevin Jiménez.
Lenin Byron Mendieta Toledo
Luis Eduardo Maquilón
María Dolores Suárez Villao
María Johanna Batallas Borja
Marcelo Moya Jordán
Marisela Mildred Saltos Solís
Marshel Zaldúa Moran
Monserrate Cristina Merino Conforme
Naranjo Reino María Teres
Nathalie Campos Murillo
Nube Isabel Pesantez Hurtado
Ornella Ugalde Villacís
Patricia Noguera Cárdenas
Roberth Olmedo Zambrano Santos.
Ronelsys Martínez Martínez
Rosa del Roció Pinargote Chancay
Sandra Elizabeth Figueroa Samaniego
Sara Saraguro Salinas
Silvia Verónica Macías Cando
Sonnia Santos Holguín
Teresa Isabel Veliz Castro
Víctor Lanchi Zuñiga
Victoria Michelle Zambrano
William Antonio Lino Villacreses
Yadira Liliana Sánchez Padilla
Yasmin Alejandra Castillo Merino
Yelisa Duran Pincay

INDICE

Prólogo.....9

Capítulo I

Epidemiología, salud pública y tecnología

Programa de donación de sangre.....11

María Dolores Suárez Villao, Obst. MSc

Sonnia Santos Holguín, Lcda. MSc

Doris Castillo Tomalá, Lcda. MSc

Indicadores transfusionales como control de medición de despacho de hemocomponentes.....25

William Antonio Lino Villacreses

Karina Maricela Merchán Villafuerte

Teresa Isabel Veliz Castro

Grupo sanguíneo y factor Rh como base de información.....31

Jazmin Elena Castro Jalca

Yelisa Duran Pincay

Javier Martin Reyes Baque

Capítulo II

Medicina física de rehabilitación, osteología y fisioterapia

Programa de actividades acuáticas en la percepción del dolor de parto.....36

Lenin Mendieta Toledo

David Arboleda Barrezueta

Amable Poma Luna

Marshel Zaldúa Moran

Discapacidad y afrontamiento.....45

Karina Gabriela Rojas Carrión

Gerardo Peña Loaiza

Desbalances musculares en bipedestación y sedestación en escolares.....57

Naranjo Reino María Teres

Jiménez Navas Yadira Elizabeth

Sánchez Sánchez Carolina Margarita

Capítulo III
Medicina interna

Atención primaria del paciente diabético con pie en riesgo.....66

Dra. Sandra Figueroa Samaniego
Psic. Ana Marina Vaca Gallegos
Lcda. Sara Saraguro Salinas
Dr. Víctor Lanchi Zuñiga

Identificación por pcr del agente etiológico de bronconeumonía bacteriana.....79

Patricia Noguera Cárdenas
Nathalie Campos Murillo

Capítulo IV
Medicina laboral y del trabajo

Enfermedades laborales en el cuerpo de bomberos.....90

Lenin Byron Mendieta Toledo
Heidy Teresa Vargas Cevallos

Capítulo V
Medicina china

Flavonoides y glucósidos de verbena litoralis.....100

Carmen Elizabeth Silverio

Capítulo VI
Oncología

Linfoma no hodgkin tipo malt.....114

Lcda. Anita Sotomayor Preciado
Lcda. Irlandia Romero Encadala
Lcda. Gladis Mora Veintimilla
Dra. Sandra Figueroa Samaniego

Linfoma gigante no hodgkin en paciente VIH positivo.....122

Dr. Marcelo Moya Jordán
Dr. Avner Rizzo Ovaco
Dra. Ornella Ugalde Villacís

Capítulo VII
Psiquiatría y psicología

Consumo de alcohol y su repercusión en la familia.....128

Mg Rosa del Rocío Pinargote Chancay
Mg Yasmin Alejandra Castillo Merino
Mg Monserrate Cristina Merino Conforme

Consumo de alcohol y tabaco en relación al estilo de vida de la población adolescente.....	135
Dra. Marisela Mildred Saltos Solís, Mgs.	
Funcionamiento familiar e inicio temprano de la actividad sexual en adolescentes.....	148
MSc. Andrea Steffanie Cueva Rey	
MSc. Yadira Liliana Sánchez Padilla	
MSc. María Johanna Batallas Borja	
Factor motivacional en estudiantes universitarios desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad.....	158
Yadira Liliana Sánchez Padilla	
Gerardo Xavier Peña Loaiza	
Andrea Steffanie Cueva Rey	
Psicoética y estrategias de afrontamiento personal que aportan al desarrollo humano integral de estudiantes de psicología.....	164
Janet Vásquez González	
Dependencia a la tecnología móvil.....	175
Ing. Katty Leonela Jaramillo Ospina	
Ing. Félix Adolfo Navia Mayorga	
Prof. Silvia Verónica Macías Cando	
Características psicológicas de los estudiantes de enfermería.....	184
MSc. Angélica María Veloz Balarezo	
MSc. Ana Marina Vaca Gallegos	
Msc. Sandra Elizabeth Figueroa Samaniego	
Funcionalidad familiar y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica.....	192
MSc. Gerardo Xavier Peña Loaiza	
MSc. Yadira Liliana Sánchez Padilla	
MSc. María Johanna Batallas Borja	
Separación-divorcio como crisis paranormativa del ciclo vital y su incidencia en el desarrollo social y afectivo de niños de 7 a 12 años.....	200
MSc. María Johanna Batallas Borja	
MSc. Gerardo Xavier Peña Loaiza	
MSc. Andrea Steffanie Cueva Rey	
Afrontamiento familiar en pacientes diabéticos del Hospital Teófilo Dávila.....	208
Ana Marina Vaca Gallegos	
Carlos Patricio Carpio Mosquera	
Katherine Jazmín Morán Quinteros	
Nube Isabel Pesantez Hurtado	

Prospectiva para el desarrollo personal.....	214
Msc. Diana Rodríguez Guerrero.	
Msc. Kevin Jiménez.	
Factores determinantes entre el auto concepto emocional y el auto concepto académico en escolares.....	222
MSc. Kerly Angela Álvarez Cadena	
MSc. Amelia del Carmen Viera Pico	
Ing. Alex Guillen Bonilla	
La relación de las conductas antisociales y las relaciones interpersonales.....	233
Karla Mora Alvarado	
Jefferson Mendoza Carrera	
Elka Almieda Monge	
Kerly Álvarez Cadena	
Configuraciones familiares de mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.....	245
Fabiola Ximena Jiménez Guzmán	
Andrea Steffanie Cueva Rey	
Carlos Patricio Carpio Mosquera	
Familia y educación diabetológica.....	253
Dra. Johanna Mabel Sanchez Rodriguez.	
Dr. Javier Tibau Iturralde	
Lic. Dolores Mirella Cedeño Holguin.	
Crecimiento postraumático en mujeres universitarias.....	259
Javier Óscar Mogrovejo	
Victoria Michelle Zambrano	
Luis Eduardo Maquilón	

Capítulo VIII

Tendencias educativas en medicina

Aprendizaje reflexivo en el ciclo básico de la carrera de medicina, Universidad Regional Autónoma de los Andes.....	268
Dra. Ronelsys Martínez Martínez	
Plan estratégico de desarrollo de la carrera de enfermería.....	276
PhD. Roberth Zambrano Santos	
MSc. Aida Macías Alvia	
MSc. Franklin Antonio Vite Solórzano	

Prólogo

Históricamente el tema de la salud ha sido objeto de diferentes debates e interpretaciones, es objeto de especial atención no sólo por parte de la medicina y de las ciencias de la salud, también para otras áreas. Para una corriente de pensamiento representa un estado de bienestar o de equilibrio para otra, un término que se contrapone al de enfermedad. El análisis adecuado a la salud le brinda tanto al profesional de las ciencias de la salud como a las otras áreas vinculadas al estudio de la salud un valioso conocimiento.

La salud representa un derecho humano consagrado diferentes tratados y constituciones a nivel mundial, sin embargo, la humanización del ejercicio, exigibilidad, goce y disfrute de este derecho constituye el tema de uno de los mayores motivos de reflexión y preocupación para la producción científica a nivel mundial que analiza los entornos sociales en los que se desenvuelve la humanidad.

Entre los temas a debatir se encuentra la concepción que define la salud, es importante trascender la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud OMS como un estado y se incorpore al ser humano en su entorno social. Sin embargo, es importante propiciar espacios para la generación de conocimiento, acción que constituye un aspecto de vital importancia en la salud, es la herramienta vital para la innovación y mejora de procesos para atención de la enfermedad y prevención de la salud, donde el rol de las universidades como centros especializados investigación e innovación se contextualiza con la realidad nacional y latinoamericana y la transformación de manera de ver muchos de los nuevos desafíos de la salud.

En la actualidad, la universidad ha superado el rol que desempeñaba centro fundamentalmente para formar el talento humano responsable de la prevención de la enfermedad y atención de la salud, transformándose en centros de desarrollo de procesos de investigación e innovación dirigidos a la generación de conocimiento.

Consciente de ello, el Centro de Investigación y Desarrollo del Ecuador ha publicado el libro Debates y Escenarios en las Ciencias de la Salud, este libro consolida diferentes investigaciones y valoraciones sobre importantes temas del área de salud y ofrece un balance sistemático de la situación actual de la investigación de salud en Ecuador. Este libro tiene como propósito proporcionar un conjunto de nociones sobre esta área de conocimiento y su aplicación en el campo de la investigación universitaria, que permitirán al estudiante y profesores le generación de conocimientos.

CAPÍTULO I

EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA Y TECNOLOGÍA



Programa de donación de sangre

María Dolores Suárez Villao, Obst. MSc
Universidad Estatal Península de Santa Elena
msuarezv@upse.edu.ec

Sonia Santos Holguín, Lcda. MSc
Universidad Estatal Península de Santa Elena
ssantos@upse.edu.ec

Doris Castillo Tomalá, Lcda. MSc
Universidad Estatal Península de Santa Elena
dcastillo@upse.edu.ec

Resumen

El reto de trabajar en la donación de sangre, por la urgencia y riesgo que implica, permite articular proyectos intersectoriales desde una Universidad comprometida con la sociedad. Objetivo: incrementar la cobertura de donación voluntaria, continua y altruista de sangre, en la Provincia de Santa Santa Elena, Ecuador 2015-2017. Metodología: Mediante estrategias de promoción de salud implementadas por estudiantes y docentes de Enfermería de cuarto a sexto semestre de la Universidad Península de Santa Elena, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y dos Bancos de Sangre autorizados, se capta 0,5% de la población elegible como donantes, 17% de los cuales son continuos; la mayoría, jóvenes estudiantes motivados y reclutados a través de la comunicación interpersonal con sus pares promotores de donación de sangre (90%). Disminuir donantes fallidos, promoviendo un cambio en la idiosincrasia de la comunidad enfocado al autocuidado. Se evidencia 37% de impacto en las estrategias implementadas, denotando la necesaria corrección de procesos administrativos en organismos a cargo del manejo de tal actividad, para lograr avances significativos, como disminución de muertes relacionadas a complicaciones de embarazo, parto y puerperio, que significan 16% de transfusiones realizadas en ese período.

Palabras claves: enfermería, sangre, promoción, donación, riesgo.

Abstract

The challenge of working on blood donation, due to the urgency and risk involved, allows the articulation of intersectoral projects from a University committed to society. Objective: to increase the coverage of voluntary, continuous and altruistic donation of blood, in the Province of Santa Santa Elena, Ecuador 2015-2017. Methodology: Health promotion strategies implemented by students and nurses from the fourth to sixth semester of the Santa Elena Peninsula University, in collaboration with the Ministry of Public Health and two authorized blood banks, capture 0.5% of The population eligible as donors, 17% of which are continuous; The majority, young students motivated and recruited through interpersonal communication with their peers promoting blood donation (90%). Reduce failed donors, promoting a change in the idiosyncrasy of the community focused on self-care. There is a 37% impact in the implemented strategies, denoting the necessary correction of administrative processes in organisms in charge of the management of such activity, to achieve significant advances, such as reduction of deaths related to complications of pregnancy, childbirth and puerperium, which means 16 % Of transfusions made in that period.

Keywords: nursing, blood, promotion, donation, risk.

Introducción

Los niveles de donación de sangre recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS), con el fin de asegurar la autosuficiencia nacional, la seguridad, la calidad de los componentes sanguíneos, indican que como mínimo el 2% y como óptimo el 5% de la población, debe ser donante voluntaria, altruista, de preferencia, repetitiva o habitual (OMS, 2014).

En el Ecuador, en el año 2010 el 1.30%, en el año 2011 el 1.38%, en el año 2012 el 1.41% y tanto en el año 2013 y 2014 el 1,45 de la población donó sangre. Es decir que en los últimos cinco años el país mantuvo una donación por debajo de los niveles mínimos del 2% recomendados por la OMS (OMS, 2015).

Es importante aumentar la cultura de donación voluntaria, continua y altruista en Ecuador, específicamente en la provincia de Santa Elena, donde la población supera los 300.000 habitantes. La donación facultativa es compromiso de solidaridad, es responsabilidad, obliga a la necesidad de estar saludable para conseguir sangre de buena calidad y poder donar periódicamente.

Este Programa, busca alcanzar como objetivo de desarrollo la disminución del riesgo de muerte de embarazadas y accidentados de tránsito por no contar oportunamente con unidades de sangre en la provincia de Santa Elena, en el período 2015-2017. El objetivo general es mejorar la donación de sangre y Servicios de Medicina Transfusional (SMT) en la provincia; bajo cooperación interinstitucional con el MSP, se apoyó el fortalecimiento de los SMT que fueron creados dentro del primer trimestre del inicio del proyecto. Los objetivos específicos son incrementar base de datos de donantes, alcanzar la meta de donantes voluntarios continuos altruistas, develar mitos y creencias sobre la donación de sangre.

En el país se invirtió en construcción de hemocentros públicos en Quito y Guayaquil, para proveer a nivel nacional tanto a la Red Pública Integral de Salud como a la Red Complementaria Privada y se ha cumplido en un 50%. Así mismo, se planifica elaborar una lista única de donantes que permitirá solucionar las emergencias ocasionadas por la necesidad de sangre de rara tipificación. Tanto el Plan de Donación como el Programa Nacional de Sangre están elaborados a cinco años plazo, en los que se han desarrollado políticas para concretar sistemas de sangre de calidad y alcanzar la suficiencia de componentes sanguíneos en el país. El plan de donación alcanza un presupuesto de alrededor de 20 millones de dólares (Redacción Médica, 2016).

Según Organización Panamericana de la salud (OPS), se demuestra la relación de factores socioculturales con la donación voluntaria de sangre, evidenciando que el sistema de donación por reposición dificulta el establecimiento de un sistema de donación voluntaria, por lo que es necesario diseñar una estrategia de comunicación social eficaz que contemple la información, educación y comunicación para así disminuir las actitudes negativas hacia esta actividad (Redacción Médica, 2016).

En el aspecto académico, el programa de vinculación con la colectividad promovido por la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), aporta de esta manera al perfil de egreso de la Carrera de Enfermería, aplicando metodologías de intervención, como el método científico, estadístico, epidemiológico y administrativo. A su vez incentiva, mantiene, restaura la salud mediante la enseñanza individual y colectiva. Para estos fines se involucra a los estudiantes, en la política pública de donación de sangre, convirtiéndose en promotores de esta información, en sus núcleos familiares, estudiantiles y comunidad en general, para ello se planteó la realización de cuatro Colectas de sangre, bajo cooperación interinstitucional, coordinadas con el Ministerio de Salud Pública y Bancos de Sangre foráneos,

que no existían en la provincia estas dependencias. A su vez se generaron espacios de obtención y generación de datos que se constituyeron en herramientas de investigación, acción que enriqueció la formación académica de estos estudiantes.

El programa de Donación de Sangre de Enfermería, a través de los “Proyectos de Incremento de cobertura de donación de sangre voluntaria, continua y altruista en los Distritos 24D01 y 24D02 de la Provincia de Santa Elena 2015-2017”, iniciados en septiembre 2015, desplegaron trabajo esforzado provincial, experiencia de aprendizaje singular para los estudiantes.

Importancia del problema

Según el Ministerio de Salud de Ecuador el 1,4% de la población ecuatoriana es donante voluntaria, sin alcanzar el mínimo poblacional de donadores que debería llegar a 2% de la población de cada nación. Si comparamos con datos del MSP, las transfusiones sanguíneas realizadas en la Provincia de Santa Elena sin embargo han ido en ascenso, 975 en 2013, 1849 en 2014 a 1957 en 2015, pero las donaciones voluntarias no cubren esos requerimientos, satisfechos en forma irregular inicialmente por un prestador particular, sin contar con servicios permanentes de medicina transfusional estatal (Coordinación Zonal 5 de Salud, 2015).

En relación con aspectos epidemiológicos locales, de las 975 transfusiones efectuadas en el 2013 en la provincia, el 55% de beneficiarios fueron mujeres, en relación con el 45%, que corresponden a varones. Analizando ámbitos geográficos, las transfusiones sanguíneas realizadas en los hospitales del Distrito 24D02 (Hospital de Salinas y Hospital de La Libertad) alcanzan el 2,77%, en relación con el Distrito 24D01 (Hospital de Manglaralto) transfundió un 1,13% de componentes sanguíneos, mientras que el 96% fueron dispensados por el Hospital General Liborio Panchana, de Santa Elena, considerado como centro de referencia para la Provincia de los casos de mayor complejidad (Coordinación Zonal 5 de Salud, 2015).

Según estas cifras del 2013 al 2015, las transfusiones sanguíneas en Santa Elena se elevó en más del 50%, sin embargo, no se cuenta con datos concretos sobre demanda no satisfecha, las estadísticas existentes en los bancos de sangre autorizados solo contemplan los casos en los cuales se ha efectuado la provisión de componentes sanguíneos, sin que existan reportes oficiales, sobre las situaciones en las cuales no se ha podido abastecer de este insumo. Se podría deducir, que esta demanda creciente, no es reciente, sino el reflejo oculto de requerimientos no solventados. Tampoco, es posible determinar la consecuencia de las necesidades insatisfechas de transfusiones sanguíneas, porque no existen datos de morbimortalidad, generada por la no dotación oportuna de componentes sanguíneos, existiendo un vacío estadístico, que vuelve muy difícil establecer indicadores concretos de esta situación.

Se puede inferir la magnitud de la gravedad del problema, tomando en cuenta 2 grupos prioritarios para el uso de este recurso, como la población de embarazadas y accidentados de tránsito, porque las bajas coberturas de donación existentes, equivalen a menor oportunidad de supervivencia de la población citada, en condiciones de emergencia, en que se encontrarían por la falta de unidades de sangre o sus derivados en los hospitales locales.

Los accidentes de transporte terrestre ocupan el primer lugar en las causas de muerte de los hombres en la provincia de Santa Elena, según datos del Instituto Ecuatoriana de Estadísticas y Censos INEC, superando enfermedades crónicas no trasmisibles e infectocontagiosas. A nivel nacional, las muertes por accidentes de

tránsito en el año 2013 ascendieron a 2469 (7,07%), de los cuales 39 (3,27%) fueron de la provincia de Santa Elena (INEC 2015).

En la provincia de Santa Elena, el índice de partos y cesáreas atendidos en el Ministerio de Salud Pública en el año 2011 fue de 4072, en el año 2012, llegó a 4258 y en el año 2013 alcanzó a 4004. Se reporta la existencia de 503 abortos y 247 casos de hemorragia precoz del embarazo en el año 2013, según datos existentes en las estadísticas del MSP en el año 2014.

Hay poblaciones en riesgo, frente a la oferta disminuida de componentes sanguíneos en los servicios de emergencia, provinciales y nacionales. No se han obtenido otro tipo de datos sobre donantes voluntarios en la provincia antes del 2015, una de las motivaciones del presente estudio.

Metodología

La Carrera de Enfermería a través del “Programa de Promoción de Donación de Sangre en Santa Elena”, previsto para un período de 2 años comprendidos de septiembre 2015 a agosto 2017, busca contribuir al incremento de cobertura de donación de sangre voluntaria, continua y altruista en la Provincia, con la ejecución de actividades de tres componentes principales:

- Componente 1: Incrementada la base de datos de donantes.
- Componente 2: Alcanzada la meta de donantes voluntarios, continuos y altruistas.
- Componente 3: Develando mitos y creencias sobre la donación de sangre. Metodología lógica que permite evaluación en todas sus fases, estableciendo cooperación interinstitucional con Ministerio de Salud Pública, como un aspecto clave del proceso.

Una de las estrategias del organismo rector en Salud para alcanzar la cifra propuesta por la OMS, es la promoción de la donación en espacios públicos, universidades, oficinas, plazas y parques; programando realización posterior de cuatro colectas de sangre con la colaboración de bancos de sangre públicos y privados. Con la promoción de salud fuera de los centros médicos, incentivando buena alimentación, ejercicio y prácticas sexuales seguras; factores que con formación de agrupaciones de donantes, respaldan la creación de promotores de la donación de sangre, según lineamientos del Ministerio de Salud Pública.

Los mensajes preventivos deben ser socializados a los potenciales donantes, para evitar fallos en la captación por parte de los promotores previamente adiestrados en los temas, tales como la presentación de un documento de identidad, tener entre 18 y 65 años, un peso mínimo de 110 libras, entre otros. La captación implica la realización durante la colecta de un examen para comprobar exclusiones por anemia o enfermedades infectocontagiosas, previo al llenado de una ficha de donante.

Luego de la recolección, existe una cadena de producción estrictamente controlada, porque los componentes sanguíneos son medicamentos que próximamente serán declarados por la OMS como esenciales. Es un proceso seguro, pues los instrumentos utilizados son descartables y el personal está calificado para realizarlo (MSP, 2015).

Se estableció la división en 2 proyectos de distinta cobertura geográfica, conforme a sectorización vigente de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), por cuestión logística, ya que la provincia de Santa Elena cuenta con dos distritos, la Dirección Distrital de Salud 24D01 (Santa Elena-Manglaralto), que comprende las unidades operativas del cantón del mismo nombre, incluidas las comunidades y parroquias de la zona norte, la Dirección Distrital de Salud 24D02 (La Libertad – Salinas), que comprende los centros de

salud y hospitales de los mencionados cantones, siendo los usuarios de estas unidades de salud los beneficiarios, aunque inicialmente estaba previsto intervenir únicamente en la población estudiantil universitaria.

La información estadística producida en estos eventos a través de encuestas, fichas de inscritos, bases de datos de donantes, informes de actividades de sensibilización, matrices de informes mensuales, entre otras contribuyeron a la generación de indicadores de los proyectos como: cumplimiento de metas de donantes voluntarios continuos, altruistas, número de donantes por colecta, caracterización de los mismos, factores de exclusión o diferimiento de donantes, impacto de estrategias de promoción implementadas para develar mitos, creencias en donación de sangre, etc., que luego de la consolidación, análisis e interpretación correspondiente debía ser expuesta en espacios de reuniones de coordinación intersectorial y eventos académicos con los estudiantes participantes. Con la ayuda del SMT del Hospital General Liborio Panchana, creado en diciembre del 2015, se logró evidenciar importantes datos estadísticos sobre los beneficiarios finales en la provincia, es decir la población que ha recibido las transfusiones de hemoderivados, que aporta importantes conocimientos epidemiológicos que deben ser analizados.

Se mantuvo durante todo el proceso el seguimiento de los donantes de cada Colecta, efectuándose en primera instancia una encuesta post colecta, que servía además de conocer el impacto de los mensajes preventivos, la verificación de datos para la base y prevenir estados de descompensación que pudieran generar influencia negativa para una posterior donación.

Como valor agregado los estudiantes participaron en todo el proceso de extracción de sangre en las Colectas, junto con el personal asignado por los Bancos de sangre y debieron cumplir pasantías en el SMT del Hospital General Liborio Panchana.

Es necesario agregar que los proyectos aún no finalizan al momento de la elaboración de este artículo, nos encontramos frente al hecho singular, de que los organismos rectores involucrados, académicos y prestadores de servicios de salud, plantean la extensión por un año más del Programa, dado el impacto positivo generado, escenario en el cual las acciones desarrolladas han coadyuvado a la concientización de este tema, frente a la instalación de los nuevos SMT instalados por el Estado en la Provincia desde el 2015.

Resultados y Discusión

El Programa se planificó para 2 años, contemplando cuatro colectas, con miras a la extensión por 1 año, es posible realizar un análisis de los indicadores obtenidos y evaluar aspectos epidemiológicos de la donación de sangre, no hay disponibilidad en los portales de los organismos prestadores de salud a nivel local.

Componente 1: “Incrementada la Base de datos de Donantes”

Se establece que al momento se cuenta, con una base de datos de 715 donantes de sangre, obtenidas de las tres colectas de sangre efectuadas desde noviembre 2015 a abril del 2017, en la provincia de Santa Elena, habiendo alcanzado un 75 % de la meta, porque inicialmente se planificaron 4 colectas. La base de datos consta de los siguientes aspectos contenidos en la ficha de captación de donantes: nombre, cédula de identidad, sexo, fecha de nacimiento, edad, residencia, dirección domiciliaria, teléfono, mail, tipo de sangre, factor RH. Esta base con datos depurados periódicamente se entregará para el manejo del MSP al final del programa, dentro del marco de la confidencialidad respectiva.

Componente 2: “Alcanzada la Meta de Donantes Voluntarios, Continuos y Altruistas”

Para la contribución a esta meta del programa se concretaron 3 colectas de sangre en el lapso de 17 meses, habiéndose obtenido un total de 782 donantes voluntarios continuos y altruistas, cuyos resultados relevantes exponemos a continuación con algunos elementos de análisis evidenciados:

Donantes de tercera colecta de sangre por sexo:

Uno de los hitos alcanzados en el programa, en la tercera colecta realizada con el MSP y el Banco de Sangre de la Cruz Roja del Guayas, obtuvo 328 donantes, de los cuales 27 fueron donantes continuos (8%), con un 57% de personas del sexo masculino y un 43% de mujeres. Existieron 40% de mujeres que donaron por primera vez, indicador que permitió a la Coordinación Zonal 5 de Salud acreditarse el premio mayor del Concurso Nacional promovido por MSP – OMS en mayo del 2017, por incentivación.

Tabla 1.Tabla resumen de los donantes de la primera colecta de sangre

CLASIFICACIÓN DE DONANTES VOLUNTARIOS	CAUSALES DE DONANTES DIFERIDOS
Donantes Atendidos 401	1.- Fuera de rango en la Hemoglobina
Donantes Diferidos: 180	2.- Se encontraban tomando medicamentos
Donaciones realizadas: 221	3.- Problemas crónicos de salud
	4.- Hábitos de alto riesgo
	5.- Vacunados por Hepatitis B
	6.- Fuera de rango en el Peso

Fuente: Datos extraoficiales de Junta de Beneficencia
Noviembre 2015

La primera colecta presentó la mayor cantidad de donantes inscritos y atendidos en la jornada, se efectuó en el salón de post grados de la Universidad, sin embargo, tuvo el mayor número de donantes diferidos (44% no pudieron donar), probablemente por la inexperiencia en el tema, no fueron tomados en cuenta factores de exclusión, inferido al analizar causas del diferimiento.

Tabla 2.Tabla resumen de los donantes de la segunda colecta de sangre

CLASIFICACIÓN DE DONANTES VOLUNTARIOS	CAUSALES DE DONANTES DIFERIDOS
Donantes Atendidos 279	1.- Hemoglobina fuera de rango 24
Donantes Diferidos: 46	2.- Alto riesgo 5
Donaciones realizadas: 233	3.- Problemas crónicos de salud 5
Donaciones aptas: 231	4.- Presión arterial fuera de rango 3
Donaciones rechazadas: 2	5.- peso fuera de rango 3
	6.- Por transfusiones 2
	7.- Perforaciones 2
	8.- Ingerir alcohol 1
	9.- Desvelado 1

Fuente: Banco de sangre de h. Junta de beneficencia de Guayaquil

Se lograron importantes avances con la realización de la segunda colecta de sangre efectuada en agosto del 2016 en las instalaciones de la Carrera, 233 donantes de los cuales, 40 lo hicieron por segunda vez, es decir, 17% de donantes de la primera colecta. En este período solo se efectuaron actividades de sensibilización en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, con el trabajo de captación total por parte de los promotores, con solo 46 donantes diferidos (16%), ejecutado con la colaboración del Banco de Sangre de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

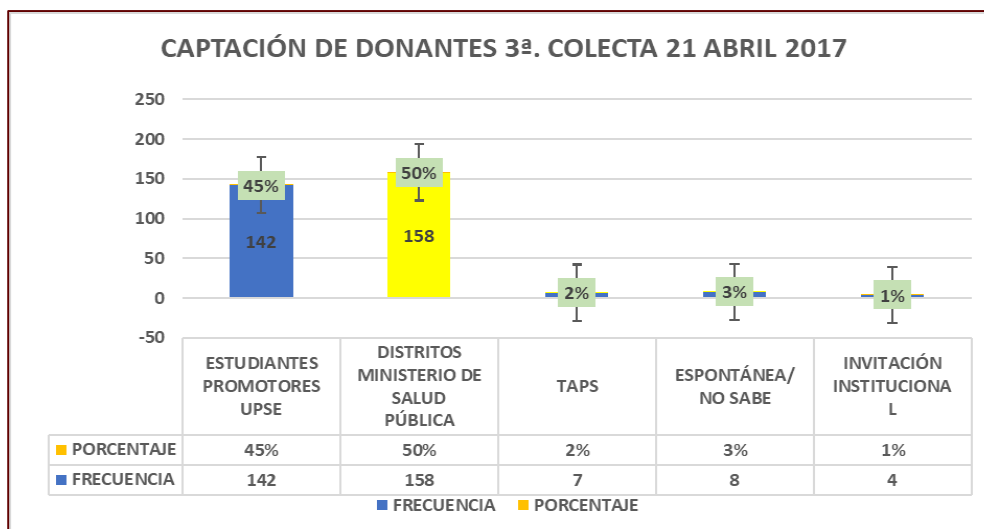
Tabla 3.Resumen de los donantes de la tercera colecta de sangre

CLASIFICACIÓN DE DONANTES VOLUNTARIOS		CAUSALES DE DONANTES DIFERIDOS
DONANTES ATENDIDOS	349	baja hemoglobina toma de medicamentos.
DONANTES DIFERIDOS	21	
DONACIONES REALIZADAS	328	
DONACIONES APTAS	313	
DONACIONES RECHAZADAS	15	

Fuente: Banco de sangre cruz roja del Guayas

Tercera colecta de sangre efectuada en las instalaciones del Hospital Liborio Panchana, con colaboración del Banco de Sangre de la Cruz Roja de Guayas, se aumentó el número de donantes alcanzado la cifra de 328 donaciones, 313 fueron donaciones aptas, 95.4% (6% diferidos), con un preocupante 4.6% de donantes reactivos (Sífilis, Chagas, Hepatitis B y Hepatitis C) (Cruz Roja del Guayas, 2017).

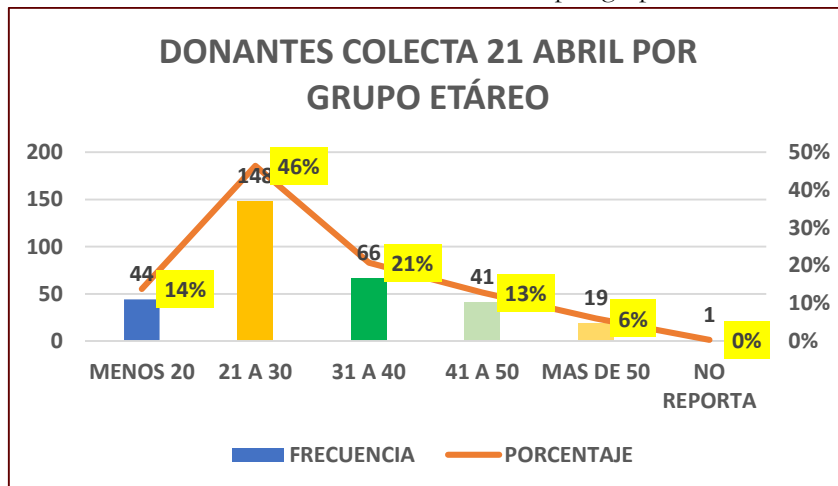
Gráfico 1. Donantes de tercera colecta según organismo de captación



Fuente: Base de datos de proyecto 2017

De 158 donantes, (50%) fueron captados por el Ministerio de Salud Pública a través de los Distritos, con los promotores TAPS formados por ellos y el 45 % por promotores de la Carrera de Enfermería, debido a que se establecieron cupos para cada institución por la realización del concurso nacional.

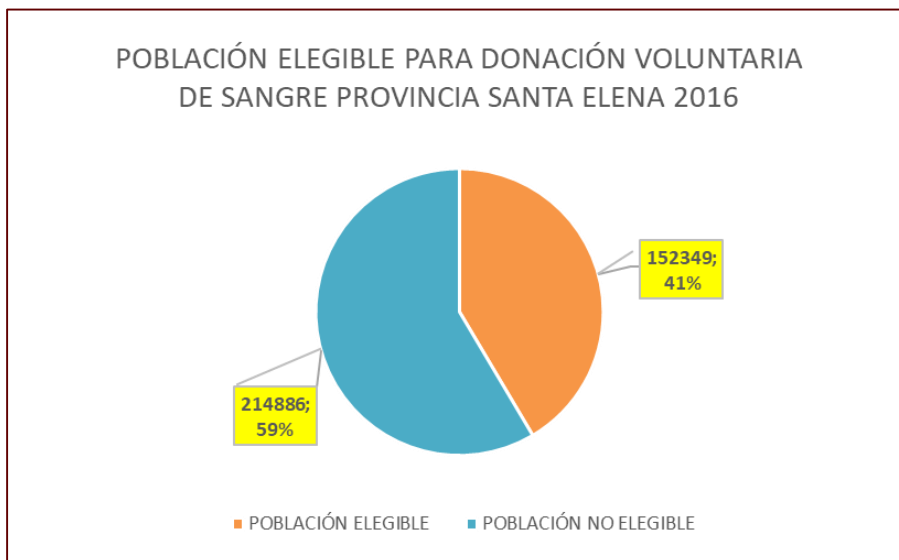
Gráfico 2. Donantes de tercera colecta por grupo etéreo



Fuente: Base de datos de proyecto 2017

En la tercera colecta la mayor cantidad de donantes (60%) son menores de 30 años; el menor porcentaje se encuentra en los adultos mayores de 50 años. Esto evidencia el gran porcentaje de donantes jóvenes.

Gráfico 3. Población elegible para donación de sangre en Santa Elena 2016



Fuente: Base de datos de proyecto 2017

No existían datos previos para poder efectuar el cálculo del indicador del Programa inherente al porcentaje de donantes voluntarios, continuos, altruistas obtenidos y poder medir avances, por lo cual la población elegible como posibles donantes en la provincia alcanza 41% (152.349 habitantes) de la población total de la Provincia (367.235 habitantes), teniendo como referencia proyecciones poblacionales del INEC 2016.

Ecuador es un país cuya población menor a 15 años es 30% del total, en tanto que la población mayor a 65 años es 6,7% del conglomerado, lo que eleva a la población no elegible como donante de sangre, a casi 30% del total solo por razones de edad.

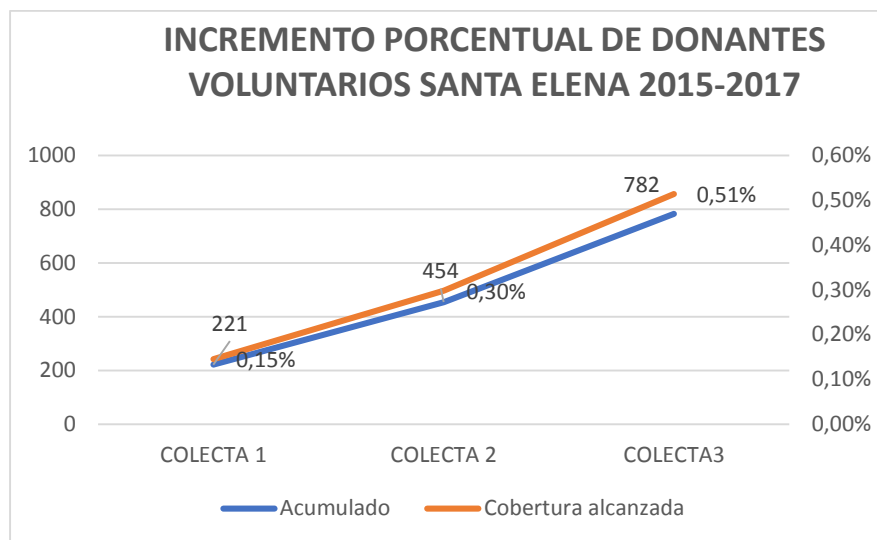
Factores de exclusión para donación de sangre santa elena 2016

Según establece la norma del programa de Donación de sangre, se pudo identificar según el Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1994-2016 del Ecuador, población no elegible 59%(214.886) que corresponden menores de 18 años o mayor de 64 años, embarazadas, discapacidad permanente más de 1 año, población con hepatitis A, ITS y VIH SIDA, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades vectoriales, zoonóticas, accidentados, lesionados, enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, pacientes con alcoholismo, demencia y adicciones en el año 2016 en Santa Elena, según este informe del MSP, considerando posibles subregistros (Epi 2 y SIVE ALERTA, 2016).

Crecimiento de donantes del programa por colecta

Un total de 3 colectas con 782 donantes voluntarios, crecimiento importante en número de donaciones, en promedio de 53 nuevas donaciones por evento.

Gráfico 4. Porcentaje de donantes voluntarios santa elena 2015 al 2017



Fuente: Base de datos de proyecto 2017

Un 0,51% de la población elegible en suma de tres esfuerzos inéditos en nuestra institución, alcanzó 25% de la meta prevista por OMS del 2% de la población. Población entre 15 y 65 años, lo cual contribuye al optimismo sobre lo que podríamos lograr creando conciencia en donantes potenciales creciente. Reviste la necesidad de instaurar espacios permanentes en la Provincia para que las personas sensibilizadas puedan concretar su

donación sin esperar una campaña. Así mismo, mejorar aspectos administrativos, la calidez con que debe manejarse el proceso.

Componente 3: “Mitos y Creencias Develados sobre la Donación de Sangre”

En la encuesta post extracción a donantes en la tercera Colecta, 97% donantes se muestran convencidos de volver a donar, factor positivo que destaca el éxito de la actividad realizada. El 90% de los donantes fueron captados por comunicación interpersonal. La solidaridad para donar se encuentra presente en personas que en algún momento han sido transfundidos, un 4%. Un porcentaje menor (2%), debe seguir cubriendo todos los aspectos organizativos de las colectas que eviten malas experiencias de los donantes, debido a factores diversos corregibles, pueden declinar este acto voluntario. Uno de los factores que se optimizó fueron los tiempos de espera, aproximadamente 1 hora a pesar de la cantidad de donantes voluntarios. Se alentó a donantes a mantener continuidad en su acto solidario y detectar posibles cuadros de descompensación.

Tabla 4. Impacto de las estrategias de promoción aplicadas 2015 al 2017

Colectas realizadas	Donantes inscritos	Donantes que acuden a colecta	Donaciones realizadas	% Impacto estrategias de promoción
1a colecta	1322	402	221	17%
2a colecta	470	279	233	50%
3a colecta	350	349	328	94%
TOTAL	2142	1030	782	37%

Fuente: Base de datos de proyecto 2017

Un 37% de impacto de estrategias de promoción, implementada al analizar las 3 colectas en conjunto, número de donantes que logran concretar su donación versus donantes inicialmente inscritos. Este indicador, ha ido evolucionando de 17% en la primera colecta a 50% en la segunda colecta y 95% en la tercera colecta, con experiencia adquirida por estudiantes, docentes y la colaboración interinstitucional.

Cumplimiento de actividades programadas por componentes

El 75% de actividades iniciales programadas en abril 2017, quedando pendiente realización de la cuarta colecta reprogramada por la extensión del Programa, corresponden a campañas en empresas e instituciones que demandan coordinación interinstitucional, difícil de cumplir por horarios académicos de los estudiantes.

Población sensibilizada en donación de sangre 2015-2017

Un total de 13110 personas, en distintos eventos comunitarios y educativos a nivel provincial con promotores del programa tutorados por docentes del 2015 al 2017. Los estudiantes lograron promoción de salud y mejorar el impacto de las colectas de sangre, previa verificación de la disponibilidad de posibles donantes captados. Inicialmente se programaba intervenir en estudiantes universitarios, se reprogramó luego por estrategias del MSP en todo nivel de educación, para incentivar etapas tempranas de la población la importancia de la donación de sangre, lo cual ameritó desarrollo de habilidades especiales dirigidas a esos grupos de edad.

Avances de objetivo de desarrollo y general

- Pacientes transfundidos en SMT Hospital Liborio Panchana (Enero a Diciembre 2016).

- Avisora un crecimiento en el número de hemoderivados dispensados en la provincia, en el SMT Hospital General Liborio Panchana, puede superar en el 2018 los 5000 hemoderivados. En 2016 alcanzó 3626 unidades transfundidas.
- Pacientes transfundidos Hospital Liborio Panchana Enero a Agosto 2016 por hemocomponentes Enero - Agosto 2016
- En el servicio de medicina transfusional se transfundieron 578 pacientes, se les dispuso 2371 paquetes de hemocomponentes (12 variedades), en mayor porcentaje se aplicó plasma fresco congelado (33%), concentrado de glóbulos rojos leuco reducidos (32%), concentrado de glóbulos rojos (19%), concentrado de plaquetas (10%), crioprecipitado (3%) y otros componentes (2%). En relación con el sexo un 67% son mujeres.
- Pacientes transfundidos Hospital Liborio Panchana. Enero - Agosto 2016 por diagnóstico CIE 10
- Las necesidades identificadas en los objetivos de desarrollo del proyecto han sido ratificadas, las complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio (16%), los accidentes de tránsito (8%), se encuentran entre las 6 primeras causas de transfusiones de hemoderivados en la Provincia, los diagnósticos de hemorragias gastrointestinales (14%), patologías hematológicas (11%), insuficiencia renal (10%) y septicemias (10%). El área con mayores requerimientos es UCI (46%), Medicina Interna (19%) y Gineco-Obstetricia (14%), existen alrededor de 250 diagnósticos de CIE 10 entre los factores que motivaron la transfusión, segregados.

Conclusión

Base de datos provincial de 715 donantes, excluyendo de esta cifra, las 67 personas que donaron en 1 o más colectas organizadas en este período; archivo que pudo ser depurado en menor tiempo en relación con anteriores procesos, al ser manejada por estudiantes con ingreso digital inmediato previa autorización de la Coordinación Zonal, situación que no pudo ser establecida antes por asuntos inherentes a la confidencialidad del proceso.

Se ha alcanzado un 0,5 % (782 donantes), a través de 3 colectas en 17 meses, del 2% de donantes (3047 personas en la provincia de Santa Elena), sugerido por la OMS como indicador mínimo, dentro de lo cual debemos resaltar que para el cálculo del indicador debió establecerse primero la población elegible como donante en la provincia de Santa Elena, dato que no existe en la casuística del MSP, la misma que alcanza el 41% (152.349) de la población total de la Provincia (367.235 habitantes), según las proyecciones poblacionales del INEC al año 2016.

Dentro de las exclusiones establecidas por los normativos del programa de Donación de sangre, se pudo identificar según el anuario de vigilancia epidemiológica 1994-2016 que la población no elegible en Santa Elena llega al 59%(214.886 habitantes), debiendo recalcar que separando el factor edad, existe en este grupo un 33% (49.678 personas) con factores epidemiológicos de riesgo.

Se ha logrado 67 donantes continuos que equivale a 8% en el período total del estudio; en el mejor de los casos un 17% de donantes continuos (2da colecta), en su mayor parte jóvenes estudiantes universitarios, motivados por la solidaridad y reclutados especialmente a través de la comunicación interpersonal con sus pares, promotores de donación de sangre (90%) cifra resultante de la encuesta post extracción que se realiza en las colectas.

Se ha evidenciado un 37% de impacto de estrategias de promoción implementada, al analizar las 3 colectas en conjunto, indicador obtenido por el número de donantes que logran concretar su donación versus los donantes inicialmente inscritos.

Se ha ratificado con las cifras obtenidas las necesidades identificadas en los objetivos de desarrollo establecidos dentro del proyecto, las complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio (16%), así como los accidentes de tránsito (8%) se encuentran entre las 6 primeras causas de transfusiones de hemoderivados en la Provincia.

Las dificultades en la coordinación interinstitucional Ministerio de Salud Pública, Bancos de Sangre y carrera de Enfermería de UPSE por confidencialidad existentes en el proceso, que en ciertos aspectos no permite compartir datos epidemiológicos relevantes de los donantes.

La colaboración del Banco de Sangre de la Junta de Beneficencia y el Banco de Sangre de la Cruz Roja del Guayas, con la realización de colectas ha permitido evidenciar los avances logrados por los promotores de donación capacitados, la experticia conseguida en las estrategias de difusión de mensajes y la selección del potencial donante. Constituye un gran aliciente para la comunidad en general abordada el hecho de que existan SMT en el Hospital Liborio Panchana y en los hospitales Básicos de los Distritos, que otorgan de forma gratuita este recurso frente a las emergencias. Lo cual se ha convertido en un incentivo importante para captar donantes para las colectas efectuadas.

La experiencia de aprendizaje para los estudiantes de la Carrera de Enfermería ha sido crucial, así como el reto para los docentes por la articulación intersectorial que se ha debido implementar.

Agradecimientos

A los 227 estudiantes, 10 profesores nacionales y extranjeros, con asignaciones de vinculación con la colectividad, a los estudiantes líderes de proyectos, a los hoy ausentes y a los presentes, que a lo largo de estos dos años formaron parte del Programa con sus 2 proyectos de ámbito provincial, que conjugaron sus actividades de docencia con espacios de servicio a la comunidad, un verdadero servicio social que nos ha llenado de beneplácito por el deber cumplido.

Al Ministerio de Salud Pública y a los Bancos de Sangre de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Cruz Roja del Guayas por el apoyo interinstitucional y por la confianza demostrada.

A la estudiante Angie Marina González Rodríguez, promotora de donación de sangre, fallecida en un lamentable accidente de tránsito cuando cumplía su internado rotativo.

A la Lcda. Leticia Da Costa Leites por su colaboración siempre oportuna y asesoría desde el proceso de investigación de la Carrera de Enfermería.

Al Economista Alejandro Ruiz por la asesoría en diversos aspectos de la investigación.

Referencias Bibliográficas

Beltrán, M., Berrío-Pérez, M., Bermúdez, M. I., Rey-Benito, G., Camacho, B., Forero, P., & Cortés, A. (2011). Detección de hepatitis B oculta en donantes de bancos sangre, Colombia 2008-2009. *Biomédica*, 31(4), 580-589.

Casado-Neira, D. (2013). Limitación explicativa de variables sociodemográficas y culturales en la reticencia a la donación de sangre: nuevas pautas de análisis. *Index de Enfermería*, 22(3), 147-151.

Castillo, Alba. (2009) Grado de satisfacción en los donantes y la intención de una futura donación en el banco de sangre del Instituto Nacional de Cancerología. Santa Fe de Bogotá. 2009. Trabajo de grado (bacteriología). Universidad Javeriana.

Coello, C. (2017). Ecuador es reconocido por su programa de seguridad sanguínea. [online] *Redaccionmedica.ec*. Available at: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-reconocido-por-su-programa-de-seguridad-sangu-nea-88009> [Accessed 14 Jun. 2016].

Covadonga, A; Aguirre, M (2014). Modelo de comportamiento de los donantes de sangre y estrategias de marketing para retenerles y atraerles.[online] *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;22(3):467-75. DOI: 10.1590/0104-1169.3398.2439. [Accessed 28 Nov. 2016]...

Delgado Montaldo, D., & Peña Alán, Y. (2013). Garantía de la calidad en el Banco de Sangre.

Díaz, P. H., Hernández, A. B., Valdés, M. E. A., Pablo, T., & Gamboa, C. (2000). La ética y la ciencia en la donación de sangre voluntaria. *Universo Diagnóstico*, 1(2), 24-30.

Fernández, G. (2012) Manual de Capacitación Promoción de Donación Voluntaria, Altruista y Habitual de Sangre. [online] Available at:<http://www.msal.gob.ar/disahe/images/stories/pdf/manual-de-capacitacion.pdf> [Accessed 08 Mar. 2016].

Fernández, G; Fontana, D (2011). Donación de sangre voluntaria y habitual Educar para un cambio cultural. [online] *msal.gob.ar*.

Gaceta Médica de México. (-Pineda, 2004)G. (6 de octubre de 2004). «Aplicación de nuevas técnicas de Biología Molecular a la Virología. Detección de tamizaje en Bancos de Sangre» (En Español) (PDF) Pág. 3. Consultado el 8 de enero de 2009.

García Gutiérrez, M., Sáenz De Tejada, E., & Cruz, J. R. (2003). Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2016). Proyecciones poblacionales 2013 a 2016. Obtenido de Dirección Distrital 24D02 Santa Elena

Juárez Rangel Eduardo, Vite Casanova MA. Jezabel, Marín y López Rafael A., Sánchez Guerrero Sergio A.. Auditoría transfusional retrospectiva en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. *Rev. Investigación clínica* [revista en la Internet]. 2004; 56 (1): 38-42.

Landívar L. PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE. Boletín Ministerio de Salud Pública Ecuador (2014).

Mosquera, D. (2017). SOLCA: Banco de sangre beneficia a 6 mil personas al año. [online] *Redaccionmedica.ec*. Available at: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/solca-banco-de-sangre-beneficia-a-6-mil-personas-al-a-o-88012> [Accessed 14 Jun. 2016].

MSP del Ecuador (2017) Anuario de Vigilancia Epidemiológica 1994-2016 información obtenida de formularios Epi 2 y SIVE ALERTA portal web del Ministerio de salud pública.

MSP del Ecuador. (2012). Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 - 2010. Pichincha, Ecuador.

Noël L, Martin DE. The exception of medical products of human origin: towards global governance tools. In: Rainhorn JD, El Boudamoussi S (eds). *New cannibal markets: globalization and commodification of the human body*. Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2015, p.383.

Ordoñez Ruiz, S. M., & Ordoñez Ruiz, S. M. (2011). La difusión de servicios de los bancos de sangre y su incidencia en los donantes de la provincia de Santa Elena del año 2010-2011.

Organización Panamericana de la Salud. “Elegibilidad para la Donación de Sangre: Recomendaciones para la Educación y la Selección de Donantes Potenciales de Sangre” Washington, D.C.: OPS, © 2009 ISBN: 978-92-75-32939-9.

- Ronquillo, C., & Elizabeth, C. (2013). Beneficios del manejo activo del tercer período del trabajo de parto para la disminución de complicaciones en hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda en el período comprendido entre enero 2012 a agosto 2012.
- Rovira, J. M. P., & Martín, M. G. (2014). Donación de sangre y educación para la ciudadanía. Una aproximación desde el aprendizaje servicio y la teoría del don. *Teoría de la Educación; Revista Interuniversitaria*, 26(2), 141.
- Santana, J. M., & Palacio, A. B. (2008). El comportamiento del donante de sangre desde la perspectiva del marketing social: factores determinantes de la predisposición a donar. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, 12(1), 27-41.
- Secretaría de Salud (2015). La donación de sangre contribuye a salvar vidas.[online] *Rev.Mexico sano*.
- Vásquez, M., Ibarra, P., & Maldonado, M. (2007). Conocimientos y actitudes hacia la donación de sangre en una población universitaria de Chile.
- Veletanga, J. (2017). Vicente Corral Moscoso implementa la 'técnica NAT'. [online] *Redaccionmedica.ec*. Available at: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/hvcm-implementa-la-tcnica-nat-en-su-banco-de-sangre-89238> [Accessed 16 Dec. 2016].

Indicadores transfusionales como control de medición de despacho de hemocomponentes

William Antonio Lino Villacreses

Universidad Estatal del Sur de Manabí

walv_43@hotmail.com

Karina Maricela Merchán Villafuerte

Universidad Estatal del Sur de Manabí

vale587@live.com

Teresa Isabel Veliz Castro

Universidad Estatal del Sur de Manabí

tereve72@hotmail.com

Resumen

Los indicadores permiten llevar un control adecuado y riguroso del manejo de los hemocomponentes de un Servicio de Medicina Transfusional, ayudando a optimizar el proceso desde la solicitud hasta el despacho de los hemocomponentes. El presente proyecto investigativo tuvo como objetivo: Analizar los indicadores transfusionales como control de medición de despacho de hemocomponentes en el Hospital Jipijapa durante el año 2016. Se empleó como tipo de estudio no experimental, descriptivo. Apoyados en métodos estadísticos de observación de formularios y revisión de base de datos. Los resultados se obtuvieron empleando el análisis cuantitativo de los indicadores en referencia al número de hemocomponentes transfundidos durante el año de 2016, se obtuvo que se transfundieron 319 de los cuales según tipo de hemocomponentes transfundido el 98% son O Positivo, 1% A Positivo y 1% Plasma fresco congelado; en cuanto a los criterios de transfusión más usuales con casos clínicos CIE10 tenemos que los principales 35.4% Anemia Severa, 10.3% Hemorragia Digestiva alta; en referencia a las áreas de mayor consumo tenemos que Emergencia 53.6% y medicina interna 29.8%. Concluyendo así, que los indicadores transfusionales permiten conocer cómo se están administrando los hemocomponentes del SMT del Hospital Jipijapa y mejorarlo constantemente.

Palabras claves: Indicador, Componente Sanguíneo, Transfusión, Plasma.

Abstract

The indicators allow to carry out an adequate and rigorous control of the handling of the blood components of a Transfusion Medicine Service, helping to optimize the process from the request to the delivery of the blood components. The present research project was aimed at; to analyze the transfusion indicators as a control of measurement of delivery of blood components at the Hospital Jipijapa during the year 2016. It was used as a type of non-experimental, descriptive study. Supported by statistical methods of observing forms, and database revision. The results were obtained using the quantitative analysis of the indicators in reference to the number of blood components transfused during the year 2016, it was obtained that 319 of which were transfused according to the type of transfused blood components 98% are O Positive, 1% A Positive and 1% Fresh frozen plasma; In terms of the most common transfusion criteria with CIE10 clinical cases we have the main 35.4% Severe Anemia, 10.3% High Digestive Hemorrhage; In reference to the areas of greater consumption we have that Emergency 53.6% and internal medicine 29.8%. Concluding, therefore, that the transfusion indicators make it possible to know how the blood components of the SMT from Jipijapa Hospital are being administered and to improve it constantly.

Keywords: Indicator, Blood Component, Transfusion, Plasma.

Introducción al problema

La transfusión de sangre y sus componentes son parte importante de la terapéutica médica, siendo indiscutible su beneficio. Sin embargo, su aplicación no es 100% segura ya que incluye riesgos infecciosos (virales, bacterianos, parasitarios) y no infecciosos que pueden tener consecuencias graves o mortales. La obtención y disponibilidad de los componentes sanguíneos tienen un alto costo social y financiero, constituyéndose de esta manera en un recurso prioritario, muchas veces escaso que requiere por lo tanto una correcta utilización (Publica, 2013).

Es el médico quien toma la decisión de transfundir o no un componente de la sangre de acuerdo a su valoración clínica, de la que depende la mejoría del paciente. En ese momento se presentan varias interrogantes en la que el médico y el equipo debería responder en forma inmediata: ¿qué, cuándo y cómo debo transfundir?. Con el fin de facilitar la respuesta a estos interrogantes en una forma rápida, eficaz, segura y en base a la mejor evidencia disponible se elaboró esta Guía de Práctica Clínica para la transfusión de sangre y sus componentes que tiene el carácter de cumplimiento obligatorio (Publica, 2013).

La hipótesis de investigación utilizada fue “Los despachos de hemocomponentes dentro del Hospital Jipijapa se están desarrollando mediante criterios calidad y control de indicadores.” El mismo que tuvo como objetivo; Analizar los indicadores transfusionales como control de medición de despacho de hemocomponentes en el Hospital Jipijapa durante el año 2016, siendo así que nos permitió medir mediante indicadores, como se está procesando estos hemocomponentes, en los diferentes servicios con que cuenta el hospital.

Importancia del problema

La presente estudio tiene suma importancia para conocer de manera correcta cada uno de los procesos de mediante los cuales se realiza los despachos de hemocomponentes y así medir mediante indicadores como se están asegurando el uso eficaz de cada uno de ellos. Los estudios identificados en la búsqueda documental fueron revisados para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible.

Conocer sobre este tema ayudara de gran manera a poder medir de manera correcta el uso de Hemocomponentes que han sido solicitados y despachados de forma correcta a cada área según los criterios clínicos establecidos mediante los CIE 10.

En la actualidad muchos Sistemas de Medicina Transfusional no llevan un registro minucioso del despacho de los concentrados, siendo este el principal motor de realizar el siguiente trabajo, para conocer si dentro del Hospital Jipijapa en el área de Medicina Transfusional se lleva un control de los indicadores transfusionales.

Metodología

La búsqueda de información se realizó en metabuscadores de Guías de Práctica Clínica (GPC), resúmenes de la evidencia, metaanálisis, biblioteca Cochrane y Biblioteca de la OMS, estudios en PubMed y sistemas de alerta bibliográfica.

Para el desarrollo de la investigación del proceso de transfusión sanguínea en el hospital Jipijapa, se utilizó una metodología participativa, que involucra cada una de las partes que ejecutan al proceso, por lo cual este es un

estudio retrospectivo, concurrente y prospectivo de tipo descriptivo, el cual se realizó seis etapas, que incluyeron:

Etapa “1”, Revisión de la Normativa Vigente para el desarrollo de listas de verificación.

Etapa “2”, Determinación del alcance de la investigación.

Etapa “3”, Desarrollo de la investigación.

Etapa “4”, Difusión de los resultados encontrados durante el ejercicio de la investigación.

Etapa “5” Redefinición del proceso de transfusión.

Etapa “6”: Determinación de las alternativas de medición del impacto de las diferentes acciones implementadas.

Población y muestra

La población en estudio correspondió a las transfusiones realizadas en el hospital Jipijapa las cuales en promedio son 30 mensuales (datos obtenidos de la estadística mensual del banco de sangre); así mismo la muestra mínima que se debe utilizar en este estudio correspondió a 266 pruebas cruzadas.

Resultados

El diagnóstico del proceso de transfusión, resultado de la investigación en relación a los aspectos legales, en la Hospital Jipijapa. Se revisaron, 67 órdenes de transfusión, escogidas al azar, que incluyeron las solicitudes de pacientes transfundidos entre enero del 2016 hasta Diciembre del 2016, estas órdenes fueron llenadas a mano en un formato preestablecido por la institución, el cual contiene todos los requisitos, pedidos por la ley como obligatorios en Ecuador.

Nombres y apellidos completos del receptor.

Número de Historia Clínica del paciente.

Número de cama, habitación y nombre del servicio en el cual se realizará el procedimiento.

Sangre o componentes requeridos y cantidad solicitados.

Impresión diagnóstica e indicación de la transfusión.

Fecha, Firma, Sello y registro del médico responsable de la solicitud.

Al tratarse de requisitos legales, se espera encontrar un cumplimiento y adherencia del 100%, o muy cercano a esté. Sin embargo, al finalizar la revisión de las órdenes se encontraron los resultados no muy favorables, que muestra la adherencia a requisitos legales en la solicitud de transfusión, mostrando un incumplimiento importante en algunos de ellos. Como hallazgo relevante de este análisis se puede observar, un incumplimiento del 79% y del 81%, en la identificación completa del paciente, en la historia clínica respectivamente, lo cual representa un riesgo inminente para la seguridad del paciente. Es importante recordar, que una de las estrategias de la OMS para la seguridad del paciente es la identificación correcta, al igual que la misma constituye un factor crucial para disminuir la aparición de reacción hemolítica por incompatibilidad ABO. De igual manera, la trazabilidad, como proceso de hemovigilancia, también, se ve afectada por la inadecuada identificación del receptor en la orden de transfusión sanguínea, ya que esta confiere la capacidad de determinar exactamente tanto al receptor de cada unidad como el origen de esta y viceversa.

Otro factor importante observado de este análisis es un incumplimiento marcado del 95% de los requisitos legales acerca de la fecha, firma, sello y registro del médico responsable de la solicitud, que aunque no representa un riesgo directo para la seguridad del paciente, puede traer consecuencias de tipo administrativo o legal como multas o litigios, en caso de que ocurra algún proceso o evento adverso derivado de dicha solicitud, que involucrara entonces al médico responsable. Esto se ve agravado por la falta de firma electrónica del médico responsable de la transfusión en la historia clínica del paciente, como se mencionara más adelante.

Discusión

Se requieren realizar cambios importantes en el proceso de transfusión sanguínea del Hospital Jipijapa, de manera que se garantice la adherencia, y cumplimiento de los requisitos mínimos legales, que exige los decretos, para cada una de las etapas de dicho proceso. Se debe comenzar por el cambio de la solicitud de transfusión sanguínea,

De esta forma se evitan errores de transcripción que ponen en riesgo la seguridad del paciente, a estas órdenes, se les debe seguir realizando seguimiento mes a mes usando la lista de verificación, y determinar la proporción de órdenes mal elaboradas en relación a la totalidad de órdenes elaboradas. Para el momento de la entrega del componente se implementó una lista de chequeo, para ver los requisitos de entrega de los componentes sanguíneos

A pesar de esta, se debe seguir realizando una verificación en tiempo real de la verificación de componentes sanguíneos al momento de la entrega del mismo, fortaleciendo el filtro para evitar errores al momento de transfundir el componente sanguíneo. Para la verificación, se deben seguir los puntos dispuestos en la lista de verificación. Aún es necesario evaluar la necesidad y pertinencia de la implementación de una lista de verificación para el momento de la transfusión, pero es clara la necesidad de continuar evaluando dicho proceso de manera concurrente, de forma de seguir implementando los correctivos que aumenten la seguridad del paciente.

Para la verificación del momento de la transfusión se dejan claros los lineamientos. Además se dejan sugerencias de posibles listas de cheque y verificación que pueden ser implementadas, en especial en el servicio de cirugía que es donde se encuentran las mayores dificultades de verificación al momento de la transfusión. Se debe hacer énfasis en la revisión de registros, con aquellos parámetros establecidos en los reglamentos nacionales, estos deben estar completamente llenos, en especial en lo relacionado con la verificación de signos vitales del paciente antes durante y después de la transfusión sanguínea. La revisión de estos registros, establece la continuidad del proceso en cuanto a la seguridad durante la transfusión sanguínea, además que permite establecer la oportunidad de la transfusión, realizando un seguimiento minucioso de los tiempos involucrados en el proceso.

Es importante, que toda la revisión se realice de manera continua, para obtener datos mensuales de la situación del proceso, con el fin de levantar acciones correctivas o de mejora de forma oportuna y que se minimice al máximo el riesgo del paciente durante el acto transfusional. Todo el cronograma de actividades a realizar para la verificación de la transfusión sanguínea.

Conclusión

Las fallas en la identificación del paciente, en procedimientos como la elaboración de órdenes, en los registros

de historia clínica y la ausencia o poca verificación de la identidad del paciente y los componentes a transfundir, constituyen la fuente de error más frecuente en el proceso de transfusión sanguínea.

Los errores de administración de componentes siguen existiendo y constituyen la segunda causa de muerte relacionada con la transfusión, estos ocurren por fallas en el proceso de transfusión o por la omisión de pasos importantes que actúan como filtros o controles en el momento del acto transfusional.

Se sigue precisando de procedimientos normalizados de trabajo durante todo el proceso transfusional.

La formación y el conocimiento del riesgo que corre el paciente durante la transfusión sanguínea, son indispensables para crear conciencia de seguridad en el personal que participa en dicho proceso.

Durante toda la revisión de la investigación de los indicadores transfusionales del proceso de transfusión sanguínea del Hospital Jipijapa, se encontraron fallas importantes en el proceso, que podrían constituir riesgos para la seguridad del paciente, el prestigio y economía de la institución.

El conocimiento de una metodología científica aplicable a los Sistemas de Gestión de Calidad de los Bancos de Sangre o Servicios de transfusión, permite abordar los problemas de calidad, detectar los puntos críticos del problema y aplicar medidas correctivas sobre ellos.

Referencias bibliográficas

- Hilda M. Silva Ballester, Mercedes Rojas Zúñiga, Ariadna González Lorenzo, José M. Ballester Santovenia, Antonio Bencomo Hernández, María Elena Alfonso Valdés, et al. Reacciones transfusionales en el Hospital Docente Provincial «Comandante Faustino Pérez» de la provincia de Matanzas. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. Agosto de 2007;23(2):01-8.
- Mauricio Salazar. Guías Para la Transfusión de sangre y sus Componentes. Revista Panamericana de Salud Pública. 2003;Volumen 13(2/3):183-90.
- Lucía Zamudio Godínez. Reacciones Transfusionales. Gaceta Médica de Méjico. Octubre de 2003;139(3):173
- Jorge Decaro, Felipe Lemos, Martín Magri. Historia de la Medicina Transfusional. Ediciones de la Plaza - Galera Plaza Libertad; 2011.
- Ballester Santovenia JM. ABC de la Medicina Transfusional Guías Clínicas. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006.
- Rodak BF, Giovaniello O, Oxemberg J, Rondionone S, Taveira J. Hematología: fundamentos y aplicaciones clínicas. Buenos Aires: Médica panamericana; 2005.
- Gullermo cordoba. Las transfusiones de sangre: riesgos y peligros. Periodico el Mundo. Medellín; 7 de enero de 2009;
- Cortes Buelvas A. Practica contemporáneade la transfusions anguinea. Cali: Feriva; 2008.
- Oscar Andrés Peñuela B. Sonia Esperanza Rebollo Satoque,. Programa de Hemovigilancia Protocolo Para el Reporte de Reacciones Adversas a la Transfusión Sanguínea (RAT). AlcaldíaMayor de Bogotá DC; 2007.
- Elkin F. cardona. Reacciones Transfusionales Mediadas Inmunológicamente. IATREIA. marzo de 2001;14(1):86 92.
- A. GutiérrezMartín, R. López Saldaña,, A. Cancino Ruiz, R. López Suárez, C. Dávalos Parra. Hemólisis Aguda Como Complicación Postransfusional. Revista de Medicina e Investigación. 2013;1(2):118- 112.

Grupo sanguíneo y factor Rh como base de información

Jazmin Elena Castro Jalca

Universidad Estatal del Sur de Manabí
jazmin.castro@unesum.edu.ec

Yelisa Duran Pincay

Universidad Estatal del Sur de Manabí
yelisa.duran@unesum.edu.ec

Javier Martin Reyes Baque

Universidad Estatal del Sur de Manabí
javier.reyes@unesum.edu.ec

Resumen

Se conoció la distribución del grupo sanguíneo y factor Rh en los estudiantes de la carrera Laboratorio Clínico, Universidad Estatal del Sur de Manabí, es un indicador de suma importancia para cualquier enfermedad o trámite administrativo. En la actualidad, la mayor parte de los estudiantes desconocen el grupo sanguíneo, no existe la cultura de realizarse un test clínico para determinar esta variable, normalmente se incurre a este diagnóstico cuando existe una transfusión de sangre, donaciones. Siendo una carrera que forma profesionales en salud se vio en la necesidad de aplicar el test directo para grupo sanguíneo el cual consiste en detectar antígenos y anticuerpos, siendo un total de 520, se solicitó el consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estructurado como datos demográficos, grupo sanguíneo, fisiología para realizar una donación, así como también dar a conocer sobre el banco de grupo sanguíneo para casos emergentes. De los cuatro tipos de sangre principales que son tipo A, B, AB, O, el que mayor tuvo prevalencia fue el tipo ORh+ y una escasa frecuencia del grupo sanguínea AB. Esta información ha sido una estrategia para el departamento de bienestar estudiantil, se utiliza la plataforma virtual como base de información para emergencias.

Palabras clave Prevalencia, antígenos, anticuerpos, grupos sanguíneo.

Abstract

The distribution of blood group and Rh factor was known in the students of the Clinical Laboratory, Southern State University of Manabí, is an indicator of paramount importance for any disease or administrative procedure. At present, most of the students do not know the blood group, there is no culture to perform a clinical test to determine this variable, this diagnosis is usually incurred when there is a blood transfusion, donations. Being a career that forms professionals in health was in need to apply the direct test for blood group which consists of detecting antigens and antibodies, a total of 520, informed consent was requested, a structured questionnaire was applied as demographic data, blood group, physiology to make a donation, as well as make known about the blood group bank for emergent cases. Of the four main types of blood that are type A, B, AB, O, the most prevalent was the ORh + type and a low frequency of AB blood group. This information has been a strategy for the student welfare department, using the virtual platform as an information base for emergencies.

Keywords Prevalence, antigens, antibodies, blood groups.

Introducción

Introducción al problema

La población ecuatoriana tiene un origen triétnico, a partir de los pobladores nativos (indígenas o amerindios), pobladores europeos y gentes africanas. Estos grupos sanguíneos se heredan bajo procesos y leyes “genéticas”, los cuales son determinados por procesos, leyes sociales, en especial los que se refieren a las relaciones entre clases y etnias. La presente investigación se refiere al estudio de los grupos sanguíneos y factor Rh de los estudiantes de la Carrera de Laboratorio Clínico de la Universidad del Sur de Manabí, es de importancia porque sirviera de ayuda al estudiante, para que identifique y visualice su grupo sanguíneo y factor Rh en la plataforma académica de registro de estudiantes. En las instituciones de educación de Ecuador, los estudios son relativamente escasos, no se tiene una información básica actualizada, en casos de emergencia cuando existe una transfusión o donaciones de sangre de los estudiantes, en la actualidad la mayor parte desconocen el grupo sanguíneo al que pertenecen, no existe la cultura de realizarse un test clínico para determinar esta variable, normalmente se incurre a este diagnóstico. El objetivo fue estimar prevalencia de grupos sanguíneos y factor Rh como base de información para la plataforma virtual en casos emergentes de los estudiantes de la de la Carrera de Laboratorio Clínico, lo cual servirá para implementar una base de datos de grupos sanguíneos en el sistema virtual de la universidad. El tipo de estudio fue de corte transversal y descriptivo, se aplicó un cuestionario de preguntas, donde las variables fueron, edad, género, conocimiento sobre el grupo sanguíneo y factor Rh. El muestreo fue no probabilístico empleando criterios de inclusión y exclusión, el consentimiento informado. La población en estudio correspondió a 460 estudiantes de la Carrera de Laboratorio Clínico, que se encuentran legalmente matriculados, seleccionando una muestra de 262 personas con un 4 % de error y un 95% de nivel de confianza. El examen de la muestra de sangre se realizó por medio de la prueba celular por aglutinación, su confirmación mediante la prueba sérica, el análisis de los datos se efectuó aplicando medidas de tendencia central, distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. La prevalencia de grupo sanguíneo es el 72% “O”, 18% “A”, 7% “B” y 3% “AB” con predominio del género femenino, en factor Rh con superioridad del 98% son factor Rh positivos, el 2% son Rh negativo.

Importancia del problema

La prevalencia geográfico-étnica de los sistemas sanguíneos ABO y Rh es variable, su conocimiento es útil para múltiples propósitos, son de gran importancia en el campo médico por su aplicación en transfusión de sangre y trasplante de tejidos; en genética, para identificación personal, pruebas de paternidad, en el campo antropológico para hallar diferencias étnicas según su distribución; es, además, el único sistema en el cual se presentan anticuerpos en el suero de forma natural. Los antígenos Rh son de gran interés, en las reacciones hemolíticas de origen inmune, por incompatibilidad en transfusión sanguínea, enfermedad hemolítica del recién nacido o enfermedad autoinmune. Actualmente los estudiantes de la Carrera de Laboratorio Clínico desconocen su grupo sanguíneo, más aún siendo está una Carrera de Salud, se ve en la necesidad de realizar una investigación básica que aportará de mucha ayuda para que el estudiante identifique su grupo sanguíneo y factor Rh el mismo que será visualizado en la plataforma académica de registro de cada estudiante en caso de emergencia cuando existe una transfusión de sangre o donaciones.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal y descriptivo, realizando la determinación del grupo sanguíneo de una muestra de los estudiantes de la carrera de laboratorio clínico, además se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas como edad, género, conocimiento sobre el grupo sanguíneo y factor Rh. La obtención de la muestra fue no probabilística teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; siendo los de inclusión los estudiantes matriculados en el periodo académico mayo-septiembre 2017, de exclusión el

consentimiento informado. En el análisis clínico se aplicó la prueba de celular por aglutinación, para su confirmación la prueba sérica las misma que se realizaron en el laboratorio de la institución, en el análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo, aplicando medidas de tendencia central, distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Previamente los datos del cuestionario aplicados fuerion digitados, depurados y procesados en SPSS. La población en estudio correspondió a 460 estudiantes de la Carrera de Laboratorio Clínico que se encuentran legalmente matriculados en la Universidad Estatal Sur de Manabi seleccionando una muestra de 262 estudiantes con un 4 % de error y un 95% de nivel de confianza.

Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 460 estudinates legalmente matriculados, seleccionando una muestra de 262 estudiantes, los sujetos tienen una edad promedio de 19.43 años, edades comprendidas entre 17 y 29 años. La prevalencia de grupo sanguíneo es el 72% “O”, 18% “A”, 7% “B” y 3% “AB” con predominio del genero femenino seguido del masculino; en factor Rh el 98% son factor Rh positivos, el 2 % son Rh negativo, con superioridad del genero femenino continuo del masculino.

Tabla 1. Grupos sanguíneos

Grupo	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
A	20	23%	30	17%
B	8	9%	11	6%
AB	0	0%	5	3%
O	58	68%	130	74%
Total	86	100%	175	100%

Fuente: Base de datos Carrera de Laboratorio Clínico

Tabla 2. Factor rh

Factor Rh	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Positivo	84	98%	171	98%
Negativo	2	2%	4	2%
Total	86	100%	175	100%

Fuente: Base de datos Carrera de Laboratorio Clínico

Discusión

Los resultados encontrados en el presente estudio nos indican que la prevalencia de grupos sanguíneo es “O” factor Rh positivo, de acuerdo al origen triétnico, a partir de los pobladores nativos (indígenas o amerindios), pobladores europeos y africanos lo que se relaciona con otros estudios realizados en Colombia, donde la prevalencia de grupo sanguíneo es diferentes en las poblaciones en estudio, región y etnias. En estudios realizados el sistema ABO el grupo mas relevate es el “O” entre los grupos poblacionales, asi como también el factor Rh positivo.

Conclusión

De acuerdo a los resultados, de los 262 estudiantes de la carrera de Laboratorio Clínico de la Universidad del Sur de Manabi, el grupo sanguíneo que tuvo mayor prevalencia, fue el grupo “O” seguido del “A”, asi mismo, el factor Rh positivo predomino con una frecuencia alta, en ambas situaciones para el genero femenino,

seguido de Rh negativo. Dentro de exámenes de laboratorio realizados para identificar el grupo sanguíneo de los estudiantes, donde se aplicó la prueba celular por aglutinación y la prueba sérica, la comparación entre los dos métodos de diagnóstico, confirmó el mismo grupo sanguíneo y positividad. Se identificó la edad promedio dominante con grupo sanguíneo “O” y factor Rh positivo, fue de 19.43 años. Se recomienda realizar este tipo de estudios en las Instituciones de Educación Superior para que sirva de ayuda al estudiante en caso de emergencia cuando existe una transfusión de sangre o donaciones.

Referencias bibliográficas

- Fuentes, M., Pulgar, I., Gallo, C., Bortolini, M. C., Canizales-Quinteros, S., Bedoya, G., & Rothhammer, F. (2014). Geografía génica de Chile: Distribución regional de los aportes genéticos americanos, europeos y africanos. *Revista médica de Chile*, 142(3), 281-289.
- Cruz Bermúdez, H. F., Moreno Collazo, J. E., & Forero, S. E. (2012). Caracterización de donantes voluntarios de sangre por grupo sanguíneo ABO y Rh que asistieron a un banco de sangre de la ciudad de Tunja-Colombia. *Archivos de Medicina (Col)*, 12(2).
- García, C. A. A. (2009). Sistema de grupo sanguíneo ABO. *Medicina & Laboratorio*, 15(07-08), 329-347.
- Ustáriz García, C. R., Morera Barrios, L. M., Hernández Ramírez, P., Estrada del Cueto, M., Bencomo Hernández, A., García García, M. D. L. A., & de la Guardia Peña, O. (2011). Origen y composición genética de la población cubana. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 27(3), 273-282.
- Carmona-Fonseca, J. (2006). Frecuencia de los grupos sanguíneos ABO y Rh en la población laboral del valle de Aburrá y del cercano oriente de Antioquia (Colombia). *Acta Médica Colombiana*, 31(1), 20-30.
- Beltrán, M., Ayala, M., & Jara, J. (1999). Frecuencia de grupos sanguíneos y factor Rh en donantes de sangre, Colombia, 1996. *Biomédica*, 19(1), 39-44.
- Rodríguez Larralde, Á., Castro de Guerra, D., González Coira, M., & Morales, J. (2001). Frecuencia génica y porcentaje de mezcla en diferentes áreas geográficas de Venezuela, de acuerdo a los grupos Rh y ABO. *Interciencia*, 26(1).
- Del Peón-Hidalgo, L., Pacheco-Cano, M. G., Zavala-Ruiz, M., Madueño-López, A., & García-González, A. (2002). Frecuencias de grupos sanguíneos e incompatibilidades ABO y RhD, en La Paz, Baja California Sur, México. *Salud pública de México*, 44(5), 406-412.
- Fano Viamonte, R., & Longres Manguart, A. (1997). Frecuencia de los grupos ABO y RH en un servicio de hemoterapia de Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 26(1), 44-49.
- Avena, S. A., Goicoechea, A. S., Rey, J. A., Agosti, J. C., & Carnese, F. R. (1999). Análisis de la participación del componente indígena en una muestra hospitalaria de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 2.
- Carmona-Fonseca, J. (2006). Relación entre los niveles de colinesterasa y los grupos sanguíneos ABO y Rh. *Acta Médica Colombiana*, 31(3).
- Micheo, E. Q., Vilaseca, A. B., Bonder, M. C., & Vergara, E. Q. (1988). Frecuencia de los grupos sanguíneos y análisis de la progresiva disminución del factor Rh negativo en la población Argentina. *Revista Medicina*, 48(4), 355-360.
- Rodríguez, S., & Villegas, J. (1981). Genotipos del sistema Rh-Hr e incidencia de los grupos sanguíneos ABO en una muestra de la población del cantón de Nicoya. *Rev. Costarricense Cien. Méd*, 2, 69-72.
- Micheo, E. Q., Vilaseca, A. B., Bonder, M. C., & Vergara, E. Q. (1988). Frecuencia de los grupos sanguíneos y análisis de la progresiva disminución del factor Rh negativo en la población Argentina. *Revista Medicina*, 48(4), 355-360.

CAPÍTULO II

MEDICINA FÍSICA DE REHABILITACIÓN, OSTEOLOGÍA Y FISIOTERAPIA



Programa de actividades acuáticas en la percepción del dolor de parto

Lenin Mendieta-Toledo

David Arboleda-Barrezueta

Amable Poma-Luna

Marshel Zaldúa-Moran

Resumen

Objetivo: determinar efectos del programa de actividad física (AF) acuático (MA), en percepciones de dolor durante fase activa del parto. Ensayo controlado aleatorizado con protocolo normalizado de actividad física de cuatro días a la semana de 30 - 45 minutos de duración por sesión, durante doce semanas, intensidad leve-moderada, participaron 24 embarazadas, con criterios de inclusión y exclusión, firmaron consentimiento informado con normas de Helsinki, un grupo control y un grupo entreno. La frecuencia cardiaca máxima, trabajada del 40% al 75%, según fórmula Karvonen. Se supervisó a la madre con obstetras particulares al estudio, con evaluaciones de percepción al dolor en fase activa de parto ambos grupos, valoraciones secundarias para otros aspectos en el programa de entrenamiento, condición física con el test de la marcha, factor lipídico, glicemia sanguínea, peso, índice de masa corporal. Resultados: el grupo control tuvo mayor percepción al dolor que el entreno; el grupo entreno aumentó su velocidad de marcha, disminuyó frecuencia cardiaca máxima, factor lipídico, glicemia sanguínea, peso, índice de masa corporal y mejoró condición física. Conclusión: actividad física en medio acuático es beneficiosa para las gestantes, disminuye la percepción al dolor en fase activa de parto y otras valoraciones secundarias.

Palabras claves: actividad física, percepción del dolor, salud, embarazo, medio acuático.

Abstract

Objective: to determine the effects of the aquatic physical activity (MA) program on perceptions of pain during the active phase of labor. Randomized controlled trial with normalized protocol of physical activity four days a week of 30 - 45 minutes duration per session for 12 weeks, mild-moderate intensity, participated 24 pregnant women, with inclusion and exclusion criteria, signed informed consent with standards Helsinki, a control group and a training group. The maximum heart rate, worked from 40% to 75%, according to Karvonen formula. The mother was monitored with private obstetricians in the study, with assessments of pain perception in the active phase of labor both groups, secondary assessments for other aspects in the training program, physical condition with gait test, lipid factor, blood glycemia, Weight, body mass index. Results: the control group had greater perception of the pain than the training; The training group increased their walking speed, decreased maximum heart rate, lipid factor, blood glucose, weight, body mass index and improved physical condition. Conclusion: physical activity in the aquatic environment is beneficial for pregnant women; it reduces the perception of pain in the active phase of labor and other secondary evaluations.

Keywords: physical activity, perception of pain, health, pregnancy, aquatic environment.

Introducción

El estado de gestación es una etapa natural en la vida de las mujeres, que tiene características que le hace ser peculiar. El embarazo fue definido por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2007)

como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer, el embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la gestación es un estado fisiológico transitorio, que conlleva una serie de cambios en el organismo de la mujer, con el objetivo de ofrecer un entorno ideal para el desarrollo del feto.

El proceso natural de parto es de carácter dinámico y sus características suelen variar hasta de minuto en minuto. Por consiguiente, para disminuir la percepción del dolor que esta fase o labor produce, se debe acondicionar los diferentes procedimientos analgésicos que se tiene, a la circunstancia que en el momento presenta la parturienta. Por lo general las que van a alumbrar son jóvenes, pero, no por esto se excluyen de que puedan presentar alteraciones de corte psicológico, estómago lleno, hemorragias, anemias consiguientes, toxemia del embarazo, diabetes, trastornos cardiacos y/o ser portadoras de presentaciones fetales anormales, etc. Si la persona encargada del tratamiento para mitigar el dolor no está preparada ni en el momento adecuado de nada servirá suministrar el tratamiento. Con cada contracción del útero, la parturienta experimenta un dolor muy fuerte. El dolor que tiene todas las características de un cólico que ocurre al principio del parto se debe, probablemente, a la hipoxia del músculo uterino consecutiva a la compresión de los vasos sanguíneos que lo riegan. Este dolor no se percibe cuando se seccionan los nervios hipogástricos de la sensibilidad visceral por donde discurren las fibras nerviosas viscerales procedentes del útero. Sin embargo, ya en la segunda etapa del parto, en el momento que el feto se expulsa a través del canal del parto, el dolor es mucho más intenso, se debe a la distensión del cuello, del periné y a la distensión o desgarro de las estructuras del propio canal vaginal. Este dolor es conducido a la médula, el encéfalo de la madre por los nervios somáticos y no por los nervios de la sensibilidad visceral.

En este periodo se presentan algunas modificaciones fisiológicas, que se deben tomar en cuenta Purizaca (2010), indica algunas consideraciones como la variación del peso durante el embarazo, llegando a ganar hasta 12,5 kg en todo el estado de gestación, dependiendo del peso corporal normal de la gestante. Un estudio de Minjarez-Corral y otros (2013), indica que debe haber relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la ganancia obtenida. Las ganancias superiores a las recomendadas suelen constituirse en factores de riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y retención del peso materno posparto; de igual forma, un peso por debajo de los índices de la normalidad, acarrear serios problemas de salud materno-fetales. Existen modificaciones respiratorias, las cuales se presentan a partir de la octava semana de gestación, modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal, modificaciones mecánicas y anatómicas, es por ello por lo que se espera hasta la semana doce para empezar el programa de actividades acuáticas.

La práctica de las actividades acuáticas, por sus características generales del entrenamiento, principios hidrodinámicos en que se rige puede ayudar a prevenir y aliviar la mayoría de situaciones molestas que se pueden dar durante el proceso de gestación, entre ellas la condición física de las gestantes. Estos programas se han trabajado en diferentes grupos poblacionales con diferentes patologías, sean congénitas o adquiridas. La influencia de los programas acuáticos en embarazadas (Aguilar Cordero y col., 2016), indican que “se ha llegado a la conclusión que la actividad física más adecuada para una mujer en estado gestacional, se lleva a cabo en el medio acuático”, esto permite sugerir el trabajar con gestantes en el medio acuático, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones propias como la seguridad, asepsias, temperatura del medio líquido, entre otras.

La condición física mejora sustancialmente en gestantes sometidas a tratamientos en el medio acuático, Ariza Pendón y col. (2016), indican en los resultados de sus investigación, que los beneficios fisiológicos del tratamiento en el medio acuático son: mejora de la condición física general, cardiovascular y muscular, además, evita el aumento excesivo de masa (IMC), disminuye la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional (glicemia en sangre), mejoran la calidad de vida de la embarazada siendo segura para el feto.

López Chicharro & López Mojares (2008), indica que la práctica regular de actividad física contribuye a la disminución de los factores de riesgo y recomienda el entrenamiento de las mujeres embarazadas, teniendo en cuenta su historia deportiva o sedentaria, más incluso que el de gestación, no existe contraindicación en un estado gestacional normal que la mujer realice ejercicio físico, si bien Chicharro hace esta recomendación, sus estudios son hechos en tierra y no en el medio acuático. Se argumenta que se debe trabajar desde los quince hasta los treinta minutos, con fases de calentamiento y enfriamiento que van de los cinco a quince minutos, es decir una hora aproximadamente en el conjunto de la actividad física, sin embargo, no toma en cuenta que el medio acuático presenta condiciones favorables que permiten por ejemplo bajar la presión arterial de la persona, liberar el peso del cuerpo y disminuir la curvatura de la cadera, liberando la tensión de la vena cava.

Sobre la intensidad del ejercicio en mujeres gestantes, la American College of Sport Medicine ACSM, (2005) hace un llamado para maniobrar en cuanto a la percepción del dolor, bajo una escala de Borg, tratando de mantener intensidades entre 60-70% VO_{2max} . La escala de Borg, consiste en medir el esfuerzo que percibe la mujer en este caso, frente al ejercicio -fatiga por cansancio-, así de esta forma, determinar los cambios o ajustes que se deben realizar en el entrenamiento en sus intensidades, consiste en el manejo e interpretación de una escala numérica, que va del uno al veinte, en donde del uno hasta el tres es un trabajo liviano y de diecinueve a veinte es excesivamente pesado el trabajo, así Rodríguez Blanco y col. (2017).

En un estudio de Aguilar Cordero y col. (2016), en el medio acuático, se evidencian algunos beneficios del trabajo en el medio acuático, en la madre tales como: el peso, IMC, tensión arterial, disminuir la aparición de depresión postparto, mejorar el nivel de autopercepción de salud, mejorar la calidad del sueño y el esfuerzo percibido durante la actividad física; además beneficios fetales, como: peso, test de Apgar, perímetro cefálico y SG (semana de gestación al nacimiento); en el parto: tiempos de dilatación, expulsivo y alumbramiento, tipo de parto, presencia de episiotomía. Otro estudio realizado por Sigfrido y col. (2016), señala beneficios como: evitar el dolor de espalda baja, mejorar las capacidades metabólicas y cardiopulmonares, reducir el riesgo de padecer diabetes gestacional, favorecer los procesos del parto, mantener el estado de condición física de la madre, reducir el índice de fatiga en las actividades cotidianas, controlar la ganancia de peso de la madre, mejorar la tolerancia a la ansiedad y la depresión, mejorar el concepto de imagen corporal, reducir el peso, evitar el impacto óseo, liberar los movimientos del cuerpo, tomar consciencia de la ventilación, trabajar sus fases, facilitar la circulación de retorno por la presión, el flujo del agua y ayudar a la termorregulación.

Los niveles de colesterol bajan al realizar actividad física regular, en un estudio de revisiones bibliográficas, en pacientes embarazadas (Fazzi y col., 2017), aseguran, que el sedentarismo, se asocia significativamente con niveles más altos de colesterol LDL. La literatura especializada, ya pone de manifiesto todas las ventajas de la práctica regular del ejercicio físico en el agua, en mujeres embarazadas, se trabajan programas de actividad física dirigida y las evidencias son muy significativas en cuanto a sus beneficios.

Es necesaria la toma de conciencia antes de participar de un programa de actividad física, estos deben ser dirigidos por especialistas en actividad física y salud, por supuesto en actividades acuáticas. El comienzo de la

práctica de las actividades acuáticas se recomienda a partir del primer trimestre de gestación, en albercas de poca profundidad -cuando no saben nadar-, con apoyo en el trabajo de equilibrio, coordinación, movilidad articular, relajación. Si se trabaja en piscina profunda -cuando saben nadar-, en suspensión con trabajo de tonificación, trabajo con resistencia, relajación.

Lo que se pretende con el trabajo en el medio acuático es que no exista riesgo en la intensidad de la actividad, el cero impacto óseo, la recuperación espontánea que se produce al trabajar en el agua. Mediante la posición en horizontal, en decúbito ventral o dorsal, ayudan en cuanto al mejoramiento del retorno venoso, la casi inexistencia de gravedad (se reduce hasta en un 80% el peso del cuerpo estando el mismo cubierto hasta el cuello).

Metodología

Se realizó un ensayo controlado aleatorizado (ECA), con un protocolo normalizado de AF en el MA en 24 mujeres embarazadas -doce semanas de intervención más una de adaptación-, de las cuales doce entraron al grupo control y doce al grupo entreno de forma aleatorizada, las mujeres del grupo control no se les comunicó lo que estaban haciendo las del grupo entreno, solo se les aconsejaba los beneficios de hacer actividad física en el medio acuático, para el estudio, se tuvo en cuenta criterios de inclusión (prescripción médica del ejercicio) como: tener 14 años hasta los 42 años, ambos inclusive en el momento de participar en el estudio, tener a partir de 12 semanas de gestación, buen estado de salud, querer participar en las valoraciones del estudio, no tener diabetes gestacional, firmar el consentimiento informado, criterios de exclusión como: mujeres con embarazos con amenaza de parto pretérmino, placenta previa, rotura prematura de membrana, infección de vías urinarias; las que no cumplieron los criterios de inclusión, firmaron un consentimiento informado; se siguieron las normas éticas de Helsinki.

Se diseñó y ejecutó un protocolo normalizado de entrenamiento de cuatro días a la semana, 30 minutos al inicio incrementando hasta 45 minutos conforme se veía mejoras de la respuesta frente al estímulo, durante doce semanas, se trabajó con una intensidad que fue de leve-moderada, con énfasis en el intercambio gaseoso, mejora de la condición física y resistencia a la fuerza muscular; se inició a 40% de la FCM y no se llegó a superar el 75%; se utilizó la fórmula karvonen ($FCM=220-\text{edad}-10$) y la escala de Borg para la percepción del esfuerzo (en la tabla de 1 a 10), se manejó el criterio de entrenamiento piramidal ascendente, se supervisó el estado de las gestantes con obstetras miembros del equipo de investigación; el control y dirección del entrenamiento fue manejado por uno de los investigadores, se realizaron pruebas pre y post en la madre para valoraciones, salvo la percepción del dolor en la fase activa del parto que fue en una entrevista en donde se les preguntó luego del parto cual había sido su percepción, bajo la escala de Likert en una escala del uno al diez (siendo 1-2 dolor muy leve; 3-4 dolor leve; 5-6 dolor soportable; 7-8 dolor muy fuerte; 9 dolor muy, muy fuerte y; 10 dolor inimaginable), y la pregunta: diga Usted, ¿cuál fue la percepción de dolor que tuvo en el momento del parto?. Se trabajó con el programa SPSS versión 23, para poder evaluar los efectos del entrenamiento en las variables del estudio, se analizaron los datos según el principio de intención de tratar. Cuando no se contó con datos posteriores a la prueba, se consideraron las puntuaciones obtenidas al inicio del estudio como puntuaciones de después de la prueba. Se utilizó una Anova de dos factores (grupo y tiempo) con medidas repetidas. Se hicieron pruebas no paramétricas como la U de Mann-Whitney. El nivel de significación de la prueba se estableció en 0,05.

Tabla 1. Test de la percepción al dolor en la fase activa de parto.

Escala	1--2 dolor muy leve	3--4 dolor leve	5--6 dolor soportable	7--8 dolor muy fuerte	9--10 dolor inimaginable
Grupo control			1	8	3
Grupo entreno		4	4	3	1

Muestra que el grupo control, el 66,66% su percepción del dolor fue de muy fuerte; el 25% de dolor inimaginable; el 8,33% de dolor soportable. El grupo entreno tuvo una percepción del dolor del 33,33% de dolor leve y en igual porcentaje de dolor soportable; el 25% de dolor muy fuerte; el 8,33% de dolor inimaginable.

Tabla 2. Frecuencia Cardíaca Máxima e Índice de Masa Corporal.

	PRE: CONTROL Y ENTRENO		POST: CONTROL Y ENTRENO	
FCM	170	170	170	140
IMC	26	27	26	24
PESO	70	71	73	73

Muestra que en la evaluación inicial los dos grupos tuvieron similares porcentos de FCM, IMC y peso. Sin embargo, en la post evaluación, si hay diferencias entre grupos: la FCM disminuyó en un 17,65%; el IMC disminuyó en un 11,11% y el peso aumentó en 2,8% mientras que en el control aumentó en un 4,28%.

Tabla 3. Factor Lipídico.

mg/Dl	PRE: CONTROL Y ENTRENO		POST: CONTROL Y ENTRENO	
HDL Lipoproteína de alta densidad	50	50	45	50
LDL Lipoproteína de baja densidad	130	130	150	100
VLDL Lipoproteína de muy baja densidad	20	30	30	20
COLESTEROL TOTAL	200	210	225	170

El factor lipídico, tuvo su modificación en los dos grupos: en el control aumentó en un 12,5%, mientras que en el grupo entreno disminuyó en un 19,1% el colesterol total.

Tabla 4. Glicemia en Sangre.

	PRE: CONTROL Y ENTRENO		POST: CONTROL Y ENTRENO	
Glicemia en sangre mg/Dl	144	142	144	130

En la tabla y gráfico 4. Se comprueba una disminución de la glicemia en sangre del grupo entreno del 8,5%, mientras que el grupo control, se mantiene en el mismo porcentaje.

Tabla 5. Condición Física con el test de Cooper modificado para gestantes (Caminar durante diez minutos alrededor de la piscina 75mts apróx cada vuelta).

	PRE		POST	
	Control	Entreno	Control	Entreno
Test de Cooper mts.	600	600	400	600

Gráfico 5. Condición Física con el test de Cooper modificado para gestantes (Caminar durante diez minutos alrededor de la piscina con una distancia aproximada de 75 por cada vuelta). Se puede comprobar que el grupo control disminuye su velocidad de la marcha en un 33,3%, mientras que el grupo entreno, se mantiene en el mismo porcentaje

Tabla 6. Índice de esfuerzo percibido IEP de Borg

	Muy suave	Suave	Moderado	Fuerte	Muy fuerte	Esfuerzo máximo
	(1-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	-9	-10
ENTRENO: PRE				1	4	7
ENTRENO: POST	4	6	2			
CONTROL: PRE				2	3	7
CONTROL: POST					1	11

Gráfico 6. Índice de esfuerzo percibido IEP de Borg

En el IEP. Se determina que el grupo control, aumenta su percepción al esfuerzo físico, mientras que en el grupo entreno disminuye y pasa, del 100% que consideraba que el esfuerzo era fuerte, muy fuerte y extremadamente fuerte en la preevaluación, al 100% que considera el esfuerzo suave, muy suave y moderado.

Discusión

La tabla y gráfico número 1. Muestran una disminución en la percepción del dolor de las parturientas que se sometieron al programa de entrenamiento en el medio acuático, frente a las del grupo control, quienes en un 66,66% su percepción del dolor fue muy fuerte; el 25% de dolor inimaginable, el 8,33% de dolor soportable. El grupo entreno tuvo una percepción del dolor del 33,33% de dolor leve y en igual porcentaje de dolor soportable; el 25% de dolor muy fuerte y el 8,33% de dolor inimaginable.

En la tabla y gráfico 2. Es evidente que las prácticas de las actividades acuáticas disminuyen la FCM de las mujeres, esto es beneficioso para su estado de salud general, además, el IMC se encuentra luego del programa de entrenamiento y a pesar de su estado gestacional -se ha tomado muy en cuenta el estado de gravidez de las

mujeres para poder medir el IMC-, llegando a alcanzar un porcentaje de 24 de IMC que se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad, con lo cual se coincide (Aguilar Cordero y col. 2016), los beneficios del trabajo en el medio acuático, en la madre (peso, IMC, tensión arterial, disminución de depresión postparto, mejora del nivel de auto percepción de salud, de la calidad del sueño y el esfuerzo percibido durante la actividad física).

En la tabla y gráfico 3. El colesterol bueno, disminuyó en el grupo control luego del periodo de estudio, mientras que en el grupo entreno se mantuvo dentro de los parámetros de la normalidad; el colesterol malo - LDL-, aumentó en el grupo control y disminuyó en el grupo entreno, esto evidencia que las prácticas de actividades físicas en el medio acuático reducen los niveles de LDL; e cuanto al colesterol total, se incrementó en el grupo control y disminución en el grupo entreno.

Los resultados de la tabla y gráfico 4. Indican que el azúcar en la sangre del grupo control, se mantuvo a lo largo del estudio por encima de los índices de la normalidad, mientras que en el grupo entreno, este se vio disminuido, la literatura especializada indica que los niveles de glicemia en sangre deben estar por debajo de los 140mg/dL.

En la tabla y gráfico 5. Se evidencia, que luego de las pruebas de la marcha en los grupos control y entreno se puede evidenciar que, a pesar del estado de gestación que ha avanzado, el grupo entreno realizó la misma distancia de 600 mts, lo que permite inferir que el grupo estuvo mejor acondicionado físicamente en relación con el grupo entreno, el mismo que disminuyo su velocidad de la marcha. Coincidiendo con el estudio de (Aguilar Cordero y col. 2016), quienes indicaron que la actividad física en el medio acuático es la más adecuada para una mujer en estado gestacional.

El último resultado de la tabla y gráfico 6. Permite evidenciar, que el grupo control, aumenta su percepción al esfuerzo físico, mientras que en el grupo entreno disminuye pasando, del 100% que consideraba que el esfuerzo era fuerte, muy fuerte y extremadamente fuerte en la preevaluación, al 100% que considera el esfuerzo suave, muy suave y moderado.

Conclusiones

Los programas de actividad física deben ser trabajados en todos los grupos de gestantes, la Organización Mundial para la salud (OMS, 2017), recomienda la práctica regular de esta. El estudio, permitió concluir que el trabajar actividades acuáticas en mujeres gestantes, ayudan a disminuir la percepción del dolor en las parturientas.

Se disminuye la FCM, la cual es de mucha importancia, porque en la fase activa del parto la mujer debe estar condicionada físicamente, y su FCM no debe sobrepasar lo que Karvonen indica, además si se indica que la actividad física mejora la condición física, esta condición permite a la mujer realizar la labor de parto en mejores condiciones físicas que las mujeres que no tienen buena condición física debido al sedentarismo.

Se reduce del peso y el IMC siendo esto de mucha importancia, ya que el sobrepeso, produce alteraciones en la biomecánica de la marcha y una hiperlordosis lumbar, debido al peso del feto y de ella mismo. El mantener un peso en índices recomendados como por ejemplo el índice de 24, que es un normopeso, le ayuda a la mujer en la mecánica y velocidad de la marcha, como se pudo evidenciar en el test de Cooper post entrenamiento.

El colesterol y azúcares en la sangre son sinónimos de factores de riesgo, así en grupos poblacionales normales se recomienda mantener los niveles de estos para evitar hipercolesterolemia y diabetes en las personas. Las mujeres en estado de gestación son propensas a adquirir colesterol y azúcares en su organismo, debido a algunos factores, entre estos está la falta de actividad física, para reducir los niveles de estos. Los resultados demostraron que el grupo entreno disminuyó en los niveles de colesterol malo -LDL, y aumento en el colesterol bueno -HDL-, así también, disminuyó los niveles de glicemia en sangre, con lo que se evita el adquirir diabetes gestacional. La condición física e IEP se vieron mejoradas, ya que el 50% manifestó que el trabajo fue muy suave luego de estar tres meses entrenando, ninguna de las gestantes señaló que el trabajo era fuerte.

Referencias bibliográficas

- ACSM. (2005). *MANUAL ACSM PARA LA VALORACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO* (SEGUNDA ed.). (P. G. Román, Trad.) Badalona, Catalunya, España: Paidotribo. doi:ISBN: 84-8019-427-8
- Aguilar Cordero, M. J., Rodríguez Blanque, R., Sánchez García, J. C., Sánchez López, A. M., Baena García, L., & López Contreras, G. (2016). Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 162-176. doi:ISSN: 0212-1611 -
- Aguilar Cordero, M., Rodríguez Blanque, R., Sánchez García, J., Sánchez López, A., Baena García, L., & López Contreras, G. (2016). Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. *Revista de la Universidad de Granada*. Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd134/programa-de-actividades-acuaticas-para-embarazadas.htm>
- Ariza Pendón, M. J., Burgos Muñoz, P., & Moreno Alés, M. (2016). CA 2-326: LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA ACUÁTICA DURANTE EL EMBARAZO. *Enfermería docente*, 1(106), 183-. doi:106. ISSN 2386-8678
- Fazzi, C., Saunders, D. H., Kathryn, L., Norman, J. E., & Reynolds, R. M. (16 de marzo de 2017). Sedentary behaviours during pregnancy: a systematic review. *BioMED Central*. doi:10.1186/s12966-017-0485-z
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2007). *Definición de Embarazo*. Revista de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- Hall, J. E. (2011). *Tratado de fisiología médica* (12 ed.). (Guyton, & J. Hall, Trads.) Elsevier. Recuperado el 13 de marzo de 2017, de <http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Fisiologia/Pdf/Unidad%2007.pdf>
- López Chicharro, J., & López Mojares, L. (2008). *Fisiología del ejercicio*. Madrid, Madrid, España: PANAMERICANA. doi:ISBN: 978-84-9835-167-5
- Minjarez-Corral, M., Rincón-Gómez, I., Morales-Chomina, Y., Espinosa-Velasco, M., Zarate, A., & Hernández-Valencia, M. (2013). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para. *Perinatología y Reproducción Humana*, 159-163. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip143g.pdf>
- OMS. (2016). OMS | Embarazo. Obtenido de OMS | Embarazo: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- OMS. (15 de Mayo de 2017). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Oswald, C., Higgins, C., & Assimakopoulos, D. (agosto de 2013). Optimizing pain relief during pregnancy using manual therapy. *Official Publication of the College of Family Physicians of Canada*, 8(59), 841-842. Recuperado el 20 de mayo de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23946024>
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Rev Per Ginecologica obstetrica*, 57 - 69.
- Rodríguez Blanque, R., Sánchez García, J. C., Sánchez-López, A. M., & Aguilar-Cordero, M. J. (2017). LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EMBARAZADA Y SU RELACIÓN CON EL TEST DE APGAR DEL RECIÉN NACIDO: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO. *Researchgate*, 16. doi:10.19230

Sigfrido Valdés Dacal. John Essien, J. B. (2016). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Mi SciELO*, 6 - 10.

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2013). *Principios de Anatomía y Fisiología* (11 ed.). EEUU: Editorial médica panamericana. Recuperado el 20 de MAYO de 2017

Yuing, F., Almagia, A. F., Lizana, P. J., Rodríguez, R. F., Ivanovic, D., Binvignat, G. O. Verdejo, S. A. (2010). Comparación entre dos métodos utilizados para medir la curvatura lumbar. *Journal Morphol*, 509-513. Recuperado el 19 de mayo de 2017, de <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v28n2/art28.pdf>

Discapacidad y afrontamiento

Karina Gabriela Rojas Carrión
Universidad Técnica de machala
psckarinarojas@gmail.com

Gerardo Peña Loaiza
Universidad Técnica de machala
gpena@utmachala.edu.ec

Resumen

El estudio tiene como problema y objetivo principal analizar la influencia del tipo de afrontamiento adoptado por padres de niños/as con parálisis cerebral en el proceso de rehabilitación terapéutica; resulta imposible predecir el proceso exacto de afrontamiento, pero se identifican factores, situaciones que influyen en la forma en que las familias asumen la discapacidad, estos factores están relacionados con características psicológicas, sociales y económicas. Se utilizó el estudio cualitativo, diseño narrativo de alcance descriptivo a través de historias de vida; método inductivo, deductivo, biográfico e histórico; para recolección de información se aplicó encuesta semi estructurada a padres y terapeutas, Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A 2009) y Observación; muestra no probabilística, constituida por 5 casos de niños/as con Parálisis Cerebral, 9 padres de familia y 4 terapeutas. El estilo conductual de estrategia evitativa dirigido al control de la emoción es el estilo de mayor prevalencia; el grado de parálisis cerebral determina el estilo – estrategia de afrontamiento; el nivel de avance en el proceso de rehabilitación está estrechamente relacionado con el conjunto de pensamientos, emociones y reacciones que los padres manifiestan respecto a la discapacidad.

Palabras claves: Discapacidad, parálisis cerebral, familia, estresor, estilo y estrategia de afrontamiento.

Abstract

The study has as main problem and objective to analyze the influence of the type of coping adopted by parents of children with Cerebral Palsy in the process of Therapeutic Rehabilitation; It is impossible to predict the exact process of coping but identify factors that influence the way families assume disability, these factors are related to psychological, social and economic characteristics. We used the qualitative study, narrative design of descriptive scope through life histories; Inductive, deductive, biographical and historical method; For data collection semi-structured survey was applied to parents and therapists, Inventory of Coping Responses (CRI-A 2009) and Observation; Non-probabilistic sample, consisting of 5 cases of children with Cerebral Palsy, 9 parents and 4 therapists. The behavioral style of avoidant strategy directed to the control of the emotion is the style of greater prevalence; The degree of cerebral palsy determines the style - coping strategy; The level of progress in the rehabilitation process is closely related to the set of thoughts, emotions, and reactions that parents express about disability.

Keywords: Disability, Cerebral Palsy, Family, Stressor, Style and coping strategy.

Introducción

Desde hace algún tiempo se vienen haciendo estudios sobre el impacto y efecto que genera el nacimiento de un niño/a con discapacidad en el núcleo familiar. La familia ha sido estudiada como un sistema dinámico, a partir de la interacción de los cuatro subsistemas que la conforman: conyugal, parental, fraternal y extra familiar. Esta investigación no pretende desconocer dicha realidad, pues reconoce que este acontecimiento afecta a la familia en su estructura, dinámica y ciclo vital.

Aunque resulta imposible predecir el proceso exacto de afrontamiento que vive la familia, se identifican algunos factores situaciones que influyen de manera determinante en la forma en que asumen dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra. Estos factores pueden estar relacionados con las características psicológicas de los padres, antecedentes personales, la manera como hayan enfrentado otros duelos, expectativas sobre la paternidad, calidad de las relaciones en la estructura familiar, tipo y grado de apoyos con los que cuentan, percepción, tipo y grado de discapacidad del niño/a, apariencia, y nivel sociocultural.

Los programas de intervención terapéutica vigentes, contemplan a la familia como el principal y más importante vector de influencia en la evolución de la discapacidad, sugieren su rol incuestionable en el mejoramiento y optimización de las destrezas y habilidades, que los niños/as deberán desarrollar en pro de la autosuficiencia y funcionalidad cotidiana. El amor, la responsabilidad y el compromiso que asumen los progenitores, se relaciona directamente con los resultados en la rehabilitación.

El presente trabajo pretende indagar sobre los principales estilos y estrategias de afrontamiento que adoptan los padres y como estos interfieren y se relacionan con el proceso de rehabilitación y la evolución de la condición incapacitante.

El estudio se justifica en la necesidad emergente por vincular a la familia con el proceso de rehabilitación, proporcionando capacitación y asistencia que contribuyan de manera directa al fortalecimiento y optimización de la calidad de vida del paciente y su familia.

Metodología

Diseño y tipo de investigación. La investigación fue realizada bajo la modalidad de estudio cualitativo, permitió indagar y describir características del objeto y campo de estudio, profundiza el análisis sobre indicadores inmersos en las variables e interpreta las cualidades de los resultados obtenidos en la investigación de campo. Se efectuó un análisis no estadístico; el diseño es narrativo; recolecta información de las experiencias personales de la población seleccionada, transcurridas en diferentes etapas del ciclo vital familiar. Los datos son descritos y analizados en un contexto natural, sin manipulación intencional de las variables.

El tipo de investigación corresponde a un estudio realizado en base a historias de vida, recopila datos reales de las familias e interpretaciones subjetivas dadas a esa realidad; permite ofrecer un análisis, interpretación y explicación del fenómeno estudiado. El alcance es descriptivo porque detalla las características, eventos y situaciones que reflejan la problemática estudiada, en un orden lógico y secuencial.

Materiales y métodos

- **Inductivo.** Permitted plantear conclusiones generales a partir de premisas obtenidas en el estudio individual de los casos. Mediante este método se identificó el estilo estrategia de afrontamiento de los padres y el nivel de avance en el proceso de rehabilitación.
- **Comparativo.** Sirvió para relacionar el estilo estrategia de afrontamiento adoptado por los padres con el nivel de gravedad de la parálisis cerebral y el avance en el proceso de rehabilitación terapéutica
- **Histórico – lógico.** Contribuyó para la descripción e interpretación de la trayectoria casuística, las características y acontecimientos del problema de investigación.
- **Biográfico.** Permitted mostrar el testimonio y las valoraciones subjetivas que las personas hacen de los

acontecimientos de su vida.

- **La observación.** Permitió analizar y profundizar en las historias de vida de los participantes, así como la descripción de las conductas de los padres manifestadas en el proceso de rehabilitación terapéutica.

Técnicas e instrumentos

- **Entrevista semi estructurada.** Fue aplicada a los padres de familia con el propósito de profundizar y generalizar los acontecimientos y reacciones vividas desde la perspectiva de la discapacidad; los temas abordados se relacionan con el nacimiento, diagnóstico y evolución de la parálisis cerebral.
- **Cuestionario.** Permitió establecer el estilo - estrategia de afrontamiento de los padres frente a la discapacidad, se utilizó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (2009) Rudolf H. Moos, Ph. D. El inventario se compone de preguntas relevantes al curso del estresor en la vida de los sujetos de estudio, y de cómo éste fue enfrentado y asimilado.
- **Entrevista estructurada.** Se planteó esta técnica como herramienta para determinar el nivel de avance del proceso de rehabilitación de los niños y niñas con parálisis cerebral infantil, está estructurada por 4 preguntas y fue aplicada a los profesionales responsables de la rehabilitación. Las interrogantes van direccionadas a indagar en torno a los logros alcanzados en el tratamiento y como estos se vinculan con el apoyo y aporte que brindan o no los padres.

Procesamiento de la información

En primera instancia se solicitó la autorización al Centro de Rehabilitación para Discapacidades del Cantón El Guabo - Municipio- MIES, para la realización de la investigación; autorizado el trabajo se seleccionó la población y muestra bajo los criterios de inclusión señalados posteriormente, con el consentimiento informado de los sujetos de investigación, se procedió a la socialización del tema y objetivos de la investigación.

Una vez socializado el trabajo con los padres y representantes de la institución, se aplicó en forma individual la entrevista a padres, con el propósito de que cada uno narre desde su perspectiva los momentos críticos asociados a la discapacidad de sus hijos. La entrevista también indago en su parte introductoria datos de filiación del niño/a, tipo y grado de parálisis cerebral, tipo de familia, nivel sociocultural, terapias que recibe y tiempo de permanencia en el programa.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A 2009), se administró a los padres individualmente en un tiempo de 40 minutos aproximadamente, con el propósito de contrastar y profundizar la información extraída de la entrevista; fue calificado en un plazo de 25 días, bajo los parámetros de validez y confiabilidad descritos en su manual.

Los niños/as y sus padres fueron supervisados durante 6 meses consecutivos, la asistencia a las terapias en la mayoría de los casos fue medianamente regular. Al finalizar se aplicó la entrevista estructurada a los terapeutas responsables del tratamiento; las respuestas fueron analizadas y permitieron elaborar una interpretación relevante a los avances o estancamientos de los niños/as con parálisis cerebral en relación al involucramiento y compromiso de los padres. Finalmente, la información recolectada permitió redactar las conclusiones y recomendaciones.

Población y muestra

La población utilizada es finita, fue tomada de la totalidad de casos registrados en el CENSO 2012 de la Misión Manuela Espejo correspondiente al cantón el Guabo provincia de El Oro. La muestra seleccionada es de carácter homogénea, los participantes comparten características similares que responden a la casuística a estudiar; no probabilística, Está compuesta por 5 niños/as que reciben atención en el Centro de Rehabilitación del Cantón El Guabo y 9 padres de familia. También se contempló la participación directa de 4 profesionales especialistas en las áreas de Estimulación temprana, fisioterapia, terapia de lenguaje y terapia ocupacional.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar los casos:

- Niños y niñas en edades de 0 a 5 años con diagnóstico médico de parálisis cerebral.
- Beneficiarios activos del Centro de Rehabilitación del Cantón El Guabo.
- Beneficiarios cuyos padres o representantes autorizaron formar parte del estudio.

Resultados

La información de campo permitió concretar datos generales respecto a cada historia de vida, en ellas se exploran connotaciones sociales, cognitivas y psicológicas de la familia.

Historia de Vida N° 1. Anita, presenta Parálisis Cerebral Infantil de tipo atetósica de grado severo, proviene de un hogar nuclear disfuncional con afectación directa en la comunicación y dinámica familiar, de estrato sociocultural bajo; el padre no apoya ni permite la intervención permanente, la madre expresa estilo de afrontamiento conductual de aproximación dirigido a resolver el “problema”, la madre busca incansablemente que los terapeutas “curen a su hija”, aunque acude ocasionalmente al centro terapéutico; las destrezas de Anita no han sido habilitadas, presenta desfase principalmente en el área psicomotriz y de lenguaje.

Historia de Vida N° 2. Sandra, exhibe Parálisis Cerebral Infantil de tipo atáxica de grado severo, proviene de un hogar nuclear funcional, de estrato sociocultural bajo; padre trabaja fuera de casa y la madre se dedica al cuidado de los niños; el estilo de afrontamiento en este caso es el cognitivo de evitación dirigido al control de la emoción, los padres se muestran indiferentes e intentan evadir el “problema”; las fuentes de apoyo son limitadas; las destrezas de Sandra no han sido habilitadas, presenta desfase principalmente en el área psicomotriz y de lenguaje.

Historia de Vida N° 3. Nathalia, presenta Parálisis Cerebral Infantil de tipo atáxica de grado moderado, proviene de un hogar nuclear funcional, de estrato sociocultural medio; padre trabaja fuera de casa y la madre se dedica al cuidado de la niña; el estilo de afrontamiento en este caso es el cognitivo de aproximación dirigido a resolver el problema, los padres se muestran comprometidos con el tratamiento, las fuentes de apoyo son variadas y fructíferas; las destrezas de Nathalia se están desarrollando satisfactoriamente, el déficit principal está en las capacidades motrices finas y gruesas propio de su condición.

Historia de Vida N° 4. Martin, presenta Parálisis Cerebral Infantil mixta de grado leve, proviene de un hogar monoparental disfuncional, de estrato sociocultural bajo; madre trabaja fuera de casa, el niño queda al cuidado de la hermana mayor; el Estilo de Afrontamiento en este caso es el conductual de evitación dirigido al control de la emoción; la madre no puede ni quiere responsabilizarse y comprometerse con el tratamiento, por el contrario dedica su tiempo al trabajo como una forma de involucrarse en otras actividades; las fuentes de

apoyo son básicas; las destrezas de Martín no han sido habilitadas pese a que su grado de afectación es leve, presenta desfase en el área psicomotriz, de lenguaje y socialización.

Historia de Vida N° 5. María, presenta Parálisis Cerebral (PC) Infantil de tipo atáxica de grado moderado, proviene de un hogar monoparental disfuncional, de estrato sociocultural bajo; padre fallecido, la madre trabaja para mantener el hogar la niña pasa al cuidado de sus hermanos/as; el Estilo de Afrontamiento en este caso es el conductual de evitación dirigido al control de la emoción, la madre recurre al alcohol como mecanismo de sustitución de la tensión y el estrés; las fuentes de apoyo son limitadas; las destrezas de María no han sido habilitadas pese a tener un gran tiempo en terapia, presenta desfase principalmente en el área psicomotriz y de lenguaje.

La mayoría de los padres de familia manifiestan la evitación cognitiva y la búsqueda de gratificaciones como principales respuestas de afrontamiento; el estilo de afrontamiento conductual es el más adoptado y la estrategia de evitación dirigida al control de la emoción prevalece sobre la orientada a resolver el problema; este resultado difiere en cierta forma con el estudio realizado por Nuñez, A. (2003), en Buenos Aires Argentina, quien encontró que el estilo de afrontamiento cognitivo de estrategia evitativa era el más prevalente, la población con la que trabajo difiere de la nuestra en rasgos socioculturales, grado y tipo de discapacidad.

La mayoría de las familias corresponden a una estructura monoparental, la madre es quien cumple con el rol de cuidadora primaria, el estilo conductual de evitación es mayoritario tanto en madres como en padres, Nuñez Alberto (2003).

Respecto al nivel sociocultural de las familias, la mayoría se ubica en un nivel bajo es decir carecen de recursos básicos para la vida. El estrato socioeconómico no establece radicalmente el tipo de afrontamiento, pero sí determina los recursos de los que pueda hacer uso la familia para enfrentar el problema y le permita buscar u optar por mejores servicios que complementen la rehabilitación de sus hijos; así la mayoría de las familias con estrato sociocultural bajo poseen estilo conductual de evitación; resultado que coincide con González M,M, y Rojas C, R. (2005), quienes refieren que el estrato socioeconómico bajo perjudica el desarrollo integral de los individuos.

El avance en el proceso terapéutico de niños y niñas con PC, manifiesta un significativo desfase respecto a las habilidades y destrezas que los profesionales plantean como objetivos de tratamiento, esta situación está directamente relacionada con el estilo – estrategia conductual de evitación adoptado por los padres; los datos coinciden con Romero R (2006), quien encontró en un estudio realizado en niños con Síndrome de Down, significativos desfases psicomotrices y de socialización en comparación con otros niños cuyos padres se orientaban más por el estilo cognitivo de aproximación, los resultados demostraban un desfase de 2 a 3 años de desarrollo psicoevolutivo, las principales destrezas afectadas eran las relacionadas con el área de la comunicación, socialización y desplazamiento.

Los resultados obtenidos confirman la necesidad de ofrecer a estas familias sistemas de apoyo traducidos en programas de intervención. Sin embargo, estos programas aunque guarden ciertas similitudes en el logro que se pretende obtener, no pueden ser iguales y generales, se deben identificar las variables que hacen a cada familia más vulnerable al estrés e intervenir de manera emergente en aquéllas que se han identificado con nivel conductual evitativo de afrontamiento.

No se pueden formular, por lo tanto, interpretaciones simplistas de la respuesta familiar ante un hijo con PC; la respuesta familiar debe integrarse en el marco de una teoría del estrés y afrontamiento, Fernández – Abascal, E. G. (1990). Es, precisamente, este marco, el que permite interpretar cómo y por qué la respuesta familiar ante un hijo con PC es diferente; tal como señalan Garrard, A y Richmond, J. (2002), unos apoyos familiares eficaces ayudarán a las familias a desempeñar sus funciones de cuidado con menos malestar psicológico y más satisfacción de cómo lo harían sin esos apoyos.

Así pues, se deben ofrecer no sólo servicios a las personas afectadas de PC, sino también a sus familias. Los apoyos deben organizarse teniendo en cuenta dos aspectos distintos: (a) los apoyos que cubren las necesidades continuas y estables, y (b) los apoyos que cubren las necesidades que surgen en las distintas etapas del ciclo vital, todo respaldado en un esquema de intervención y seguimiento psicológico.

Para finalizar, no se pueden pasar por alto algunas aplicaciones prácticas que se pueden ofrecer a partir de los resultados obtenidos. Desde esta perspectiva se podrían formular dos propuestas de trabajo: la primera, la necesidad de avanzar en el estudio de las familias con hijos afectados de PCI y, la segunda, establecer propuestas de metodología de intervención para familias con hijos afectados de PCI.

Estas propuestas podrían incluir: (a) Programas preventivos del estrés familiar para evitar o minorizar la aparición de síntomas de estrés, para aumentar la calidad de vida de la familia (b) Programas de intervención para afrontar el estrés de las familias de personas con PC. Ambos tipos de programas deberían incorporar: (a) entrenamientos en habilidades de resolución de problemas, (b) entrenamiento en habilidades de competencia, (c) entrenamiento en habilidades de cuidado, (d) entrenamiento en el uso de ayudas técnicas y (e) estrategias para fomentar las redes de apoyo informal.

Conclusiones

La evitación cognitiva, la búsqueda de gratificaciones y la descarga emocional son las respuestas de afrontamiento más frecuentes en los padres de familia, lo que da lugar a ubicar al estilo - estrategia de afrontamiento conductual con estrategia evitativa dirigida al control de la emoción como prevalente.

El grado de severidad de la Parálisis Cerebral está estrechamente relacionada con el estilo - estrategia de afrontamiento que adoptan los padres para enfrentar al estresor, a mayor complejidad del cuadro patológico, mayor la respuesta conductual evitativa dirigida a atenuar y enmascarar las emociones.

El nivel de avance en el proceso de rehabilitación terapéutica de los niños y niñas con Parálisis Cerebral se ve obstaculizado y limitado por la postura conductual evitativa de los padres, no existe responsabilidad y compromiso con el proceso, no hay apoyo ni implementación de recursos que les permitan enfrentar la condición de sus hijos de forma responsable y persistente, por el contrario expresan malestar por el estilo de vida que poseen, se sienten obligados a cumplir con su responsabilidad y son negativos en el pronóstico.

La familia constituye el principal componente dentro del tratamiento, si esta no cuenta con los elementos básicos en su funcionamiento y dinámica, el pronóstico será desfavorable.

Análisis general del estilo - estrategia de afrontamiento de los padres de niños y niñas de 0 a 5 años con parálisis cerebral

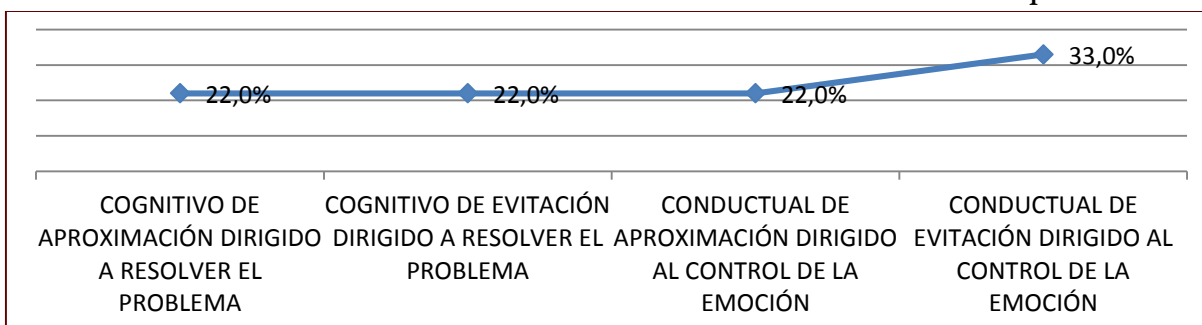


Figura 1. Estilo – Estrategia de Afrontamiento de los padres, Cuestionario CRI-A Rudolf H. Moos, Ph. D. Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic 2009 y la entrevista a padres de familia.

Análisis. Los resultados muestran que el estilo conductual de afrontamiento con estrategia evitativa dirigida al control de la emoción, es el más prevalente entre los padres de niños y niñas con parálisis cerebral, en un 33,33%.

Los datos evidencian la imposibilidad o limitación que tienen los padres para hacer uso de los recursos que poseen y/o buscar nuevas fuentes de apoyo, reflejan lo que sienten y piensan en relación al estresor, la reacción principal es la conductual de evitación y va dirigida al control de emociones primarias como tristeza, angustia, desesperanza y temor, los padres buscan información, orientación y fuentes de apoyo tanto generales e impersonales como específicas para disminuir los síntomas y amortiguar el impacto, buscan también involucrarse en actividades sustitutivas o alternas para crear nuevas fuentes de satisfacción y no pensar en el estresor, recurren a conductas de descarga emocional como: el llanto, violencia intrafamiliar de índole verbal y física, ingesta de alcohol y drogas, la culpabilización del cónyuge, victimización, negligencia o sobreprotección del hijo/a.

Así, Fernández – Abascal, E. G. (1990), menciona que cada sujeto tiende a la utilización de su propio estilo de afrontamiento caracterizado por las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones de conflicto, este estilo pudo haber sido resultado del aprendizaje experiencial de los padres o por hallazgo fortuito en otras situaciones de estrés familiar o personal.

Por su parte las estrategias de afrontamiento, es decir el conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que cada sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones pueden ser: adaptativas de aproximación dirigidas a reducir el estrés promoviendo la salud a largo plazo o inadaptativas de evitación, orientadas a reducir el estrés sólo a corto plazo, estas tienen un efecto nocivo en la salud física a largo plazo e incrementan el malestar psicológico de los padres y de la familia en general Garrard, A y Richmond, J. (2002), llevándola a condiciones de disfuncionalidad y conflicto, que afectaran directamente en la calidad de vida y rehabilitación del hijo con discapacidad y el resto de miembros.

Estilo - estrategia de afrontamiento de los padres en relación al nivel de gravedad de la parálisis cerebral infantil

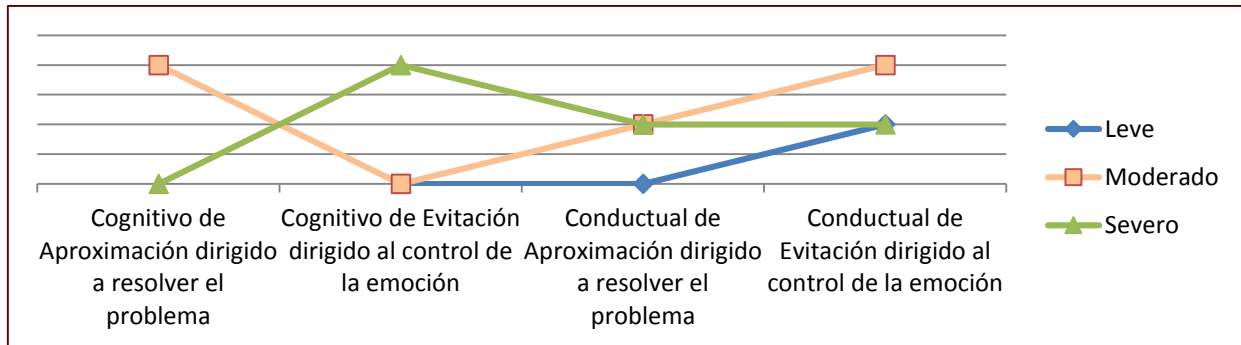


Figura 2.- Estilo – Estrategia de Afrontamiento de los padres en relación al nivel de gravedad de la parálisis cerebral, datos obtenidos del Cuestionario CRI-A Rudolf H. Moos, Ph. D. Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic 2009, entrevista a padres de familia y entrevista a terapeutas.

Análisis. En la parálisis cerebral Infantil leve se observa predominancia del estilo- estrategia de afrontamiento conductual de evitación dirigido al control de la emoción, en la parálisis cerebral Infantil moderada predomina el estilo cognitivo tanto de aproximación como evitación del problema, en la parálisis cerebral Infantil severa predomina el estilo estrategia conductual de evitación en un 44,44%.

Los datos presentados demuestran una estrecha relación entre la gravedad de la parálisis cerebral y la forma como los padres ven, asumen y actúan frente al problema; las características propias de cada nivel de gravedad sugiere en los padres una manera distinta de percibir la realidad, así, los padres de niños/as con parálisis cerebral leve exteriorizan conductas cognitivas orientadas a enfrentar el estresor, sus consecuencias y la restructuración del problema; esto podría estar relacionado con lo que menciona González M,M, y Rojas C, R. (2005). “un hijo con PC no explica de forma exclusiva la presencia de estrés en la familia, si bien este hecho es un suceso estresante, deben existir otros factores que tengan una mayor incidencia en el estrés familiar”.

La parálisis cerebral moderada y severa está asociada a respuestas de afrontamiento más evitativas de reacción conductual y aceptación del problema como un designio por el que poco se puede hacer, en su lugar se manifiestan conductas de descarga emocional y sustitutiva de la tensión.

Nivel de avance de los niños y niñas con parálisis cerebral, en el proceso de rehabilitación terapéutica

En el consolidado general de la entrevista aplicada a terapeutas, se pudo registrar que la totalidad de la población estudiada, reciben terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional y estimulación temprana; los diagnósticos por área son bastante similares entre los casos: disartrias, dislalias orgánicas, hipertonía, hipotonía, retraso en el desarrollo, déficit cognitivo. Entre las destrezas planificadas en el plan de tratamiento están: caminar, sentarse, mantener equilibrio, vestirse, comer, rayar, asearse, masticación, deglución, fonación, articulación. Dichas habilidades llevan un tiempo bastante prudencial en adquirirse, la mayoría están en proceso de desarrollo.

Los terapeutas mencionan que la asistencia de los beneficiarios en su mayoría es poco frecuente, existe escaso comprometimiento de los padres y que el avance en el tratamiento está relacionado directamente con el tipo y grado de parálisis cerebral pero también con el apoyo de los padres.

El nivel de avance en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas de 0 a 5 años con parálisis cerebral, está en desfase respecto a las habilidades propuestas en su plan de tratamiento. Este resultado se relaciona directamente con el estilo estrategia adoptado por los padres, que fluctúa entre el estilo cognitivo de evitación y el conductual de evitación, estos dos relacionados y dirigidos al control de la emoción, siendo el segundo el más prevalente. Para la obtención de este resultado se vinculó los datos obtenidos del CRI_A 2009 con los datos obtenidos de la entrevista a terapeutas.

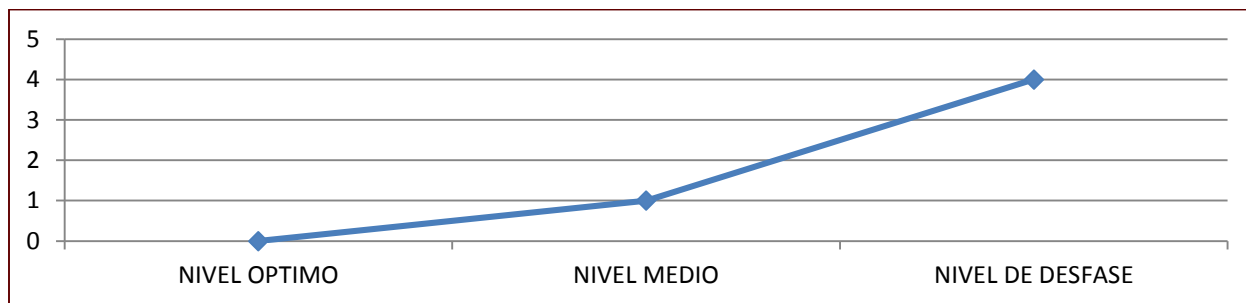


Figura 3. Nivel de avance en el proceso de rehabilitación, datos obtenidos de la entrevista a terapeutas y observación.

Análisis. Ningún sujeto estudiado expresa nivel óptimo de avance, uno de los niños/as se encuentra en nivel medio de avance en el proceso de rehabilitación, 4 niños/as se encuentran en el nivel de desfase, es decir las destrezas planteadas dentro de su rehabilitación no han alcanzadas.

Los niños sujetos de este estudio, ostentan un promedio de 8 meses medianamente consecutivos de rehabilitación, asisten al centro terapéutico, 2 veces por semana a terapia física, terapia de lenguaje, estimulación temprana y terapia ocupacional; 1 replica por semana en el hogar. Los padres están dentro de la propuesta de tratamiento y entre sus obligaciones esta la réplica diaria de la terapia previa explicación y asesoría de los profesionales; sin embargo a través de la ficha de observación se confirmó no solo la postura evitativa que poseen los padres frente al “problema” sino la negligencia e irresponsabilidad en el cumplimiento de esta actividad.

Esta situación evidencia y justifica que la mayoría de los niños/as se encuentre en niveles de desfase respecto al avance que deberían alcanzar.

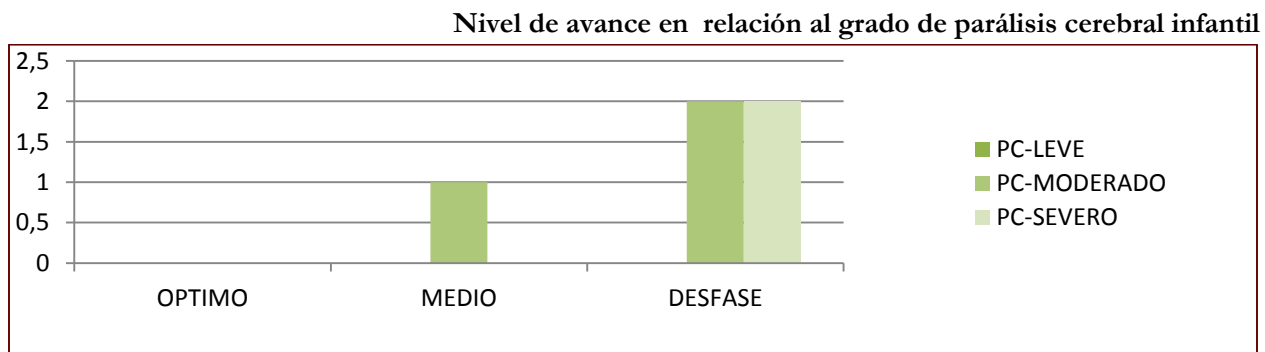


Figura 4. Nivel de avance en relación al grado de parálisis cerebral infantil; datos obtenidos de la entrevista a terapeutas.

Análisis. De los 5 niños/as con parálisis Cerebral, sujetos de este estudio, 1 corresponden al nivel de gravedad leve y se encuentran en un nivel medio respecto al avance en el proceso terapéutico, 2 tiene parálisis cerebral moderada y se ubican en un nivel de desfase; y 2 con parálisis cerebral severa también están en nivel de desfase.

Es necesario considerar que, si bien “la actitud de la familia principalmente los padres repercute en el proceso de rehabilitación y sus avances, también las características limitantes y progresivas propias de la parálisis cerebral” Nuñez Alberto . (2003).

La estructura anatómica, fisiopatología y trastornos asociados adherentes a esta condición complejiza el trabajo de los profesionales en la rehabilitación, existen condiciones en las que el tratamiento excede los límites de tiempo establecido, que ya de por si son extensos.

La parálisis cerebral infantil, en la mayoría de los casos se presenta con un sinnúmero de afectaciones, por ejemplo un gran porcentaje de ellas poseen déficit cognitivo y trastornos del lenguaje, otra parte suelen presentar afecciones de tipo sensitivo como déficit visual y/o auditivo; convulsiones, infecciones respiratorias, alteraciones cardíacas entre otras.

Estas y otras consideraciones permiten estandarizar a la parálisis cerebral en grados de afección leve, moderada y severa, cada uno de estos grados prevé una condición y pronóstico distinto en cada caso, pero el pronóstico también se ha de relacionarse con el contexto en el que se desenvuelve el individuo y las oportunidades de acceso a educación y rehabilitación que posea (recursos).

Nivel de avance en relación al estilo estrategia de afrontamiento adoptado por los padres

Análisis

En los niños con nivel medio de avance en el proceso de rehabilitación, el estilo estrategia de afrontamiento adoptado por sus padres es el cognitivo de aproximación dirigido a resolver el problema, mientras que en los niños con nivel de desfase, el estilo estrategia de afrontamiento adoptado por los padres es el cognitivo y conductual de evitación dirigido al control de la emoción.

Los datos hasta aquí presentados denotan la relación indiscutible entre el proceso de rehabilitación de niños y niñas con parálisis cerebral, reflejado en el avance y dominio de destrezas vs los “esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984). Estos esfuerzos denominados por Valdez, N. (1999) como estilos de afrontamiento, se sostienen en el modelo cognitivo de la emoción, misma que sugiere una variedad de reacciones emocionales que surgen como consecuencia directa de un agente estresor.

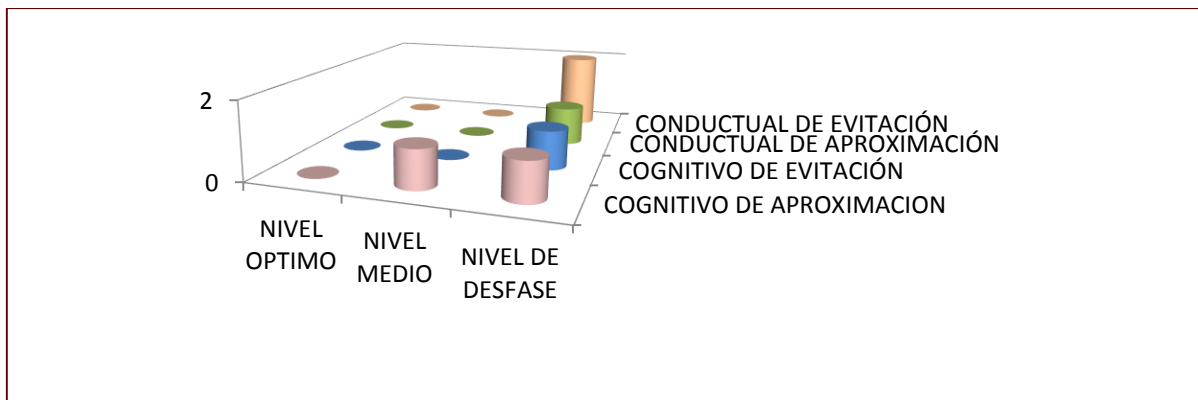


Figura 4. Nivel de avance en relación al estilo estrategia de afrontamiento; datos obtenidos del Cuestionario CRI-A Rudolf H. Moos, Ph. D. Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic 2009, entrevista a padres de familia y entrevista a terapeutas.

En esta misma línea Lazarus y Folkman (1984), sostienen que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que el sujeto es capaz de realizar, proyecta consecuencias que no siempre se direccionan a la resolución del problema si no a atenuar los síntomas físicos y psico-emocionales que el estresor desencadena. De aquí, que las respuestas de afrontamiento de los padres según Buceta (1995) ejerzan una importante influencia en la forma como sus hijos con parálisis cerebral viven y superan el proceso de rehabilitación, proceso que de por si requiere un especial apoyo, la familia, la manera como esta actué y reaccione frente a las adversidades propias de esta condición, determinara en gran medida los avances del proceso terapéutico y adquieren vital importancia en la personalidad, autonomía y eficiencia de sus miembros.

La discapacidad derivada de la parálisis cerebral, demanda grandes compromisos, los roles, funciones y dinámica de los padres obliga una reestructuración inmediata, el tiempo y la dedicación que la familia le dé al miembro con discapacidad no solo contribuirá con la optimización y desarrollo de habilidades, sino que permitirá también que el niño/a crezca con mejores condiciones de salud psico-emocional, se adapte mejor a la sociedad y alcance una independencia funcional indispensable para la vida.

Los datos aquí presentados demuestran de manera indiscutible que el progreso de los niños en el tratamiento está condicionado por la gravedad de la parálisis Cerebral que poseen, pero también con el estilo-estrategia de afrontamiento que sus padres expresan; la mayoría de los niños se ubica en un nivel de desfase, dejando al descubierto la importancia de trabajar interactivamente con la familia respecto a los mecanismos de afrontamiento que les permita enfrentar la situación, asumir la responsabilidad y potencializar el desarrollo psico-evolutivo de sus hijos/as.

Guía de observación. La Observación, fue aplicada en el desarrollo de las terapias en el Centro Terapéutico, en esta se pudieron registrar expresiones verbales y conductuales de los padres, un gran porcentaje de estos, llevan a sus hijos a terapia por obligatoriedad de las instituciones garantes de los derechos de niños, niñas y adolescentes, otros lo hacen por cubrir el requisito principal para ser beneficiaria del Bono de Discapacidad de 240 dólares. No se expresa mayor vínculo y comprometimiento con el proceso, se muestran distantes, desinteresadas. Los recursos que más utilizan los padres son los espirituales o filosóficos y los sociales, las fuentes de apoyo están relacionadas con la ayuda económica.

En el seguimiento que se realizó en las viviendas para constatar la réplica terapéutica, nos encontramos con la novedad de que esta, no es realizada eficientemente ni en la frecuencia acordada y recomendada por el equipo multidisciplinario. Entre las razones que expresan los padres para justificar el incumplimiento están: la falta de tiempo, el desconocimiento y la idea de que su hijo no va a mejorar.

Son pocos los padres de familia que asisten a terapias motivados, buscan información sobre mejores y nuevas técnicas y estrategias para mejorar las condiciones de su hijo, durante la terapia lo motivan y alientan; además de esto se observó conductas ambivalentes de sobreprotección pero también de negligencia tanto en las funciones de apoyo como en el cuidado físico del niño/a que como padres están en la obligación de cumplir.

Referencias bibliográficas

- Fernández Abascal, E. G. (1990). Estilos y estrategias de afrontamiento. Madrid-España: Pirámide.
- González M,M, y Rojas C, R. (2005). Estilos y estrategias de afrontamiento de padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados como autistas. Bogotá-Colombia: Educar
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984).Estrés y procesos cognitivos. Barcelona España: Martínez Roca.
- Valdez, N. (1999). Estrés y Recursos de Afrontamiento. México DF
- Romero R (2006). El afrontamiento de las familias en situación de discapacidad. Santiago de Chile.
- Garrard, A. y Richmond, J. (2002). Familia y Discapacidad. México DF: Sevilla: Lasant..
- Buceta, M. (1995). Interacción Familiar: La Familia y el niños con Discapacidad. Madrid-España: Siglo Cero.
- Núñez, A. (2003). La familia con un hijo con discapacidad, sus conflictos vinculares. Buenos Aires - Argentina.

Desbalances musculares en bipedestación y sedestación en escolares

Naranjo Reino María Teresa
Universidad Técnica de Ambato

Jiménez Navas Yadira Elizabeth
Universidad Técnica de Ambato

Sánchez Sánchez Carolina Margarita
Universidad Técnica de Ambato
mait1026@hotmail.com

Resumen

El ser humano fue adoptando una postura según las necesidades de su contexto evolutivo. Es importante identificar desbalances en el sistema musculo esquelético desde temprana edad y mala actitud postural en bipedestación, que afectan todo el esquema corporal y están relacionados directamente con la sedestación. El Objetivo es valorar la bipedestación y la sedestación en la postura que adoptan los niños y niñas de diferentes edades durante las clases. El estudio es descriptivo observacional con una muestra de 475 niños de 2 distritos zonales, aleatoriamente por grupos de edad, con una evaluación postural mediante la alineación de la plomada con sus vistas anterior y posterior, test de Adams, test de posición de cabeza. La identificación de la posición adoptada en sedestación, se hizo según una ficha de observación de análisis por sistema estadístico. Se evidencia que predomina la antepulsión 38,47%; el dorso plano 43,2%; genu valgo 47,0%; calcáneo valgo 47%; test de Adams 75,5% escoliosis leve; 74,6% acortamiento leve de los isquiotibiales; acortamiento de músculos pelvitrocantéreos leve 58,1% y actitud postural en sedestación incorrecta en un 70% de los escolares.

Palabras claves: Desbalances, muscular, bipedestación, sedestación, fisioterapia.

Abstract

The human being was adopting a position according to the needs of its evolutionary context. It is important to identify imbalances in the skeletal muscle system from an early age and poor postural posture in standing positions, which affect the whole body schema and are directly related to the sitting position. The objective is to assess standing and standing in the position adopted by boys and girls of different ages during classes. The study is descriptive observational with a sample of 475 children from 2 zonal districts, randomly by age groups, with a postural evaluation by aligning the plumb line with its anterior and posterior views, Adams test, head position test. The identification of the position adopted in sedestation was done according to an analysis observation chart by statistical system. It is evidenced that the preapulsion predominates 38.47%; Flat back 43.2%; Genu valgo 47.0%; Calcaneus valgus 47%; Adams test 75.5% mild scoliosis; 74.6% slight shortening of the hamstrings; Shortening of pelvitrocantéreos muscles slight 58.1% and posture attitude in incorrect sedestation in 70% of schoolchildren.

Keywords: Imbalances, muscular, standing, sitting, physical therapy

Introducción

La organización Mundial de la Salud cuenta con la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en cual señala que cada día acuden millones de padres a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos, y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus

hijos enfermos. Los estudios señalan que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado. En los servicios sanitarios de primer nivel de países de bajos ingresos, el apoyo diagnóstico como los de radiología es mínimo e inexistente.

El dolor lumbar se produce debido a mala higiene postural como factor desencadenante en sedentarismo. En la actualidad los niños tienden a invertir su tiempo frente a la televisión, computadora o consola de video juegos lo que incrementa el riesgo de padecer lesiones ya que no realizan actividad física durante el día.

La inadecuada posición sedente durante la jornada académica es el factor de mayor influencia en la adopción de posturas incorrectas, al mantenerse constantemente en flexión de columna vertebral lo que implica un mayor riesgo en la adquisición de posturas viciosas estableciéndolas como hábitos posturales no favorables para su salud.

Los estudiantes no solo pasan sentados durante la jornada académica, al llegar a casa dedican su tiempo a actividades como ver la televisión, jugar en consolas y realizar deberes, sumándose más horas de sedestación en las que se encuentran en constante cambio al intentar acomodarse después que una posición les cansa. De ahí se desprenden varias posiciones en sedestación debido al cambio en busca de confort, se diferencian dependiendo la posición que ocupa el raquis en la silla; clasificándose en tres posturas: anterior, media y posterior.

“En todos los países de la Región de las Américas se llevan a cabo programas de salud escolar que proporcionan servicios para diagnosticar problemas auditivos, visuales, nutricionales y de la postura que pueden afectar al aprovechamiento de los escolares. En esos programas también se imparten conocimientos sobre higiene, alimentación, prevención de accidentes, saneamiento y otros temas. Sin embargo, la mayor parte de los programas tienen una estrategia de enseñanza tradicional que no logra transmitir exitosamente los conocimientos que lleven a desarrollar las habilidades necesarias para adoptar estilos de vida más saludables”

La calidad de vida de los niños y adolescentes es debilitada cada vez con mayor impacto dentro de las dimensiones relativas a dolor o malestar y sentirse triste, preocupado o infeliz es donde se encuentran mayor problema con valores de la CVRS según edad, sexo que podrán ser usados en la salud percibida en el ámbito escolar en Bogotá Colombia.

Postura

La dinámica se constituye en base funcional para el movimiento, modificándose y ajustándose constantemente a diversas circunstancias, mientras que la estática mantiene la interacción de grupos musculares que actúan para estabilizar las articulaciones, en oposición a la gravedad, entonces, el equilibrio de fenómeno secundario que se desarrolla en respuesta a las compensaciones musculares.

La postura humana es el resultado de la relación entre la gravedad y los miembros del cuerpo, puede variar con el tiempo los cambios suelen darse durante los años escolares ya que en este periodo se produce el crecimiento y desarrollo corporal dentro de los factores que afectan están el sedentarismo, disminución de la flexibilidad, estilo de vida poco saludable, que provocan molestias, cambios musculo esqueléticos, influencia de la postura lo que se debe comprometer desde edades tempranas a influir sobre la calidad de vida para que el adulto sea más saludable.

La postura correcta es aquella que permite un estado de equilibrio muscular esquelético que protege a las estructuras corporales de sostén frente a las lesiones o a las deformaciones progresivas, independientemente de la posición (erecta, en decúbito, en cuclillas, inclinada) en la que estas estructuras se encuentran en movimiento o en reposo. En estas condiciones, los músculos trabajarán con mayor rendimiento y las posturas correctas resultarán óptimas para los órganos torácicos y abdominales.

Postura sedente

Se define la postura sedente como la posición en la que la base de apoyo del cuerpo está a medio camino entre la usada en la bipedestación y la usada en el decúbito. Una postura sentada anómala y sostenida durante un tiempo prolongado puede producir fenómenos degenerativos en los discos intervertebrales y las carillas articulares, insuficiencia muscular, compresión y desplazamiento de órganos de la cavidad abdominal, varices y edemas en las piernas. Clasifica las posturas de sedestación en tres posiciones de acuerdo a la ubicación del raquis respecto a la silla:

- **Postura anterior.** Flexión de la columna vertebral ($45-70^\circ$), flexión cervical ($40^\circ-60^\circ$), el apoyo se lleva a cabo a través de las tuberosidades isquiáticas y en la cara posterior de los muslos. El centro de gravedad se encuentra por delante de las tuberosidades isquiáticas, es responsable de los cambios en la pelvis, anteversión y en el raquis donde se produce un enderezamiento de la lordosis lumbar como consecuencia de la exageración de la cifosis dorsal.
- **Postura media.** Postura de apoyo isquiático. El cuerpo se sitúa en ángulo recto (90°), con lo que el centro de gravedad se halla directamente sobre las tuberosidades isquiáticas, tendiendo a desplazarse en un plano sagital sobre las tuberosidades isquiáticas, es decir, provocando una anteversión de la pelvis que da lugar a una hiperlordosis lumbar con aumento de las curvas dorsales y cervicales.
- **Postura posterior.** El centro de gravedad se sitúa detrás de las tuberosidades isquiáticas, cuya consecuencia es una retroversión de la pelvis, una extensión de la columna vertebral (135°) e incluso una flexión cervical (40°) provocando una inversión de la lordosis cervical. Es la postura de mayor confort.

La prevención de lesiones, movimiento, el rendimiento muscular dependen de la flexibilidad corporal, siendo la movilidad pasiva vinculada directamente con la extensibilidad de los músculos, rango de movimiento con ligamentos y tendones. Cuando hay limitación funcional, el cuerpo hace compensación con el fin de seguir una respuesta adaptativa en respuesta a la posición adoptada.

Los estudios previos detallan que la tasa de prevalencia es significativa en escoliosis en adolescentes en China los exámenes escolares para la escoliosis adolescente han sido suspendidos debido a las bajas tasas de detección positiva bajo el sistema de cribado pasado en China. El presente estudio se realizó para la detección de la escoliosis adolescente en los estudiantes de secundaria en un moderno sistema de evaluación en un distrito de Shanghai. Se realizó un estudio transversal, basado en la población, de un programa de detección de escoliosis de la escuela intermedia en el distrito de Jingan.

Los niveles de aptitud física en niños son marcadores de su estilo de vida, su perfil de salud cardio-metabólica y son predictores del riesgo futuro de enfermedades crónicas como la obesidad, enfermedad cardiometabólica, salud del esqueleto, salud mental, entre otros. Sin embargo, no se han publicado valores de referencia de aptitud para niños y adolescentes étnicos en una población latinoamericana. Los chicos se mostraron mejor que las niñas en la aptitud cardiorespiratoria, la fuerza de las extremidades inferiores y superiores, la velocidad / agilidad, pero las niñas mejor desempeño en la flexibilidad de la espalda baja.

La certeza de la eficacia de las intervenciones preventivas de fisioterapia en este campo y es evidente el ahorro económico que supondría incluir fisioterapeutas en el sistema educativo de primaria y secundaria para llevar a cabo estas actuaciones, ¿qué argumentos esgrimen las autoridades sanitarias para no asumir esta responsabilidad con los usuarios, no facilitar que los niños y los adolescentes puedan beneficiarse de las medidas preventivas de fisioterapia en este contexto?

El interés del tema en el ámbito de la fisioterapia es notable, tanto desde el punto de vista clínico como investigador. En la clínica, desde las intervenciones de prevención primaria en el ámbito escolar hasta las de prevención secundaria en consultas asistenciales o en la comunidad, la eficacia de la fisioterapia ha sido ampliamente demostrada, con ello, se ha puesto de manifiesto la necesidad de ofertar servicios de fisioterapia de forma continuada en estos lugares para esta población.

Materiales y métodos

Población: La población en estudio 28.582 escolares, de los Distrito 1: 16.520 y Distrito 2: 12.062 del Cantón Ambato provincia de Tungurahua, siendo la muestra de 475 niños en edades comprendidas entre 6-14 años, a quienes se abordó aleatoriamente de las unidades educativas donde se contó con el respectivo permiso para la ejecución de la investigación por los distritos, con resolución de aprobación emitida con consejo universitario de la Universidad Técnica de Ambato y consejo de investigación de la misma.

Métodos: Esta investigación inicio con la elaboración de oficios para la coordinación UOIDE de la Facultad Ciencias de la Salud para la elaboración de los respectivos permisos a los distritos, además se gestionó los permisos por Unidad Educativa a su respectivo Director para la autorización pertinente obteniendo respuestas favorables de la mayoría y también desfavorables. Además, de los permisos respetivos de cada padre de familia los mismos que manifestaron gran entusiasmo y colaboración. La población en estudio es de 20937 escolares del Cantón Ambato provincia del Tungurahua siendo la muestra de 380 del distrito 1 y 2. Se abordó 380 escolares de las cuales se escogió aleatoriamente las escuelas en donde se realizó la investigación se contó con los permisos de los distritos para la investigación y por lo tanto nos facilitó el ingreso algunas instituciones mientras que otras pese a la autorización no se pudo abordar, lo importante es que se tuvo el apoyo de la mayoría de Unidades Educativas Públicas y Privadas para la aplicación del programa. Para la recolección de los datos, se utilizó la evaluación postural de alteraciones anteriores y posteriores, el test de Adams para el nivel de escoliosis, el nivel de acortamiento de isquiotibiales y pelvitrocantéreos, en donde los casos moderados a severos requieren radiografías, que fueron sugeridas a los docentes y padres de familia.

El estudio inicial era de 9 a12 años pero se contó con la apertura para hacerlo desde las edades de 5 años hasta los 14 años que algunos niños ya tenían por condición académica en las Unidades educativas “Mario Cobo Barona” ”Los Sauces”. Esta investigación se llevó a cabo en un tiempo de 18 meses.

Resultados

El sedentarismo en los escolares, problemática aún no resuelta por el avance de la tecnología la cual cada día parece ser más impresionante.

Factores importantes como el mobiliario no ergonómico acorde a la edad, peso y talla del alumno. En las instituciones fiscales a nivel de Ecuador se presenta como un problema difícil solución por la cantidad de estudiantes en cada institución.

Las unidades educativas particulares pueden lograrlo ya que cuentan con recursos económicos propios. Caso contrario sucede en las unidades educativas del estado, la gran mayoría de los docentes concuerdan en la falta de recursos para este tipo de inversión.

En el estudio predomina la antepulsión 38,47%; el dorso plano 43,2%; genu valgo 47,0%; calcáneo valgo 47%; test de Adams 75,5% escoliosis leve; 74,6% acortamiento leve de los isquiotibiales; acortamiento de músculos pelvitrocantéreos leve 58,1% y actitud postural en sedestación incorrecta en un 70% de los escolares. Por lo menos, una alteración se presenta por niño, ya sea en la zona lumbar o acortamiento de isquiotibiales. En la observación en sedestación, se concluye que al adoptar una posición incorrecta al sentarse presenta mayor alteración morfológica.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	femenino	237	49,7	49,9
	masculino	238	49,9	100,0
	Total	475	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	,4	
Total		477	100,0	

Tabla 1. Fuente: Naranjo Reino 2017. Sexo Distrito 1 y Distrito 2 escolares Ambato-Ecuador.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	110	23,1	23,2
	Antepulsion	183	38,4	61,7
	flexion anterior	84	17,6	79,4
	Rectificación	67	14,0	93,5
	Hiperlordosis	14	2,9	96,4
	extension occipital	17	3,6	100,0
	Total	475	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	,4	
Total		477	100,0	

Tabla 2. Fuente: Naranjo Reino 2017. Zona cervical alteraciones anterior y posterior escolares Ambato-Ecuador.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	107	22,4	22,5
	hipercifosis	162	34,0	56,6
	dorso plano	206	43,2	100,0
	Total	475	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	,4	

Total	477	100,0	
-------	-----	-------	--

Tabla 3. Fuente: Naranjo Reino 2017. Zona torácica alteraciones anterior y posterior escolares Ambato-Ecuador.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	29	6,1	6,1
	hiperlordosis superior	23	4,8	10,9
	hiperlordosis inferior	193	40,5	51,6
	rectificación superior	139	29,1	80,8
	rectificación inferior	91	19,1	100,0
	Total	475	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	,4	
Total	477	100,0		

Tabla 4. Fuente: Naranjo Reino 2017. Zona lumbar alteraciones anterior y posterior escolares Ambato-Ecuador.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normal	78	16,4	16,4
	anteversión	200	41,9	58,5
	retroversión	197	41,3	100,0
	Total	475	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	2	,4	
Total	477	100,0		

Tabla 5. Fuente: Naranjo Reino 2017. Zona pélvica alteraciones anterior y posterior escolares Ambato-Ecuador.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	42	8,8	8,9
	Genuvalgo	224	47,0	56,1
	varo recurvatum	117	24,5	80,8
	rotación interna	52	10,9	91,8
	genu varo	28	5,9	97,7
	Recurvatum	11	2,3	100,0
	Total	474	99,4	100,0
Perdidos	Sistema	3	,6	
Total	477	100,0		

Tabla 6. Fuente: Naranjo Reino 2017. Zona rodilla alteraciones anterior y posterior escolares Ambato-Ecuador.

Discusión

Finalmente, es necesario poder concientizar y corregir los hábitos posturales de los niños mejorando su calidad de aprendizaje mediante la prevención de posibles patologías osteomusculares que se pueden presentar a futuro dejando como constancia que es de mucha importancia para la terapia física solucionar el presente problema de investigación. Dentro del contexto social y cultural existe una problemática postural en medida a la educación postural con su respectivo seguimiento dentro del contexto educativo. Factores que afectan la postura corporal conlleva a afecciones de la espalda desde la infancia y aumenta proporcionalmente con la edad.

En el proyecto se evidencia los problemas posturales sus factores, sobrecarga, sedentarismo que impacta en nuestra realidad en el sector laboral de la salud por la problemática postural con un costo económico de dolores osteomioarticulares por el ausentismo e incapacidad laboral y disminuir la productividad. En el IEES las lesiones osteomioarticulares abarcan el 80% del desembolso total de las entidades por lo que es importante fomentar la educación postural.

Si la palabra postura se deriva del latín positura: “puesta”. Se refiere a la relación de la posición con los segmentos corporales acorde a la gravedad. De los artículos revisados, los autores hablan de la importancia de una correcta postura desde la niñez, las consecuencia en una etapa de adultez debido a las diversas posiciones adquiridas, con el tiempo van tomando prevalencia sobre nuestra actitud postural es por ello que el aporte con mayor relevancia de la investigación son los resultados obtenidos en el estudio de una población de corta edad con el objetivo a largo plazo de prevenir disfunciones musculoesqueléticas y alteraciones vertebrales de gran complejidad.

Entre los autores se habla de los diversos factores que inciden sobre las disfunciones, primordialmente se hablaba del peso de la mochila escolar, factor que obtuvo solución con la construcción de canceles para los estudiantes. Otro factor que presenta su influencia es el actual sedentarismo en los escolares, problemática aún no resuelta por el avance de la tecnología la cual cada día parece ser más impresionante. En otros factores nos encontramos con el mobiliario no ergonómico acorde a la edad, peso y talla del alumno. En las instituciones fiscales a nivel de Ecuador se presenta como un problema difícil solución por la cantidad de estudiantes en cada institución. Las unidades educativas particulares pueden lograrlo ya que cuentan con recursos económicos propios. Caso contrario sucede en las unidades educativas del estado, la gran mayoría de los docentes concuerdan en la falta de recursos para este tipo de inversión.

No obstante, a ello se suma el número de horas que deben permanecer en sedestación incrementado así la adquisición de posturas viciosas en las cuales durante la jornada laboral intentan mantenerse cómodos debido a que el mobiliario no les los proporciona.

En el estudio se encuentran resultados alarmantes en cuanto a la aparición de procesos que pueden convertirse en patológicos no reversibles, como escoliosis, hiperlordosis lumbar o hipercifosis dorsal; así como el acortamiento de músculos de gran relevancia como los isquiotibiales y pelvitrocantéreos. En la una etapa temprana, cuando aún no adquirido una postura madura se puede corregir las disfunciones a tiempo, puesto que los escolares se encuentran en constante evolución y crecimiento es cuando se puede educar del cuidado de su salud física, en la etapa del crecimiento el sistema musculoesquelético se encuentra en adaptación por lo que no es rígido ni difícil de cambiar o revertir algún proceso patológico en marcha.

Lo importante es dar a conocer de una forma clara y específica las fatales consecuencias que se pueden dar en un futuro al no cuidar de su higiene postural.

Referencias bibliográficas

OMS | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Internet]. WHO. [Citado el 8 de abril de 2017]. Disponible en: [Quintana Aparicio E, Martín Noguera A, Sánchez Sánchez C, Rubio López I, López Sendín N, Calvo Arenillas JI. Estudio de la postura sedente en una población infantil. *Fisioterapia*. : 153–63.](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/Oltra AV. La postura corporal y el dolor espalda en alumnos de educación primaria. Una revisión bibliográfica. EmásF Rev Digit Educ Física. 2016;(38):60–72.</p></div><div data-bbox=)

Actitudes posturales de las extremidades inferiores en los escolares durante las clases estudio observacional [Internet]. [Citado el 8 de abril de 2017]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/RICP0909120007A/18584>

Salud OP de la. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. *Rev. Panam Salud Pública*. 1997; 208–14.

Gaitán-López DF, Correa-Bautista JE, Vinaccia S, Ramírez-Vélez R. Autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes colombianos: Estudio FUPRECOL. *Colomb Médica* [Internet]. el 28 de marzo de 2017 [citado el 8 de abril de 2017];48(1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/2071>

Basso AC, Gonçalves G, Gonçalves A. Evaluación de postura a partir de la perspectiva de la epidemiología: ¿Hasta qué punto atenerse a recomendaciones? *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. :13–21.

Coelho JJ, Graciosa MD, de Medeiros DL, da Silva Pacheco SC, Resende da Costa LM, Kittel Ries LG. Influência da flexibilidade e sexo na postura de escolares. *Rev Paul Pediatr*. septiembre de 2014;32(3):223–8.

Huixtlaca-Rojo CC, Santiago-Álvarez N, Espinosa-De Santillana IA, Rebollo-Vázquez J, Hernández-Jiménez ME. Determinación de las alteraciones posturales en alumnos de las clínicas de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*.

Guo Y, Jiang Q, Tanimoto T, Kami M, Luo C, Leppold C, et al. Low hospital referral rates of school scoliosis screening positives in an urban district of mainland China. *Medicine (Baltimore)*. abril de 2017;96(14):e6481.

Ramos-Sepúlveda JA, Ramírez-Vélez R, Correa-Bautista JE, Izquierdo M, García-Hermoso A. Physical fitness and anthropometric normative values among Colombian - Indian schoolchildren. *BMC Public Health*. 13 de septiembre de 2016; 16: 962.

Gómez Conesa A. Dolor de espalda en niños y adolescentes. *Fisioterapia* 121–2.

CAPÍTULO III

MEDICINA INTERNA



Atención primaria del paciente diabético con pie en riesgo

Dra. Sandra Figueroa Samaniego

Universidad Técnica de Machala
sefigueroa@utmachala.edu.ec

Psic. Ana Marina Vaca Gallegos

Universidad Técnica de Machala
avaca@utmachala.edu.ec

Lcda. Sara Saraguro Salinas

Universidad Técnica de Machala
ssaraguro@utmachala.edu.ec

Dr. Víctor Lanchi Zuñiga

Universidad Técnica de Machala
vlanchi@utmachala.edu.ec

Resumen

Introducción: El pie diabético es una complicación de pacientes con Diabetes tipo 2, presentan alteraciones con diferentes etapas en el daño de lesiones, heridas iniciales y crónicas por lo que se conocen al menos 15 clasificaciones. **Objetivo:** Fortalecer el nivel de conocimiento de médicos y enfermeras de la atención primaria de pie diabético. **Método:** Se trabajó con 35 médicos y enfermeras de la atención primaria del Distrito 07DO2 Machala y se les aplicó una encuesta para la valoración del conocimiento previo, de igual manera se trabajó con 53 personas con diabetes a quien se le aplicó un cuestionario de Salud SF-36. **Resultados:** Sobre Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo: el componente del pie en riesgo pasó a ser el más conocido; mientras que las alteraciones por trastornos neuropáticos motores fue el menos conocido. Examen del pie en los diabéticos: la afección de la piel, onicomicosis y callos se dan por igual en ambos pies. Potenciar la competencia: el conocimiento en Componentes de pie en riesgo, trastornos vasculares, sensitiva, neuropático motor y trauma interno; faltando mejorará la Neuropatía autonómica, Deformaciones del pie, Trauma externo.

Palabras claves: atención primaria, pie en riesgo, diabetes tipo 2, pie diabético.

Abstract

Introduction: The diabetic foot is a complication of patients with Type 2 Diabetes, present alterations with different stages in the injury of injuries, initial and chronic wounds so that at least 15 classifications are known. **Objective:** To strengthen the level of knowledge of primary care physicians and nurses with diabetic foot. We worked with 35 physicians and nurses of the primary care of the District 07DO2 Machala and a survey was applied for the valuation of the previous knowledge, in the same way we worked with 53 people with diabetes who were given an SF Health questionnaire -36. **About Level of knowledge about foot at risk:** the component of the foot at risk happened to be the best known; While alterations due to motor neuropathic disorders were the least known. Examination of the foot in diabetics: the affection of the skin, onychomycosis and calluses are given equally in both feet. Enhancing competence: Knowledge in components at risk, vascular disorders, sensory, neuropathic motor and internal trauma; Lacking will improve autonomic neuropathy, foot deformities, and external trauma.

Keywords: primary care, foot at risk, type 2 diabetes, diabetic foot.

Introducción

La Diabetes es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa (es la principal fuente de energía para el metabolismo celular. Se obtiene fundamentalmente a través de la alimentación, se almacena principalmente en el hígado) en la sangre: hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre). La causan varios trastornos, como la baja producción de la hormona insulina (1).

El pie diabético constituye una de las más importantes complicaciones crónicas de la diabetes mellitus el cual tiene un gran impacto social que por esta enfermedad se pone de manifiesto por la elevada morbilidad que esta puede causar, las altas tasa de amputaciones elevado promedio de estadía hospitalaria, altos costos hospitalarios. Se puede apreciar en diversos estudios realizados en diferentes países en donde se demuestra cual es la causa de esta enfermedad como son la neuropatía, insuficiencia vascular e infección.

Uno de los problemas médicos, sociales y económicos en todo el mundo, que es de gran importancia es el pie diabético. Sin embargo, la frecuencia registrada de ulceración y amputación varía considerablemente. Esto podría deberse a las diferencias en el criterio de diagnóstico además de los factores sociales y económicos de cada región. En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia anual de ulceraciones del pie entre personas con diabetes está en torno al 2%. En estos países, la diabetes es la causa más común de amputación no traumática; aproximadamente el 1% de las personas con diabetes sufren la amputación de una extremidad inferior (1).

El desarrollo de problemas del pie no es una consecuencia inevitable de tener diabetes. De hecho, la mayoría de las lesiones del pie se pueden prevenir. Sin embargo, las estadísticas recientes resultan, de algún modo, deprimentes: aproximadamente la cuarta parte del total de personas con diabetes en el mundo desarrollará en algún momento de su vida rozaduras o heridas (úlceras) en la piel de los pies. Además, con el aumento en todo el mundo de personas con diabetes, sin duda alguna la carga por problemas del pie relacionados con la diabetes aumentará en años futuros, en especial si consideramos que, al menos, una de cada 10 personas en el momento del diagnóstico de diabetes tipo 2 tiene factores de riesgo (2).

La OMS reporta que se calcula que en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes* fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años (1). Durante el año 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. (2) Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. (2). Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (3). La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) durante 2010, en Ecuador 4.017 personas con diabetes fallecieron, cabe recordar que esta es la segunda causa de muerte general en el país de acuerdo al Ministerio de Salud Pública.

En El Oro se reedita la situación, así lo evidencian las estadísticas del departamento de Epidemiología que dan cuenta de un progresivo y acelerado incremento de la incidencia, reflejadas en el cuadro adjunto que recoge los datos correspondientes al último decenio.

Tal y como se puede constatar, de los 1041 casos de diabetes mellitus contabilizados en las unidades regentadas por el ministerio de salud, se pasó el pasado año a los 4447. En el mismo periodo, la tasa por 10

mil habitantes se elevó al 68,1. La tendencia apunta a seguir en alza. En el primer semestre del año en curso se reportaron 2613 casos. Proyectando las cifras, 2012 culminaría con 5226. El año con mayor número fue 2010 con 6122 y una tasa de 95,3.

En este periodo los casos llegaron a multiplicarse por cuatro, aunque cabe señalar que los datos corresponden a los diagnosticados y tratados en las unidades sanitarias estatales y no recogen los reportados en las clínicas particulares. Los especialistas explican que las causas de la enfermedad se deben a factores genéticos, una deficiente alimentación, que privilegia la ingesta de la denominada chatarra, el consumo de grasas saturadas y azúcares, el sedentarismo, y estilo de vida.

Se estima que de dos a tres pacientes que no reciben el tratamiento adecuado sufren complicaciones graves como insuficiencia renal crónica, que les obliga a someterse a sesiones periódicas de hemodiálisis, la amputación de las extremidades, la ceguera, hipertensión, disfunción eréctil, etc.

Razón por la cual se ha propuesto realizar esta investigación que tomara dos etapas una de diagnóstico y otra de intervención, las mismas que tendrán un gran aporte e impacto en el conocimiento de prevención y diagnóstico temprano del pie en riesgo tanto en el personal de salud como en los pacientes.

Determinación del problema

No existe un conocimiento sobre los temas de pie en riesgo, ni los factores de riesgo.

Preguntas de investigación

- Cuál es el conocimiento sobre la problemática del pie en riesgo en pacientes atendidos por los médicos y enfermeras de atención primaria?
- Como se caracteriza el pie en riesgo de los pacientes diabéticos?
- Cuales son la lesiones en los pacientes diabéticos que se consideran pre-ulcerativas?
- Cuál es la percepción de los pacientes en relación a su salud y su enfermedad?

Justificación

La diabetes es una enfermedad que afecta a todos los órganos y causa complicaciones. La falta de análisis estadísticos con rigor científico en nuestro país son escasas, este estudio intentará contribuir con niveles de conocimiento del pie en riesgo en los diabéticos, cuales son las lesiones pre-ulcerativas, con sus respectivos traumas internos y externos, importantes para la prevención de las lesiones del pie diabético.

Objetivo General

Fortalecer el nivel de conocimiento del pie en riesgo de los médicos y enfermeras de la atención primaria del Distrito 07-2 de la provincia del Oro 2016.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar el nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos
- 2.- Evaluar y caracterizar el pie en riesgo en los pacientes con diabetes.
- 3.- Potenciar la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en diabéticos a través de un plan educativo.
- 4.- Realizar intercambio de saberes con la comunidad sobre la problemática del pie diabético y su prevención.

Hipótesis

El grupo de médicos y enfermeras de atención primaria tiene pocos conocimientos sobre el pie en riesgo de los pacientes que acuden a la consulta.

Importancia del problema

La diabetes mellitus tipo 2 en el 2008 en nuestro país se ha registrado más de 3 500 defunciones por diabetes en los hospitales públicos, por lo que es una de las principales causas de fallecimientos y su prevalencia se incrementó de 63 a 488 por 100 mil habitantes entre 1999 y 2009, teniendo en el 2009, 68. 635 casos; estando nuestra provincia dentro de las tres primeras que mantiene una prevalencia alta después de Cañar y Manabí. Los índices de la diabetes son altos en la ciudad de Machala y la provincia, los datos estadísticos reflejan que el 30% de las personas que ingresan a medicina interna del Hospital Teófilo Dávila es por diabetes y el 28% por Pie Diabético, razón por lo cual esta investigación radica su importancia dado que es en la atención primaria en donde se deberá prevenir que las personas diabéticas desarrollen un pie diabético (ulceras) hasta llegar al extremo de tener que ser amputadas sus extremidades.

Por tal razón se hace necesario la correspondiente capacitación continua del personal de la Atención primaria en su reconocimiento de esta patología dentro de su prevención, de igual forma el trabajo con los pacientes para lograr concientizar sobre su cuidado y control de su enfermedad.

Metodología

Lugar de la investigación

Este estudio se realizó en la provincia El Oro en el Distrito 2 Machala, de 273.394 habitantes, según el Ministerio de Salud Pública; cuenta con 21 centros y subcentros, cada uno con dos o tres médicos encargados de la atención de los diabéticos, el usuario tiene que acudir en primera instancia a los subcentros de salud a la consulta externa.

Tipo de investigación

Este estudio es de tipo observacional- descriptivo de diseño no experimental transversal y de intervención que estuvo basada en tres etapas: 1era. Fase de Diagnóstico, 2da Fase de Intervención, 3era Fase de Reevaluación; La muestra está formada de 35 médicos y enfermeras de las unidades de atención primaria del Distrito 2 de El Oro y 53 diabéticos. Se aplicó una encuesta al inicio de la investigación y luego del proceso de intervención; se desarrollaron talleres de capacitación y a los pacientes se aplicó cuestionario de salud SF-36. Estos resultados fueron analizados en el programa SPS.

Resultados

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “componentes del pie en riesgo” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 5 componentes de pie en riesgo (vasculopatía, neuropatía, ulcera previa, deformidades, amputaciones previas); el 25% (9 encuestados) no respondió ningún componente; el 37% (13 encuestados) respondió 1 componente; el 29% (10 encuestados) respondió 2 componentes; y, el 9% (3 encuestados) respondió 3 o más componentes.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “alteraciones dadas con trastornos vasculares” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

De los 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 6 componentes de alteraciones dadas por trastornos vasculares (antecedentes de claudicación intermitente o dolor de reposo; retraso en el crecimiento y alteraciones del trofismo de las uñas; ausencia de pelos, sobre todo a nivel de los dedos; palidez o cianosis; palpación de pulsos; auscultación de soplos); el 68% (24 encuestados) no conocía ningún componente; el 23% (8 encuestados) respondió 1 componente; el 9% (3 encuestados) conocía 2 componente.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “alteraciones dadas por trastornos neuropaticos sensitiva” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 3 componentes trastorno neuropaticos sensitivo (Dolor de reposo, intenso, terebrante, profundo, nocturno, distribución en bota, que cede con la marcha o sacar los pies de las frazadas y pisar el piso frío; Parestesia: hormigueos, quemazón, calambres; Anestesia: sensación de caminar sobre algodones); el 23% (8 encuestados) no conocía ningún componente; el 54% (19 encuestados) respondió 1 componente; el 23% (8 encuestados) conocía 2 componente.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “alteraciones dadas por trastornos neuropaticos motor” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 6 componentes de trastornos neuropaticos motores (Atrofia de inteóseos y lumbricales; Signo del abanico; Caída del arco anterior; Dedos en garra / martillo; Maniobra del empuje: para ver garra fláccida / rígida; Fuerza muscular: mover dedos, vencer resistencia y gravedad; Marcha sobre puntas y talones); el 77% (27 encuestados) no conocía ningún componente; el 23% (8 encuestados) conocía 1 componente.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “alteraciones dadas por trastornos neuropaticos autonómica” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 3 componentes de neuropatía autonómica (la piel seca, resquebrajada, caliente con dilatación venosa); el 85% (30 encuestados) no conocía ningún componente; el 6% (2 encuestados) conocía 1 componente y el 9% (3 encuestados) conocía 3 componentes.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “Deformaciones del pie en relación con el pie en riesgo” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 2 componentes de deformaciones de pie en riesgo (Pie Plano y Pie Cavo); el 89% (31 encuestados) no conocía ningún componente; el 11% (4 encuestados) conocía 1 componente.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “Escriba las lesiones pre ulcerativas que usted conoce” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 5 componentes de lesiones pre ulcerativas (callos, ampollas, edemas, micosis, dermatopatias); el 46% (16 encuestados) no conocía ningún componente; el 40% (14 encuestados) conocía 1 componente; el 14% (5 encuestados) conociera 2 componentes.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “Quien da el trauma externo” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 6 componentes de quien da el trauma externo (calzado inadecuado, objetos en el interior del calzado, caminar descalzo, mal corte de uñas, calzado abierto, uso de bolsas de agua caliente); el 66% (23 encuestados) no conocía ningún componente; el 17% (6 encuestados) conocía 1 componente; el 14% (5 encuestados) conocía 2 componentes; el 3% (1 encuestado) conocía 3 componentes.

Nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos relacionado con “Escriba ejemplos de trauma interno que usted conozca” en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 6 componentes de pie en riesgo (Atrofia de interóseos y lumbricales; Signo del abanico; Caída del arco anterior; Dedos en garra / martillo; Maniobra del empuje: para ver garra flácida / rígida; Fuerza muscular: mover dedos, vencer resistencia y gravedad; Marcha sobre puntas y talones); el 77% (27 encuestados) no conocía ningún componente; el 8% (23 encuestados) conocía 1 componente.

Resultados Objetivo Específico 2

Evaluar y caracterizar el pie en riesgo en los pacientes con diabetes.

De 25 pacientes conformados por 1 varón y 24 mujeres. Promedio de edad de 68 años.

El 40% (10 pacientes) durante la entrevista tuvieron la presión elevada. De 25 pacientes 2 de ellos no se encontraron pulsos pedios. De los 25 pacientes 2 de ellos tenían micosis interdigital en el pie derecho y 1 en el pie izquierdo (en ambos en el cuarto espacio interdigital). De los 25 pacientes 5 tuvieron halluz valgus en ambos pies respectivamente.

Evaluación y caracterización el pie en riesgo en los pacientes con diabetes (ausencia de vellos, resequedad, atrofia de los interóseos) de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. Pacientes a asistieron a la charla en Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 25 pacientes que asistieron a la charla de atención primaria de salud del distrito estudiado, en relación al pie en riesgo (ausencia de vellos, resequedad, atrofia de los interóseos) en el pie derecho 25 de los pacientes (100%) presentan ausencia de vellos; 10 de los pacientes (40%) presentan resequedad; 5 de los pacientes (20%) presentan atrofia de los interóseos. en el pie izquierdo 25 de los pacientes (100%) presentan ausencia de vellos; 9 de los pacientes (36%) presentan resequedad; 5 de los pacientes (20%) presentan atrofia de los interóseos.

Evaluación y caracterización el pie en riesgo en los pacientes con diabetes: (onicomicosis de acuerdo a los dedos de cada pie) de atención primaria del distrito 07do2-2016. De 25 pacientes que asistieron a la charla de atención primaria de salud del distrito estudiado, en el pie derecho: en el primer dedo 11 tenían onicomiosis; 7, en el segundo dedo; 5, en el tercer dedo; 4, en el cuarto dedo; 6, en el quinto dedo. En el pie izquierdo: en el primer dedo 13 tenían onicomiosis; 9, en el segundo dedo; 8, en el tercer dedo; 5, en el cuarto dedo; 7, en el quinto dedo.

Evaluación y caracterización el pie en riesgo en los pacientes con diabetes (callos de acuerdo a la localización) de atención primaria del distrito 07DO2-2016. De 25 pacientes que asistieron a la charla de atención primaria de salud del distrito estudiado, en el pie izquierdo: los callos estuvieron presentes en: 4 en los dedos (16%); 5; en el antepie (20%); 4 en el talón (16%). En el pie derecho: los callos estuvieron presentes en: 5 en los dedos (20%); 6; en el antepie (24%); 7 en el talón (28%).

Resultados del Objetivo Especifico 3

Potenciar la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en diabéticos a través de un plan educativo.

Componentes del pie de riesgo como potenciación de la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 5 componentes de pie en riesgo (vasculopatía, neuropatía, ulcera previa, deformidades, amputaciones previas); el 100% (35 encuestados) respondieron vasculopatía; 92% (33 encuestados) respondieron neuropatía; 96%, (34 encuestados) respondieron ulcera previa; 96%, (33 encuestados) respondieron deformidades; ulcera previa (33 encuestados) respondieron amputación previa.

Alteraciones dadas por trastornos vasculares como potenciación de la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 3 componentes Alteraciones dadas por trastornos vasculares; el 96% (34 encuestados) respondieron antecedentes de claudicación intermitente, dolor en reposo; 92% (33 encuestados) respondieron palidez y cianosis; 100%, (35 encuestados) respondieron palpación de los pulsos.

Alteraciones dados por trastornos neuropaticos sensitiva como potenciación de la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, de los 3 componentes Alteraciones dados por trastornos neuropaticos sensitiva; el 96% (34 encuestados) respondieron dolor en reposo intenso, tenebrante y profundo; 92% (33 encuestados) respondieron parestesia, hormigueo, quemazón y calambres; 100%, (35 encuestados) respondieron anestesia, sensación de caminar en algodones.

Alteraciones dados por neuropatía, motora, autonómica, trastornos neuropaticos sensitiva, trauma interno y trauma externo como potenciación de la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016.

Pregunta	Si responde	Porcentaje	No responde	Porcentaje
Alteraciones dadas por trastornos neurotipicos motor:				
a. Atrofia	35	100%	0	0%
b. Ulceras	35	100%	0	0%
La piel seca, resquebrajada, caliente, con dilatación venosa corresponde a que neuropatia				
a. Neuropatia Autonómica	33	92%	2	8%
b. Pies caliente	33	92%	2	8%

Deformaciones del pie en relación con el pie en riesgo				
a. Pie plano , pie cavo	35	100%	0	0%
b. Pie normal	35	100%	0	0%
Lesiones pre ulcerativas				
a. Callos, ampollas, edema, micosis y dermatopatias	32	88%	3	12%
b. juanetes , calor, frio	33	92%	2	8%
Trauma externo				
a. Calzado inadecuado, objetos en el interior, caminar descalzo, malcorte de uñas	34	96%	1	4%
b. Calzado flojo, buen cuidado de uñas	4	16%	31	96%
Trauma interno				
a. D deformaciones en el pie hallux valgus	35	100%	0	0%
b. Dedo en martillo	35	100%	0	0%
c. Disminución de la almohadilla plantar	35	100%	0	0%

De 35 profesionales de atención primaria de salud del distrito estudiado, sobre:

“Alteraciones dadas por transtornos neurotipaticos motor”: el 100% (35 encuestados) respondieron atrofia; 100% (35 encuestados) respondieron ulceras.

“La piel seca, resquebrajada, caliente, con dilatación venosa corresponde a que neuropatia 92% (33 encuestados) respondieron neuropatía autonómica; 92% (33 encuestados) respondieron pies calientes.

“Deformaciones del pie en relación con el pie en riesgo“. 88% (32 encuestados) respondieron Callos, ampollas, edema, micosis y dermatopatias; 92% (33 encuestados) respondieron juanetes, calor, frio. “Trauma externo“. 92% (33 encuestados) respondieron Calzado inadecuado, objetos en el interior, caminar descalzo, mal corte de uñas; 16% (4 encuestados) respondieron Calzado flojo, buen cuidado de uñas.“Trauma interno“. 100% (35 encuestados) respondieron deformaciones en el pie hallux valgus; 100% (35 encuestados) respondieron Dedo en martillo; 100% (35 encuestados) respondieron Disminución de la almohadilla plantar.

Resultado del Objetivo Especifico 4

Realizar intercambio de saberes con la comunidad sobre la problemática del pie diabético y su prevención.

Tabla 4.1. Evaluación de conocimiento sobre pie diabético. Sobre la Salud general del diabético en atención primaria del 07 DO2 El Oro -2016: Encuesta sobre Estilo de Vida

En general, usted diría que su salud es:

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Excelente	3	5,7
	Muy buena	3	5,7
	Buena	9	17,0
	Regular	32	60,4
	Mala	6	11,3
	Total	53	100,0

3. Estoy tan sano como cualquiera?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente cierta	11	20,8
	Bastante cierta	8	15,1
	No lo sé	4	7,5
	Bastante falsa	24	45,3
	Totalmente Falsa	5	9,4
	Total	52	98,1
Perdidos	Sistema	1	1,9
Total		53	100,0

4. Creo que mi salud va a empeorar?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente cierta	1	1,9
	Bastante cierta	18	34,0
	No lo sé	7	13,2
	Bastante falsa	14	26,4
	Totalmente falsa	13	24,5
	Total	53	100,0

5. Mi salud es excelente?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente cierta	11	20,8
	Bastante cierta	7	13,2
	No lo sé	8	15,1
	Bastante falsa	24	45,3
	Totalmente falsa	3	5,7
	Total	53	100,0

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Psicóloga Ana Vaca y estudiantes de Enfermería de 5to Semestre. De 53 encuestados con test SF- 36,60% considera tener buen estado de salud; 20% en regular y 20 mal.

Evaluación de conocimiento sobre pie diabético. En Función física diabético en atención primaria del 07 DO2 El Oro -2016: Encuesta sobre Estilo de Vida. Función Física:

6. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesado o participar en deportes agotadores?

7. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora?

8. Su salud, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

9. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

10. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
11. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
12. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
13. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?
14. Su salud, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
15. Su salud actual, le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
17. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
18. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
19. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
20. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

De los 53 encuestados se obtuvo a través del test SF-36. Que el 57,7 % se considera dentro de su apreciación sobre su estado físico y la relación con su enfermedad están con una buena condición física; 22 % en regular en situaciones puntuales y que esta afecten 20,3 en mal.

Evaluación de conocimiento sobre pie diabético. Del rol emocional y social en el diabético en atención primaria del 07 DO2 El Oro -2016: Encuesta sobre estilo de vida, rol emocional y social.

21. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
22. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas como de costumbre, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido, nerviosos)?
23. Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
24. ¿ Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
25. ¿ Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

De igual forma de los 53 encuestados se obtuvo a través del test. SF-36, Que el 84,9 % su situación emocional no afectó su vida cotidiana, y solo un 15,1 % presentaron malestar en su cuerpo que afectó su vida diaria.

Evaluación de conocimiento sobre pie diabético. Diabético en atención primaria del 07 DO2 El Oro -2016: Encuesta sobre estilo de vida, dolor corporal y vitalidad:

26. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
27. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
28. Durante las 4 últimas semanas ¿ Cuanto tiempo estuvo muy nervioso?
29. Durante las 4 últimas semanas ¿ cuanto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
30. Durante las 4 últimas semanas ¿ Cuanto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

De los 53 encuestados se obtuvo a través del test SF-36 Que dentro del parámetro de dolor corporal y vitalidad el 60%se considera estar en buen estado de salud; 40 % algunas veces con malestares por la enfermedad que le provoca poca vitalidad para realizar sus actividades diarias.

Evaluación de conocimiento sobre pie diabético. De la Salud Mental en el diabético en atención primaria del 07 DO2 El Oro -2016: Encuesta sobre estilo de vida, salud mental:

31. Durante las 4 ultimas semanas ¿ cuanto tiempo se sintio desanimado y triste
32. Durante las 4 ultimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintio agotado?
33. Durante las 4 ultimas semanas¿ cuanto tiempo se sintio feliz?
34. Durante las 4 ultimas semans ¿ cuanto tiempo se sintio cansado?

De los 53 encuestados se obtuvo a través del test SF-36. Que el 30,2% presentaron desánimo y tristeza que perjudica su proceso de salud – enfermedad y el 69,8 % se encuentra con un buen estado en su Salud Mental.

Discusión

Con el nivel de conocimiento sobre pie en riesgo en diabéticos en médicos de Atención Primaria Del Distrito 07DO2-2016. En el personal de salud en antencion primaria el medico y la enfermera son los que se encanrgan de la valoración al paciente, es asi que en el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010 en la gran mayoría de los puntajes están por debajo del valor de aprobación (28/30 profesionales), entre los enfermeros del área clínica comparado con el área comunitaria en ambos el mayor porcentaje de resultados se encuentra en nivel bajo de conocimientos (1). Esta situación coincide con nuestro estudio en el que los médicos de atención primaria de salud son los que manejan esta entidad es asi que como ejemplo en cuanto a los componentes de pie en riesgo (vasculopatía, neuropatía, ulcera previa, deformidades, amputaciones previas); el 25% conocía ningún componente; el 37% solo 1 componente; el 29%, 2 componentes; y solo el 9% conocía 3 o más componentes.

Evaluar y caracterizar el pie en riesgo en los pacientes con diabetes: El pie en risgo de los 25 pacientes de nuestro grupo el 96% de estuvo conformados por mujeres y el 4% por varones; Con un promedio de edad de 68 años; en el 8%, no se encontraron pulsos pedios; el 20%, tuvieron la deformidad halluz valgus; caloos o hiperqueratosis entre el 20 – 24% en tanto que en la Estratificación de riesgo en pie diabético en Barcelona-España el grupo estudiado estaba conformado por el 44% de mujeres y de hombres el 56%. Con una media de edad de 64 años; en el 17% no se encontraron pulsos pedios; en el 18% tivieron deformidad y en el 36% hiperqueratosis (3).

Potenciar la competencia de médicos y enfermeras en el manejo preventivo del pie en riesgo en diabéticos a través de un plan educativo.

De la encuesta inicial de varios acápite sobre los pies del pacientes el 61.7% no conocía ninguno de los parámetros y tras la charlas eduactivas magistrales y la atención a los pacientes en la revaloración de la encuesta resultado que el 6,7% desconocian situaciones elementales del pie diabético , osea el 93,3% mejoro el conocimiento , con esta misma situación en Cuba “en la Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados” la familia (61,11 %), el médico y la enfermera (52,77 %), con la intervención el 100,0 % de los pacientes incrementó los conocimientos sobre Diabetes, la importancia de la actividad física y el cuidado de los pies, el conocimiento sobre la responsabilidad del cuidado mejoró de un 44,44 % a un 100,0 %. (2)

Realizar intercambio de saberes con la comunidad sobre la problemática de pie diabético y su prevención. Dentro de la problemática en salud y de acuerdo a la aplicación de las preguntas en la encuesta SF-36 se obtuvo que uno de los resultados de mayor relevancia fueron los de Función física que representa un 20,3% regular y malo, a pesar de que la apreciación de los otros parámetros como de salud general, rol emocional y corporal estén dentro de un 60% aceptables por que no existe todavía una afectación física, lo que se demuestra con el 30,2% en su desmotivación que representa afectación en su salud mental. Lo que se puede comparar con el estudio realizado en Navarra- España en donde se encontró iguales datos en cada uno del ítem, destacándose el de ansiedad/depresión con un 43% (4).

Conclusión

Sobre el nivel de conocimiento se puede concluir que por parte del equipo de salud en el componente del pie en riesgo paso a ser el mas conocido; mientras que el de alteraciones dadas por trastornos neuropaticos motor trastornos neuropaticos motores fue el menos conocido.

Sobre la valoración y caracterización del pie en riesgo en paciente con diabetes se encontró que Examen del pie en los diabéticos: la afección de la piel, onicomycosis y callos se dan por igual en ambos pies. En lo referente a potenciación de la competencia en base al conocimiento de pie en riesgo con lo que se extrapola al manejo preventivo del mismo se logró mejorar en el conocimiento de los componentes de pie en riesgo, trastornos vasculares, sensitiva, neuropático motor y trauma interno; faltando mejorara la Neuropatia autonimica, Deformaciones del pie, trauma externo. En el intercambio de los saberes con la comunidad sobre la problemática de la prevención de pie en riesgo se encontró que sobre la salud general del diabético: 60% considera estar en buen estado de salud; 20% regular y 20 mala.

Función física diabético: 57,7 %se considera con una buena condición física; 22 % en regular en situaciones puntuales y 20,3% mala.

Rol emocional y social en el diabético: 84,9 % su situación emocional no efecto su vida cotidiana, y 15,1 % que afecto su vida diaria.

Dolor corporal y Vitalidad: 60% esta en buen estado de salud; 40 % algunas veces poca vitalidad para realizar sus actividades diarias.

Salud mental: 30,2% presentaron desánimo y tristeza y 69,8 % n buen estado en su Salud Mental.

Agradecimientos

Un agradecimiento a todo el equipo de trabajo de la investigación que colaboró y apoyó para que ésta pudiera culminar con éxito.

Referencias Bibliográficas

Efectividad de intervención educativa en el conocimiento. Sánchez, Maricela Chapman, Almaguer, Raiza García y Caballero, Greder. Holguín, Cuba. : medigraphic, 2016.
Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010. Aponte-Garzón1*, Luz H. y Hernández-Páez2*, Ruth F. Colombia : Revista Orinoquia, 2012.
Estratificación de riesgo en pie diabético. Torre1, Héctor González de la, Pérez2, Estrella Perdomo y Fernández4, Ma. Luana Quintana Lorenzo3 y Abián Mosquera. 4, Barcelona : Scielo, 2010, Vol. 21.

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. A.Hervas, A.Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Diez. 1, Navarra -España : An.Sist.Sanit. Navar, 2007, Vol. 30.

Pie diabético. Caso CONAMED. Peniche, María del Carmen Dubón. 3, Mexico : Rev. Fac. Med Scielo, 2013, Vol. 56.

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA. Dra. Elizabeth Rojas de P, Dra. Rusty Molina, Dr. Cruz Rodríguez. Venezuela : Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 2012, Vol.

Boulton A. El pie diabético. [Online].; 2005;5-7. [cited 2017 01 05. Available from: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_368_es.pdf.

B OI MAMNMD. Revista chilena de cirugía Scielo: Pie diabético: Evolución en una serie de 121 pacientes. [Online].; 2007 [cited 2017 01 20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000500005.

Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Reday Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [Online].; 2012 [cited 2017 02 05. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3755/375540231008.pdf>.

Prócel DR. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS. [Online].; 2003 [cited 2017 02 10. Available from: <http://www.dr.juanbenalcazar.com/docs/PIE%20DIABETICO.pdf>.

Castillo DR AJLFTC. Guía de práctica clínica en el pie diabético. [Online].; 2014 [cited 2017 03 21. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>.

SEGUEL G. Scielo Rev Med Chile; 141: 1464-1469. [Online].; 2013 [cited 2017 03 25. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n11/art14.pdf>.

Dr. Daniel Rodríguez Gurri IDAGE. Scielo Revista Cubana de Medicina Militar Caracterización de pacientes con pie diabético. [Online].; 2013; 42(2):173-180 [cited 2017 04 05. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n2/mil06213.pdf>.

Hidalgo PRd. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO DEL SEGURO SOCIAL. [Online].; 2014 [cited 2017 04 22. Available from: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-David.pdf>.

Identificación por PCR del agente etiológico de bronconeumonía bacteriana

Patricia Noguera Cárdenas

Centro de Salud B Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Sucúa
patricianoguera.c@hotmail.com

Nathalie Campos Murillo

Universidad Católica de Cuenca
ncampos@ucacue.edu.ec

Resúmen

La bronconeumonía es frecuente en niños, adultos mayores, personas con enfermedades catastróficas e inmunocomprometidas. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae* y *Klebsiella pneumoniae*. El objetivo de este estudio es identificar por PCR el agente etiológico predominante e la bronconeumonía bacteriana no especificada en pacientes del Hospital General Macas. Se recolectó muestras de esputo de 35 pacientes, se cultivaron en agar sangre y EMB. Se utilizaron cepas control ATCC de *Streptococcus pneumoniae* y *Klebsiella pneumoniae*. Se realizó la extracción de ADN, de las colonias bacterianas mediante lisis alcalina. Se detectó el gen *lytA* de *Streptococcus pneumoniae* y KPC de *Klebsiella pneumoniae* mediante PCR, utilizando primers específicos para cada bacteria, y se analizó los productos de la reacción en un gel de agarosa con un transiluminador UV, los tamaños de los genes fueron relacionados con un ladder de 1000pb y se utilizó como cepa control negativa *Staphylococcus aureus* ATCC. Del total de muestras, el 25,71% (9 muestras) presentaron crecimiento in vitro y 74,29% (26 muestras) negativas. Los resultados de PCR fueron (77,78%) muestras negativas, y 2 muestras (22,22%) para el gen KPC de *Klebsiella pneumoniae* y ninguna muestra amplificó para el gen *lytA* de *Streptococcus pneumoniae*.

Palabras claves: bronconeumonía bacteriana, *streptococcus pneumoniae*, *klebsiella pneumoniae*, PCR.

Abstract

Bronchopneumonia is common in children, the elderly, people with cata-strophic and immunocompromised diseases. The most frequent etiologi-cal agents are *Streptococcus pneumoniae* and *Klebsiella pneumoniae*. The objective of this study is to identify by PCR the predominant etiologi-cal agent of bacterial bronchopneumonia, not specified in patients of General Hospital Macas. Sputum samples were collected from 35 pa-tients, cultured on blood agar and EMB. ATCC control strains of *Strepto-coccus pneumoniae* and *Klebsiella pneumoniae* were used. DNA extrac-tion from the bacterial colonies was performed by alkaline lysis. The *lytA* gene of *Streptococcus pneumoniae* and KPC of *Klebsiella pneumoniae* was detected by PCR using specific primers for each bacterium and the Reaction products in an agarose gel with a UV transilluminator, the sizes of the genes were related to a ladder of 1000bp and was used as a control strain *Staphylococcus aureus* ATCC. Of the total samples, 25.71% (9 samples) presented in vitro growth and 74.29% (26 samples) negative. PCR results were (77.78%) negative samples and 2 samples (22.22%) for the *Klebsiella pneumoniae* KPC gene and no sample was amplified for the *lytA* gene of *Streptococcus pneumoniae*.

Keywords: bacterial bronchopneumonia, *streptococcus pneumoniae*, *klebsiella pneumoniae*, PCR.

Introducción

La bronconeumonía es una enfermedad inflamatoria del pulmón, puede ser causada por virus o bacterias. Generalmente afecta a niños, adultos mayores, personas con enfermedades catastróficas, inmunodeprimidos (OMS, 2015).

Las infecciones bacterianas condicionan considerablemente el tratamiento antimicrobiano, por lo que es importante la identificación del agente etiológico. En un estudio realizado en lactantes se detectó *Streptococcus pneumoniae* como uno de los principales agentes causales de la enfermedad (García-Elorriaga, 2015).

La bronconeumonía es una infección respiratoria que afecta los pulmones, sus síntomas son disnea, tos, tiraje subcostal. El agente etiológico de esta patología es diverso, sin embargo, las bacterias más comunes son: *Streptococcus pneumoniae* y *Klebsiella pneumoniae* (Shak, 2013).

Los factores de riesgo para esta patología son hacinamiento, desnutrición, consumo de tabaco, inmunodepresión, alcoholismo. La neumonía bacteriana constituye una de las principales causas de mortalidad y de hospitalización en pacientes mayores de 60 años (Aleaga Hernandez, 2015).

Streptococcus pneumoniae son bacterias gram positivas, miden 0.5 y 1.25 μm , no móviles, de forma oval con un extremo lanceolado, no forma esporas, generalmente se dispone en forma de diplococos, son altamente patógenas, son anaerobias facultativas (Ramos, 2014). Constituye la microflora bacteriana de las vías respiratorias altas de un 5-40% de seres humanos, es patógeno oportunista y puede causar sinusitis, otitis, bronquitis, neumonía, meningitis, peritonitis, artritis séptica o endocarditis (Shak, 2013).

Streptococcus pneumoniae forma parte de la microflora normal de la mucosa nasal y faríngea. Se comporta como patógeno oportunista, afectando principalmente a niños y adultos mayores. En estudios realizados en Santiago de Chile, en niños que asisten a guarderías, se reportó índices de colonización nasofaríngea por *Streptococcus pneumoniae* superiores a 74%, con una coincidencia de serotipos reportados en un 70% (Preado, 2001).

El genoma de *S. pneumoniae* tiene un tamaño aproximado de 2 Mpb, con un contenido de G+C de 40%, tiene un aproximado de 2000 genes. El 3,5% del genoma presenta secuencias de inserción y transposasas, más que cualquier otro organismo con genoma secuenciado (Galano, 2004).

Las autolisinas están implicados en algunos procesos biológicos importantes, tales como la separación de células, las células de la pared, la competencia para la transformación genética, la formación de los flagelos y la esporulación, esta depende estrictamente de la presencia de paredes celulares que contienen a colina para la actividad. La principal autolisina codificada por *lytA* es la N -acetylmuramoyl-L-alanina amidasa, es un factor de virulencia implicado en la autólisis, está ubicada en la envoltura celular y tiene una importante función en el crecimiento y rotación de la pared celular. La autolisina neumocócica tiene una organización modular; la función catalítica se encuentra en el dominio N-terminal y C-terminal, está compuesto de seis unidades de repetición y una cola corta, actúa como puente uniendo el brazo corto de la enzima a los residuos de colina presentes en las paredes celulares neumocócicas (Whatmore & Dowson, 1999).

Además, se ha sugerido que la autolisina desarrolla un papel indirecto en la patogénesis de la mediación de la lisis celular y la posterior liberación de los factores de virulencia, como neumolisina (Whatmore & Dowson, 1999).

El *S. pneumoniae* se lisa rápidamente en presencia de sales biliares y produce acción incontrolada de la principal autolisina, LytA. Es una bacteria auxótrofa para la colina (aminoalcohol), en forma de fosforilcolina, componente estructural de los ácidos teicoicos y lipoteicoicos de la pared celular (Morales Areizaga, 2014)

El gen *lytA*, codifica la principal autolisina de *S. pneumoniae* una N-acetilmuramoil-L-alanina amidasa (NAMamidasa; LytA) responsable de la autólisis de *S. pneumoniae*, el gen *lytA* es de 957 pb, codifica proteínas de 318 aa. LytA es una proteína de la superficie bacteriana que interviene en la división celular cuando se produce la separación de las células hijas, además cumple un papel importante en la lisis inducida por beta lactámicos.

La proteína LytA está considerada como un importante factor de virulencia por la liberación de fragmentos de pared celular con gran potencial inflamatorio, la liberación de neumolisina (Ply), y de proteínas implicadas en la evasión del sistema inmune, la evasión de la inmunidad mediada por el complemento y degradación del C3b que se une a la superficie bacteriana (Morales Areizaga, 2014).

Klebsiella pneumoniae es una bacteria de forma bacilar con un tamaño entre 0.5 μm y 2.0 μm , gram negativa, anaerobia facultativa, inmóvil y usualmente encapsulada, no forma esporas, se encuentra colonizando la nasofaringe y el tracto gastrointestinal, se considera un patógeno oportunista responsable de infecciones nosocomiales (Shak, 2013) (Echeverri & Castaño, 2010).

Los seres humanos podemos ser portadores de *Klebsiella pneumoniae* por periodos extensos de tiempo, sin embargo corremos el riesgo de desarrollar la enfermedad o diseminar el agente etiológico en la comunidad y en ambientes hospitalarios, situación que se complica por la creciente resistencia a antibióticos que presenta la *Klebsiella pneumoniae*. En estudios realizados en el año 2008, en los cuales se aislaron cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de Beta lactamasas de espectro extendido (BLEE); se reportó altas frecuencias de BLEE: en Europa y Estados Unidos 9%, en Asia 25%, y en Sur América 45%, en Colombia 32% (Sánchez, 2008).

Pertenece al Reino Bacteria, filo Proteobacteria, clase Gammaproteobacteria, orden Enterobacteriaceae, género *Klebsiella*, especie *K. pneumoniae*. Generalmente, desarrolla una cápsula que actúa como factor determinante en la virulencia y de acuerdo con sus determinantes antigénicos se puede clasificar en 77 serotipos diferentes (GenBank).

K. pneumoniae consta de un cromosoma de 5.332.752 pb, el 57,5% de contenido de G + C, codifica para 5.316 proteínas putativas, lleva 87 ARNt, y 8 copias ARNr de 16S-23S-5S. Un total de 422 genes específicos fueron identificados (GenBank).

El gen codificante para KPC se localiza en plásmidos transferibles, en un transposón Tn4401 lo que permite una alta capacidad de transmisión y diseminación. El transposón Tn4401 de aproximadamente 10Kb, está flanqueado por un sitio diana 5-bp de la duplicación y posee genes que codifican transposasa y resolvasa con

dos nuevas secuencias de inserción (ISKpn6 y ISKpn7), el gen KPC se encuentra entre las dos secuencias de inserción del transposon.

Las carbapenemasas del tipo KPC, por *Klebsiella pneumoniae* presentan una importante actividad hidrolítica frente a prácticamente todos los antibióticos betalactámicos (Cifuentes, 2012) (Velásquez, 2013) (Seecoomar, 2013).

Klebsiella pneumoniae es la bacteria más asociado con la producción de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE), razón por la cual su resistencia a los antimicrobianos como las cefalosporinas de tercera generación. Estas cepas productoras de BLEE pueden a menudo presentar resistencia a los amino glucósidos y quinolonas. Las BLEE son el resultado de mutaciones en los genes de β -lactamasas como son TEM-1, TEM-2, SHV-1 y OXA, estos genes también se han identificado en los integrones que permiten integrar y expresar genes de resistencia localizados en cassettes genéticos de resistencia. Estos integrones pueden ubicarse en plásmidos, constituyendo una fuente de diseminación de genes BLEE (Díaz P. B., 2004).

En estudios realizados en el año 2008, en los cuales se aislaron cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de Beta lactamasas de espectro extendido (BLEE); se reportó altas frecuencias de BLEE: en Europa y Estados Unidos 9%, en Asia 25% y en Sur América 45%; en Colombia 32% (Sánchez, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la neumonía es responsable del 15% de las defunciones de menores de 5 años, afecta con frecuencia a niños, adultos mayores, inmunodeprimidos y personas con enfermedades catastróficas.

Un estudio microbiológico en México, con pacientes inmunocomprometidos que presentaban bronconeumonía se reportó que los microorganismos más frecuentes fueron: *Streptococcus pneumoniae* (40,5%), *Klebsiella pneumoniae* (14,8%) (Castellanos T. G., 2014).

En el años 2011 se reporto la bronconeumonía como la principal causa de morbilidad en el Ecuador, registrándose 34.778 casos de pacientes que fueron hospitalizados. La población susceptible de esta patología en nuestro país son los niños menores de 5 años y adultos mayores (INEC, 2011)

En el área de estadística del Hospital General de Macas se reportaron para el año 2015 un total de 185 casos de pacientes con diagnóstico de bronconeumonía bacteriana y en el año 2016 entre los meses de enero a marzo se presentaron 65 personas con esta patología.

Existen diferentes métodos de identificación bacteriana; entre los métodos convencionales tenemos: la Tinción de Gram, que permite diferenciar bacterias gram-positivas y gramnegativas; otro método es el cultivo de esputo y las pruebas bioquímicas que permiten aislar la bacteria utilizando agares enriquecidos para su identificación y sensibilidad a los antibióticos (Murray, 2014) (Castellanos T. G., 2014).

Actualmente se utiliza la Reaccion en cadena de la polimerasa que es una tecnica avanzada para la amplificacion y deteccion de genes, permitiendo la identificacion de las bacterias causantes de diversas patologías (Tamay de Dios, 2013).

Importancia del problema

La bronconeumonía es una enfermedad inflamatoria del pulmón, es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, afecta con mayor frecuencia a niños, adultos mayores, pacientes inmunodeprimidos, personas con enfermedades catastróficas. El principal agente etiológico de esta enfermedad es el *Streptococcus pneumoniae* y *Klebsiella pneumoniae* (Taboada, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2011, la bronconeumonía fue la principal causa de morbilidad en el Ecuador, reportándose un total de 34.778 casos de pacientes hospitalizados. Las provincias con mayor número de casos reportados en este año son las provincias de Guayas (20.3%), Pichincha (18.9%) y Azuay (7.9%), pero en la provincia de Morona Santiago se presentaron 88.8 por cada 10.000 casos (INEC, 2011).

En el Hospital General de Macas se observa un incremento significativo de pacientes diagnosticados con bronconeumonía bacteriana no especificada, ya que en el año 2015 se reportaron 185 casos y en el año 2016 en los meses de enero a marzo se diagnosticaron 65 casos, pues se desconoce con exactitud cual es el agente etiológico que predomina en las bronconeumonías adquiridas en la comunidad.

Lo cual ha generado preocupación en el personal de salud de dicho hospital, por esta razón el presente estudio es importante ya que generará información valiosa y con exactitud sobre el agente etiológico predominante en los pacientes con esta afección, de igual manera se aportará al médico al momento de escoger el tratamiento adecuado y oportuno.

En los últimos años las técnicas de identificación bacteriana han avanzado permitiendo detectar los agentes etiológicos de manera específica utilizando una técnica de biología molecular, la PCR (Reacción en cadena de la Polimerasa), la cual permite amplificar una secuencia específica de ADN utilizando la enzima ADN polimerasa y primers específicos para cada bacteria. (Tamay de Dios, 2013).

Por esta razón, con este trabajo se busca identificar mediante PCR, el agente etiológico de la bronconeumonía bacteriana no especificada en pacientes del Hospital General Macas durante el periodo de estudio.

Metodología

El presente estudio se realizó en el Hospital General de Macas, ubicado en las calles Eulalia Velín y Macas Fuente, en la ciudad de Macas, Provincia de Morona Santiago - Ecuador, donde se procedió a la toma de muestras de esputo a los pacientes con diagnóstico de bronconeumonía bacteriana no especificada. El procesamiento de las muestras mediante PCR, tuvo lugar en el Laboratorio de Biología Molecular de la Unidad de Investigación Forense y Biotecnología “Presidente Cordero” de la Universidad Católica de Cuenca, en la ciudad de Cuenca.

Se recogió un total de 35 muestras durante el periodo de estudio, de pacientes con edades comprendidas entre 15 a 91 años, de los cuales 16 fueron hombres y 19 mujeres, los mismos que tenían sintomatología de bronconeumonía. Las muestras de esputo se recogieron en envases estériles, mediante expectoración, previa instrucción al paciente para la toma de muestra según los protocolos establecidos por el área de Laboratorio de Microbiología, de este modo se garantiza la calidad de la muestra para el estudio. Las muestras se trasladaron al laboratorio, en donde se realizó la siembra en agar sangre y EMB. No se recolectó muestras de esputo en niños menores de 5 años, debido a la dificultad para obtener la muestra por expectoración y la irritabilidad de los pacientes hospitalizados.

Se incubó durante 24 horas a 37°C y se observó el crecimiento de las colonias de bacterias, de igual manera se sembró en los dos agares antes mencionados las cepas ATCC de: *Streptococcus pneumoniae* 49619, *Klebsiella pneumoniae* 1705 y *Staphylococcus aureus* 43300.

Se recogió colonias del cultivo en agar sangre y EMB por separado, con un asa bacteriológica en anillo estéril y se colocó en tubos eppendorf con 1ml de agua bidestilada estéril para la suspensión bacteriana. Llevamos a

centrifugación durante 10 minutos a 3000rpm, posteriormente descartamos el sobrenadante; y adicionamos 50µl de solución de lisis SDS 1% NaOH 0.25N; la extracción con SDS (Sodio dodecil sulfato) lisis alcalina, provoca lisis celular en presencia del NaOH que induce la alcalinización ya que es un detergente fuertemente aniónico, el ADN cromosómico y proteínas se separan mediante centrifugación (Prieto Álamo, López Barea, & Pueyo de la Cuesta).

Homogenizamos mediante vortex y llevamos a ebullición durante 15 minutos, luego se agregó 450µl de agua libre de nucleasas y se centrifugó durante 20 segundos, luego de la extracción las muestras fueron congeladas para posteriormente realizar la migración en el gel de agarosa.

Se realizó la amplificación por PCR del gen *lytA* para detectar la presencia de *S. pneumoniae* y del gen *KPC* para detectar la presencia de *K. pneumoniae*; la reacción se llevó a cabo con un set primers con secuencia de nucleótidos conocida del *lytA* de *S. pneumoniae*, Primer 1: *lytA* forward (5'- CAA CCG TAC AGA ATG AAG CGG -3)', y Primer 2 *lytA*: reverse (5'- TTA TTC GTG CAA TAC TCG TGC G -3'), que genera un amplicon de 319 bp; y, con un juego de primers del gen *KPC* de *K. pneumoniae*, Primer 1: *KPC* forward (5'- TACGGGGATTCGGGAACAGCA -3'), y Primer 2 *KPC*: reverse (5'- ACAAACCTCAATTGCTCTTCGGCT -3'), que generan un amplicon de 738 bp.

La reacción de amplificación se realizó conforme las instrucciones y recomendaciones del fabricante: GoTaq Hot Start Green Master Mix 2X: 10µl, upstream primer 10µM: 2µl, downstream primer 10µM: 2µl, ADN purificado 2µl y Nuclease-Free Water 4µl, obteniendo un volumen final de 20µl.

Los productos de la PCR fueron migrados por electroforesis, para lo cual preparamos un gel de agarosa al 1.5%, con 2.25gr de agarosa y adicionamos 150ml de TAE Buffer 1X y se agregó 7,5µl de Bromuro de Etidio como agente intercalante, las muestras se prepararon con el tampón de carga Blue Juice para ser migradas.

Resultados y Discusión

Durante el período de estudio se recolectó un total de 35 muestras las cuales fueron sembradas en los medios de cultivo agar sangre y EMB, aproximadamente el 25,71% (9 muestras) presentaron crecimiento bacteriano en el agar sangre y EMB, y en el 74,29% (26 muestras) no hubo crecimiento.

Del total de 9 muestras (77,78%) que presentaron crecimiento en el agar sangre y EMB, solamente 2 muestras (22,22%) fueron amplificadas por PCR para el gen *KPC* de *Klebsiella pneumoniae* y ninguna amplificó para el gen *lytA* de *Streptococcus pneumoniae*.

Imagen 1. La imagen de la electroforesis muestra los amplicones del gen *KPC* de la *Klebsiella pneumoniae* con un tamaño de 738pb, se utilizó un ladder de 1000pb, como control positivo la cepa Control *Klebsiella pneumoniae* ATCC 1705.

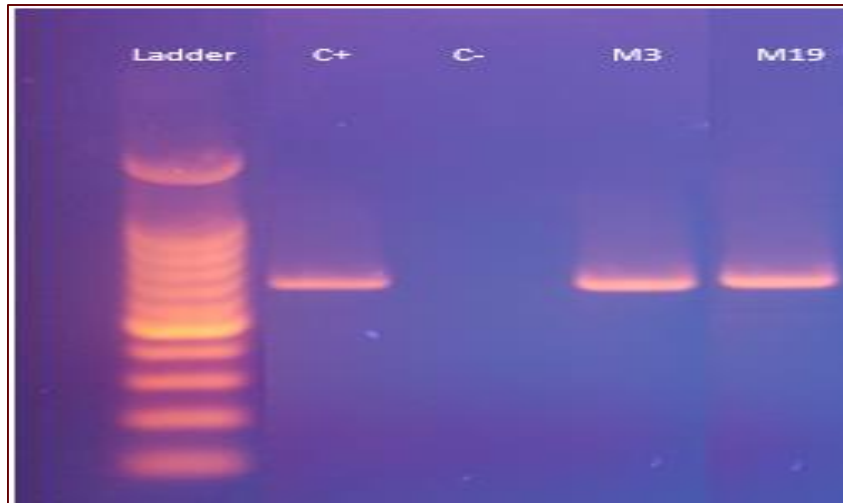
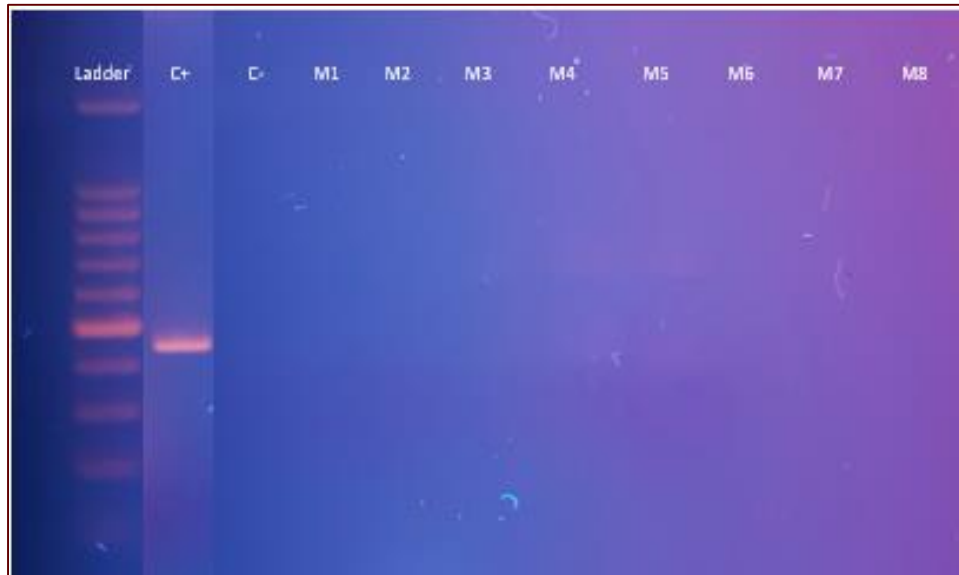


Imagen 2. La imagen de la electroforesis no muestra amplificación del gen *lytA* de *Streptococcus pneumoniae* con un tamaño de 319pb. No hubo amplificación de ADN en las muestras en estudio.



El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2011 reportó 34.778 casos de hospitalizados por bronconeumonía, en el Hospital General de Macas en el año 2015 se reportó un total de 185 casos de pacientes con diagnóstico de bronconeumonía bacteriana y en el año 2016 entre los meses de enero a marzo se presentaron 65 personas con esta patología, lo que indica que hay un aumento significativo de bronconeumonía en esta casa de salud.

Actualmente la mayoría de las bronconeumonías en el Hospital General de Macas son diagnosticadas clínicamente por los médicos, recientemente se están realizando cultivos microbiológicos para la detección de los patógenos y la sensibilidad a los antibióticos, sin embargo, la aplicación de la PCR permite la detección de genes específicos de los microorganismos e incluso se puede detectar mutaciones que les confieren la resistencia a los antimicrobianos.

La detección del patógeno causante de bronconeumonía en pacientes del Hospital General Macas en este estudio fue *Klebsiella pneumoniae*, sin embargo, se debe ampliar el periodo de estudio y detectar genes específicos de otros agentes patógenos, para apoyar al médico con el diagnóstico oportuno.

Comparando los datos obtenidos en el presente estudio con los realizados en México, en donde se reportó que los microorganismos más frecuentes fueron: *Streptococcus pneumoniae* (40,5%) y *Klebsiella pneumoniae* (14,8%), en el el Hospital General Macas se encontró la presencia de *Klebsiella pneumoniae* en 2 muestras (22,22%) de 9 muestras positivas; lo que indica que la Bronconeumonía en esta zona se debe exclusivamente a las bacterias mencionadas en este estudio. Al contrario, la Bronconeumonía presenta agentes etiologicos diversos con una notable presencia de hongos.

Las condiciones climáticas y la humedad de la zona, asociadas a las costumbres y cultura de la población shuar (hacinamiento, humo provocado por la cocción de los alimentos utilizando leña, y la ubicación de sus comunidades en lugares alejados de los centros de salud) aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias principalmente la Bronconeumonía.

Conclusión

En el presente estudio se aislaron los patógenos presentes en las muestras de esputo de los pacientes con bronconeumonía bacteriana no especificada que acudieron al Hospital General Macas, mediante cultivos de agar sangre y EMB.

Se realizó la PCR para el gen *lyt A* de *Streptococcus pneumoniae* y KPC para *Klebsiella pneumoniae*, utilizando primers específicos para cada gen y cepas controles positivas y negativas ATCC.

En este estudio se identificó 2 muestras positivas para el gen KPC de *Klebsiella pneumoniae* y no se obtuvo ninguna muestra amplificada para el gen *lytA* de *Streptococcus pneumoniae*. Las otras 7 muestras positivas correspondieron diversos gérmenes entre ellos *Staphylococcus aureus*, *Moraxella Catarralis* y Hongos; esto pone de manifiesto que los hongos también son causantes de esta enfermedad en nuestro medio.

Es importante la identificación del agente etiológico de esta patología para contribuir al médico antes de escoger el tratamiento para la bronconeumonía bacteriana y es el primer estudio realizado en pacientes con diagnóstico de bronconeumonía en la ciudad de Macas.

Agradecimiento

A los Directivos del Hospital General de Macas por permitirnos llevar a cabo este estudio a la Universidad Católica de Cuenca por permitirnos ocupar las instalaciones del Laboratorio de Biología Molecular para desarrollar los análisis respectivos.

Referencias bibliográficas

- Abate, H. A. (1999). Morbimortalidad de las meningitis bacterianas infantiles, no neonatales. . Arch argent pediatr, 300.
- Alemán Mondeja, L. &. (2001). Etiología de la infección del sitio quirúrgico en pacientes egresados del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán" Enero a marzo del 2000. . Revista Cubana de Cirugía, 291-296.
- Brooks, G. F. (2002). Microbiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg.

- Carrada-Bravo, T. (2016). Investigación de la transformación de *Streptococcus pneumoniae* en el laboratorio, y el nacimiento de la genética bacteriana y la biología molecular. *Revista chilena de infectología*, 61-65.
- Castellanos, T. G. (2014). Castellanos, T. G., Motas, I. M., Rodríguez, D. S., Monrás, M. P., & Ávila, J. P. (2014). Utilidad del estudio microbiológico por métodos no invasivos para el diagnóstico de neumonía bacteriana en pacientes con VIH/sida. . *Panorama Cuba y Salud*, 13-19.
- Castellanos, T. G. (2014). Utilidad del estudio microbiológico por métodos no invasivos para el diagnóstico de neumonía bacteriana en pacientes con VIH/sida. . *Panorama Cuba y Salud*, 13-19.
- Chaves Puertas, J. (06 de 05 de 2002). CARACTERIZACION MOLECULAR DEL GEN DE LA B-LACTAMASA SHV-1 EN *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*. Barcelona, España.
- Cifuentes, M. G. (2012). Primer caso de detección de blaK_{pc} en Chile: desde Italia a un hospital público de Santiago. *Revista Chilena de infectología*, 224-228.
- De Souza Santos, G. (s.f.). Ebah. Obtenido de Ebah: http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfd_MAG/manual-microbiologia
- Díaz, F. L. (2005). Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. . *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 117-131.
- Díaz, P. B. (2004). Resistencia a gentamicina, amikacina y ciprofloxacina en cepas hospitalarias de *Klebsiella pneumoniae* subespecie *pneumoniae* productoras de β -lactamasas de espectro extendido. *Revista medica de Chile*, 1173-1178.
- Echevarría-Zarate, J. S.-P. (2006). Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta médica peruana*, 26-31.
- Echeverri, L., & Castaño, J. C. (2010). *Klebsiella pneumoniae* como patógeno intrahospitalario: epidemiología y resistencia. *IATREIA*.
- Frías, J. G.-R. (1998). Tratamiento antibiótico empírico inicial de la neumonía adquirida en la comunidad. . *Rev Esp Quimioter*, 255-261.
- Galiano, M. J. (2004). Caracterización genética de la ATPasa F_{0F1} de "*Streptococcus pneumoniae*": blanco de acción de antimicrobianos. Universidad Complutense de Madrid.
- García-Elorriaga, G. P.-A.-B.-V.-T.-P. (2015). Microbiología de lavado broncoalveolar en lactantes con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad de mala evolución. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 307-312.
- Gholamhosseini-Moghaddam, T. R. (2015). Detection of *lytA*, *pspC*, and *rrgA* genes in *Streptococcus pneumoniae* isolated from healthy children. *Iranian journal of microbiology*, 156.
- Guía para el tratamiento de enfermedades infecciosas. (2004). Organización Panamericana de la Salud, 1-65.
- Hortal, M. R. (2000). Impacto de *Streptococcus pneumoniae* en las neumonías del niño latinoamericano. Grupo SIREVA-Vigía. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*.
- INEC. (2011). Neumonía: principal causa de morbilidad en el Ecuador, año 2011. *Revista E-analisis*. Ecuador
- Jawetz. (2002). *EMicrobiología médica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. El manual moderno.
- Jordá, M. e. (2004). Recomendaciones para el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria grave. *Med Intensiva*, 262-278.
- López Vargas, J., & Echeverri, L. (2010). *K. pneumoniae*: ¿la nueva "superbacteria"? Patogenicidad, epidemiología y mecanismos de resistencia. *IATREIA*.
- Morales Areizaga, M. (2014). Estudios moleculares del gen " *IytA*" de "*Streptococcus pneumoniae*", y otros estreptococos relacionados, y su aplicación en epidemiología. Madrid.
- Moreno, C. G. (2009). Mecanismos de resistencia antimicrobiana en patógenos respiratorios. . *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 185-192.
- Murray, P. R. (2014). *Microbiología Médica*. Mexico DF.: Mc Graw Hill.

- Noda Albelo, A. V. (2011). *Streptococcus pneumoniae*, mecanismos de resistencia antimicrobiana. *Revista Cubana de Pediatría*, 288-295.
- OMS. (NOVIEMBRE de 2015). NEUMONIA. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
- Padilla Chumacero, M. N. (2013). KLEBSIELLA PNEUMONIAE: AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS HOSPITAL" JAIME MENDOZA". *CNS SUCRE*. . *Archivos Bolivianos de Medicina*.
- Pérez, G. M. (2013). Infecciones invasivas por *Streptococcus pneumoniae* en un hospital pediátrico de tercer nivel antes de la introducción de la vacuna conjugada. *Arch Argent Pediatr*.
- Preado, V. (2001). Conceptos microbiológicos de *Streptococcus pneumoniae*: BASIC MICROBIOLOGICAL ASPECTS. *Revista chilena de infectología*, 6-9.
- Ramos, V. D. (2014). Mobile genetic elements associated with erythromycin-resistant isolates of *Streptococcus pneumoniae* in Colombia. . *Biomédica*, 209-216.
- Sánchez, L. R. (2008). Detección de beta-lactamasas de espectro extendido en *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* aislados en una clínica de Villavicencio. Colombia. *Infectio*, 193-200.
- Seecoomar, G. D. (2013). Promoter Deletions of *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase (KPC)-Encoding Genes (*blaKPC-2*) and Efflux Pump (*AcrAB*) on β -Lactam Susceptibility in KPC-Producing *Enterobacteriaceae*. *FEMS Microbiology Letter*.
- Sierra Fernández, H. S. (2004). Otitis media: conceptos actuales. *Acta Médica Costarricense*, 125-131.
- Sociedad Española de Quimioterapia y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. (2003). Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la sinusitis. *Rev Esp Quimioterap*, 239-251.
- Tamay de Dios, L. I. (2013). Fundamentos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y de la PCR en tiempo real. . *Investigación en discapacidad*, 70-78.
- Tortora, G. J. (2007). *Introducción a la microbiología*. Ed. Médica Panamericana.
- Velásquez, J. H. (2013). *Klebsiella pneumoniae* resistente a los carbapenemes. Primer caso de carbapenemasa tipo KPC en Perú. . *Rev Soc Peru Med Interna*, 193.
- Whatmore, A., & Dowson, C. (1999). The Autolysin-Encoding Gene (*lytA*) of *Streptococcus pneumoniae* Displays Restricted Allelic Variation despite Localized Recombination Events with Genes of Pneumococcal Bacteriophage Encoding Cell Wall Lytic Enzymes. *Infection and Immunity*, 4551-4556.

CAPÍTULO IV

MEDICINA LABORAL Y DEL TRABAJO



Enfermedades laborales en el cuerpo de bomberos

Lenin Byron Mendieta Toledo

Heidy Teresa Vargas Cevallos

Resumen

El objetivo determinar los factores de riesgo y prevalencia de enfermedades ocupacionales del cuerpo de bomberos ciudad de Guayaquil, la metodología seguida fue de tipo descriptiva, cualitativa, arrimada al paradigma médico social, se analizaron a través de la encuesta los factores de riesgo que se encuentran los bomberos y se recolectó la información de las fichas médicas de los estudiados. Los resultados obtenidos fueron que el 40% indicó que existe en su cuartel riesgos de caídas de altura y en suelo raso; Un 39,5% manifestó que no existen riesgos de recibir golpes; el 32% indicó que existe riesgos de inhalación y absorción de productos químicos biológicos; el 58,8% manifestó que existe riesgo de contaminación con productos del ambiente: hongos, bacterias, etc. Las conclusiones a las que se llegó fueron que los factores de riesgo inciden en las enfermedades laborales en los bomberos de Guayaquil, que los mayores porcentajes de factores de riesgo están en la existencia de trastornos psicológicos, riesgos de hipertermia e hipotermia, seguidos de riesgos de inhalación y absorción de productos químicos – biológicos; la prevalencia de enfermedades laborales se presenta en porcentajes de 7,6% por inhalación de productos químicos; 9,8% de bacterias, hongos o virus.

Palabras claves: factores de riesgo; enfermedades ocupacionales; cuerpo de bomberos.

Abstract

The objective was to determine the risk factors and prevalence of occupational diseases of the city of Guayaquil, the methodology followed was descriptive, qualitative, approach to the social medical paradigm, were analyzed through the survey the risk factors found the firemen and collected the information of the medical records of those studied. The results obtained were that 40% indicated that there are risks of falls in height and in the ground; 39.5% stated that there were no risks of being hit; 32% indicated that there are risks of inhalation and absorption of biological chemicals; 58.8% stated that there is a risk of contamination with environmental products: fungi, bacteria, etc. The conclusions reached were that risk factors affect occupational diseases in Guayaquil firefighters, that the highest percentages of risk factors are in the existence of psychological disorders, risks of hyperthermia and hypothermia, followed by risks of Inhalation and absorption of chemicals - biological; The prevalence of occupational diseases is presented in percentages of 7.6% by inhalation of chemical products; 9.8% of bacteria, fungi or virus.

Keywords: risk factors; Occupational diseases; fire brigade.

Introducción

La salud y el trabajo, están íntimamente vinculados, el riesgo de realizar una actividad y perder la salud se presentan día a día dependiendo de la actividad o trabajo que se encuentre realizando el ser humano. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El trabajo es salud, se escucha y lee por todos lados, pero no se escucha decir que se entiende por trabajo y salud, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1946) el trabajo “es toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretada”, este organismo es una agencia anexada a la ONU desde 1946. Los trabajos sean de cualquier tipo, entrañan riesgos y estos deben ser tomados en

cuenta a la hora de realizar una tarea, los factores de riesgo en el trabajo se manifiestan en características y escalas de gravedad diferentes, “esto supone un alto coste personal social y claro está económico” (Zazo Díaz, 2015).

El ser bombero requiere realizar algunas actividades: extinción de incendios, búsqueda, salvamento, rescate y siniestros, además, de receptoría, vigilancia, enfermería, cocina, conducción de los vehículos bomberiles, etc. Todas estas labores se encuentran sujetas a ciertos factores de riesgo, la pérdida de la salud, llamada en este caso salud ocupacional, “la salud ocupacional y el bienestar de las personas que trabajan son requisitos fundamentales para la productividad, son de suma importancia para el desarrollo socioeconómico y sostenible en general” (OMS, 2015).

Estudios realizados en algunos países (Aranda Beltrán y col. 2013; Frutos y col. 2013; Gil Estévez 2013), demuestran que los factores de riesgo en el trabajo existen en todos los contextos, sean estos de cualquier oficio. Por ello a nivel mundial existen organismos encargados de velar por la salud laboral, están vigilantes de los gremios de trabajadores y con estos los bomberos (Guidance on risk assessment at work, 2014; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2012; Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013). La responsabilidad social del estado frente a los trabajadores, en este caso particular los bomberos, ha permitido que se generen una serie de normativas que velan por la salud laboral de estos, sin embargo los factores de riesgo siempre van a estar presentes.

Los factores de riesgo en los bomberos de Ecuador, son varios (Morejón, 2015), para poder prevenir estos riesgos profesionales, hay que tomar en cuenta varios componentes como el número de bomberos del cuartel, la actividad que están destinados a hacer, la organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas que poseen, etc. Todo esto constituye el presupuesto logístico que debe tener la institución, con ello se empieza a generar una evaluación diagnóstica del objeto de estudio, se diseña una hoja de ruta de tareas, acciones y estrategias que estarán cobijadas en un plan de disminución de los factores de riesgo laboral. Este plan deberá estar inscrito en el plan operativo anual de los bomberos y enmarcado en el plan operativo mensual. A esto se lo conoce como diseño y planificación estratégica.

La prevalencia de enfermedades laborales es tema de preocupación para la empresa y la seguridad social. Existe una disminución de la actividad relacionada con el trabajo, indica el estudio (Goday-Arnó, y otros, 2013), el alto índice de baja laboral por enfermedad es sinónimo de pobreza en general, aquella persona que prevalece con las patologías laborales, como por citar un ejemplo la obesidad, que es una patología adquirida y que va a más, el trabajador que está por encima del 24.5 de índice de masa corporal (IMC), no tendrá la misma habilidad y agilidad para desempeñarse en el contexto laboral, si el trabajo es manual, así en el caso de los bomberos, estos deben estar acondicionados física y mentalmente, cuando su IMC es superior a lo normal, disminuye en funcionalidad.

La prevalencia de enfermedades en los bomberos puede trasladarse y permanecer en el tiempo, en el estudio *Bronchial Reactivity and Lung Function after World Trade Center Exposure* (Aldrich, y otros, 2016/7/18; Yip , y otros, 2016), se reflejan las prevalencias de la reactividad bronquial en el primer caso y de condiciones adversas en la salud física y mental en el otro caso, algunos diagnosticados con EBPOC, rinosinusitis crónica y reflujo gastroesofágico. La contaminación de las vías respiratorias en los bomberos que acuden a la labor de apagar incendios, es inminente, el permanecer por varias horas en el lugar del siniestros a pesar de llevar mascarillas, se constituye en un altísimo factor de riesgo de adquirir patologías y de su prevalencia en el

tiempo. Otros estudios (Aldrich, y otros, 2016), reflejan la prevalencia de enfermedades en bomberos trece años después del suceso, en la deficiencia de la función pulmonar de quienes estuvieron expuestos por más tiempo a los gases CO₂. El déficit pulmonar presente en los bomberos que atendieron el incendio, va acompañado de una deficiente producción de oxígeno y con ello mal acondicionamiento de la función aeróbica, en la sumatoria de consecuencias queda como producto final, el mal desempeño en acciones propias del bombero.

Existen conclusiones de estudios sobre los accidentes que se producen en los cuarteles de los bomberos, estos son más frecuentes que los que se producen en la labor de control de incendios, rescate, primeros auxilios, etc. (Pawlak y col., 2016), posiblemente una de las causas para que se produzca este fenómeno se debe a la falta de preparación y concentración en los cuarteles, la falta de protocolos de prevención de los factores de riesgo en los cuarteles de bomberos. La falta de concentración de los miembros que se encuentran de turno en los recintos, al sentirse seguros en su nicho de confort, estos se descuidan, suelen sufrir accidentes que están dentro de los denominados accidentes laborales y con ello las enfermedades ocupacionales.

Las lesiones que se producen en los bomberos, en la mayoría de las ocasiones pasan desapercibidas por la sociedad (Poplin y col., 2012), éstas lesiones que no son otra cosa que enfermedades ocupacionales, se pueden generar debido al transporte de pacientes, ejercicio físico. Además, de las mencionadas se encuentran las lesiones como quemaduras, asfixias, intoxicaciones, etc. Esto se constituye en factores de riesgo y las enfermedades en muchas ocasiones prevalecen en el tiempo. Es pertinente determinar la mayor cantidad de riesgos que se pueden producir en el cuartel de bomberos, evidencias con los resultados de las revisiones de fichas clínicas para de esta manera contribuir desde el empoderamiento del objeto de estudio, a solucionar esta situación, recordando que la medicina a día de hoy, pretende dejar de ser curativa y convertirse en preventiva.

Los incendios son la causa de mayor cantidad de lesiones en los bomberos del mundo entero. En un estudio realizado para determinar la relación entre incendios y lesiones de los bomberos (Britton y col., 2013), se pudo evidenciar que no existe relación entre el número de siniestros atendido por los bomberos, las lesiones que ellos presentan, como se menciona en párrafos anteriores la mayor incidencia de lesiones y enfermedades, se generan en los cuarteles de los bomberos. Constituyéndose el cuartel en un factor determinante causal de otros factores (factores de riesgo). Si las evidencias de estudios serios determinan que en los cuarteles se presentan el mayor número de lesiones, es pertinente realizar la contrastación del objeto de estudio en el contexto local.

Metodología

Investigación de tipo descriptiva, cualitativa, se realizó el análisis de las diferentes fuentes documentales, bibliográficas relacionadas con los riesgos y las enfermedades laborales de los bomberos, se trabajó el método Inductivo-deductivo con la observación y registro de los hechos, en el lugar mismo de trabajo de los bomberos, se analizó el problema objeto de estudio. Se realizó una inferencia a partir de los resultados.

Se utilizó la encuesta a los bomberos in situ. Se revisó y analizó las fichas médicas de los bomberos.

El universo fueron 654 bomberos de la ciudad de Guayaquil y la muestra de 243, pertenecientes a los diferentes cuarteles de la ciudad, se tomaron en cuenta las normas éticas de Helsinki, si bien no se realizó una intervención en los bomberos, ellos merecen el tratamiento, se tomó en cuenta los criterios de ética de la

Universidad de Guayaquil aprobados en el documento oficial del PEDI Prospectivo 2016-2030 (Departamento de planificación de la Universidad de Guayaquil, 2016).

Resultados

Tabla 1: Existe en su cuartel riesgos de caídas de altura y en suelo raso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	98	39,8	40,3	40,3
	En desacuerdo	89	36,2	36,6	77,0
	Indiferente	14	5,7	5,8	82,7
	Muy de acuerdo	24	9,8	9,9	92,6
	Completamente de acuerdo	18	7,3	7,4	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos el 39.8% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgos de caídas de altura, en suelo raso dentro del cuartel, mientras que el 36.2% alegan estar en desacuerdo, el 5.7% le es indiferente esta situación, el 9.8% se muestra muy de acuerdo y el 7.3% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de lugares de riesgos que pueden provocar caídas de altura y en suelo raso. Demostrando que existen problemas dentro del cuartel que pueden ocasionar accidentes.

Tabla 2: Existe riesgo de golpes con maquinaria en movimiento y estática

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	96	39,0	39,5	39,5
	En desacuerdo	89	36,2	36,6	76,1
	Indiferente	32	13,0	13,2	89,3
	Muy de acuerdo	14	5,7	5,8	95,1
	Completamente de acuerdo	12	4,9	4,9	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 39% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de golpes con maquinaria en movimiento y estática, mientras que el 36.20% alegan estar en desacuerdo, el 13% le es indiferente esta situación, el 5.7% se muestra muy de acuerdo y el 4.9 % restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de lugares de riesgo de golpes con maquinaria en movimiento y estática.

Tabla 3: Existe riesgo de inhalación y absorción de productos químicos – biológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	78	31,7	32,1	32,1
	En desacuerdo	24	9,8	9,9	42,0
	Indiferente	20	8,1	8,2	50,2
	Muy de acuerdo	83	33,7	34,2	84,4
	Completamente de acuerdo	38	15,4	15,6	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos el 31.7% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgos de inhalación y absorción de productos químicos - biológicos, mientras que el 9.8% alegan estar en desacuerdo, y el 8.1% le es indiferente esta situación, el 33.7% se muestra muy de acuerdo y el 15.4% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgos de inhalación y absorción de productos químicos – biológicos

Tabla 4: Existe riesgo de contaminación con productos del ambiente: hongos, bacterias, etc.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	143	58,1	58,8	58,8
	En desacuerdo	48	19,5	19,8	78,6
	Indiferente	20	8,1	8,2	86,8
	Muy de acuerdo	20	8,1	8,2	95,1
	Completamente de acuerdo	12	4,9	4,9	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos, al 58.1% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de contaminación con productos del ambiente: hongos, bacterias, etc. Mientras que el 19.5% alegan estar en desacuerdo, el 8.1% le es indiferente esta situación, el 8.1% se muestra muy de acuerdo y el 4.9% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgo de contaminación con productos del ambiente: hongos, bacterias, etc.

Tabla 5: Riesgo de lesiones físicas por levantamiento de pesos en mala posición de carga

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	89	36,2	36,6	36,6
	En desacuerdo	102	41,5	42,0	78,6

Indiferente	12	4,9	4,9	83,5
Muy de acuerdo	21	8,5	8,6	92,2
Completamente de acuerdo	19	7,7	7,8	100,0
Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 36.2% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de lesiones físicas por levantamiento de pesos en mala posición de carga, mientras que el 41.5% alegan estar en desacuerdo, el 4.9% le es indiferente esta situación, el 8.5% se muestra muy de acuerdo y el 7.7% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgo de lesiones físicas por levantamiento de pesos en mala posición de carga.

Tabla 6: Existen riesgos de trastornos psicológicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	12	4,9	4,9	4,9
	En desacuerdo	120	48,8	49,4	54,3
	Indiferente	10	4,1	4,1	58,4
	Muy de acuerdo	45	18,3	18,5	77,0
	Completamente de acuerdo	56	22,8	23,0	100,0
	Total	243	100,0	100,0	

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 4.9% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgos de trastornos psicológicos, mientras que el 48.8% alegan estar en desacuerdo, el 4.1% le es indiferente esta situación, el 18.3% se muestra muy de acuerdo y el 22.8% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgos de trastornos psicológicos.

¿Existe riesgo de electrocución, vibración y radiación?

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 30.1% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de electrocución, vibración y radiación; mientras que el 56.9% alegan estar en desacuerdo, el 4.5% le es indiferente esta situación, el 4.1% se muestra muy de acuerdo y el 3.3% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgo de electrocución, vibración y radiación.

¿Existe riesgo de hipertermia e hipotermia?

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 17.5% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de hipertermia e hipotermia; mientras que el 36.2% alegan estar en desacuerdo, el 4.9% le es indiferente esta situación, el 18.3% se muestra muy de acuerdo y el 22% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgo de hipertermia e hipotermia.

¿Existe riesgo de incendio en el cuartel?

En la encuesta aplicada a los bomberos, el 29.3% afirmó encontrarse muy en desacuerdo en cuanto a la existencia de riesgo de incendio en el cuartel, mientras que el 41.5% alegan estar en desacuerdo, el 4.9% le es indiferente esta situación, el 18.3% se muestra muy de acuerdo y el 4.9% restante afirma estar completamente de acuerdo con la existencia de riesgo incendio en el cuartel.

Resultados de la ficha médica

En los resultados de la ficha médica realizada, de la muestra aplicada a los bomberos el 9,1% indicó haber sufrido fracturas, esguinces o luxaciones producto de caídas, el 4,1% sufrió politraumatismos craneoencefálicos, el 7,4% se vieron afectados por Intoxicación por inhalación de productos químicos; el 9,9% adoleció Candidiasis, gripes, herpes y otros, el 16% padeció hernias discales y/o abdominales, el 1,6% se vio afectado por depresión, estrés y cansancio emocional, el 0,8% padecieron quemaduras por electrocutamiento, el 0,4% experimentaron hipertermia e hipotermia por temperaturas, el 1,6% padecieron quemados, el 19,8% sufrieron enfermedades no laborales y el 29,2% no se vio afectado por Ninguna enfermedad.

Discusión y conclusiones

Si bien el ser bombero requiere realizar algunas actividades que conllevan a riesgos, es pertinente tomar en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud, sobre salud ocupacional (OMS, 2015). Otros estudios a nivel mundial en relación a que los factores de riesgo existen en todos los contextos (Aranda Beltrán y col. 2013; Frutos y col. 2013; Gil Estévez 2013), permiten afianzar los resultados del realizado en Guayaquil por los autores. Siendo necesario que organismos velen por la salud ocupacional de los trabajadores y con estos los bomberos (Guidance on risk assessment at work, 2014; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2012; Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador, 2013).

Hay que tomar en cuenta los factores de riesgo que son varios (Morejón, 2015), por ello la encuesta del presente estudio pretendió identificar algunos de ellos y la prevalencia de las enfermedades coincidiendo con los resultados del estudio Bronchial Reactivity and Lung Function after World Trade Center Exposure (Aldrich, y otros, 2016/7/18; Yip , y otros, 2016), otros estudios (Aldrich, y otros, 2016), que reflejan la prevalencia de enfermedades en bomberos hasta trece años. Se coincide con el estudio de los accidentes que se producen en los cuarteles de los bomberos (Pawlak y col., 2016).

Se concluye que los factores de riesgo tienen relación con la prevalencia de enfermedades laborales en los bomberos de la ciudad de Guayaquil-Ecuador. Que es necesario realizar planes de acción de prevención de riesgos laborales en todos los cuarteles y elaborar una guía para que los miembros del cuerpo de bomberos lo tengan presente.

Referencias bibliográficas

- Aldrich , T., Vossbrinck, M., Zeig-Owens, R., Hall, C., Schwartz , T., Moir, W., y otros. (13 de Junio de 2016). Lung Function Trajectories in World Trade Center-Exposed New York City Firefighters Over 13 Years: The Roles of Smoking and Smoking Cessation. (PUBMED, Ed.) *PUBMED*.
- Aldrich, T., Weakley, J., Dhark, S., Hall, C., Crosse, T., Banauch, G., y otros. (2016/7/18). Bronchial Reactivity and Lung Function after World Trade Center Exposure. *PUBMED. US National Library of Medicine National Institutes of Health*.
- Aranda Beltrán, C., González Baltazar, R., Pando Moreno, M., & Hidalgo Santacruz, G. (2013). Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Salud Uninorte*, 487-500.
- Barger, L., Rajaratnam, S., Wang, W., O'Brien, C., Sullivan, J., Sallin, Q., y otros. (15 de marzo de 2015). Common sleep disorders increase risk of motor vehicle crashes and adverse health outcomes in firefighters. *PUBMED. Journal Clinical Sleep Medicine*.
- Britton, C., Lynch , C., Torner, J., & Peek-Asa, C. (23 de 2 de 2013). Fire characteristics associated with firefighter injury on large federal wildland fires. *PUBMED. Annals of Epidemiology*, 37-42.

Frutos, C., Delclós, J., García, A., & Pérez, E. (2013). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Elsevier.

Gil Estevez, J. M. (14 de 11 de 2013). Protección de los trabajadores frente al riesgo de exposición a radiaciones ionizantes en la industria de fosfatos en Portugal. *Protección de los trabajadores frente al riesgo de exposición a radiaciones ionizantes en la industria de fosfatos en Portugal*. León, León, España.

Goday-Arnó, A., Calvo-Bonacho, E., Sánchez-Chaparro, M.-Á., Gelpi, J.-A., Sainz, J., Santamaría, S., y otros. (2013). Alta prevalencia de obesidad en una población laboral en España . *Endocrinología y Nutrición*. Elsevier *Doyma*, 173-178.

Guidance on risk assessment at work. (2014). *Guidance on risk assessment at work - EU-OSHA*. Recuperado el 6 de 9 de 2016, de <https://osha.europa.eu/en/topics/riskassessment/guidance.pdf>

Machado, B., & Guilherme, P. (15 de 6 de 2014). Indicadores de salud y enfermedad laboral en una muestra multiocupacional. *Indicadores de salud y enfermedad laboral en una muestra multiocupacional*. Madrid, Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.

Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador. (2013). *Modelo Plan Mínimo Prevención de Riesgos - Ministerio del Tra*. Recuperado el 6 de 9 de 2016, de www.trabajo.gob.ec/.../Modelo-Plan-Mínimo-Prevencion-de-Riesgos.pdf

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. (2012). *Evaluación de Riesgos Laborales - Instituto Nacional de Seguridad e ...* Recuperado el 6 de 9 de 2016, de www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../Guias_Ev_Riesgos/.../Evaluacion_riesgos.pdf

MOREJÓN, D. M. (31 de marzo de 2015). FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES EN EL PERSONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL CUERPO DE BOMBEROS QUE LABORA EN EL SISTEMA INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU 911. *FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES EN EL PERSONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL CUERPO DE BOMBEROS QUE LABORA EN EL SISTEMA INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU 911*. Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.

OIT. (1946). *Organización Internacional del Trabajo - OIT | Sistema de las ...* Recuperado el 6 de 9 de 2016, de Organización Internacional del Trabajo - OIT | Sistema de las ...: <http://www.onu.cl/onu/sample-page/agencias-fondos-y-programas/oit/>

OMS. (22 de julio de 1946). *OMS | Preguntas más frecuentes - World Health Organization*. Recuperado el 6 de 9 de 2016, de OMS | Preguntas más frecuentes - World Health Organization: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS. (7 de 2011). *OMS | Salud de los trabajadores*. Recuperado el 3 de 9 de 2016, de www.who.int/topics/occupational_health/es/

OMS. (2015). *Occupational health*. Recuperado el 3 de 9 de 2016, de Occupational health: http://www.wpro.who.int/topics/occupational_health/en/

Organización Mundial de la Salud. (22 de 7 de 1946). *OMS | Preguntas más frecuentes - World Health Organization*. Recuperado el 3 de 9 de 2016, de OMS | Preguntas más frecuentes - World Health Organization: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Pawlak , A., Gotlib, J., & Galazkowski , R. (2016). The analysis outlining the occurrence and consequences of accidents in the work environment of the firefighters employed by the State Fire Service in Poland in 2008-2013. *PUBMED. Medycyna Pracy* , 1–9.

Poplin , G., Harris , R., Pollack, K., Peate , W., & Burge. (18 de 8 de 2012). Beyond the fireground: injuries in the fire service. *PUBMED. Injury Prevention*, 228-233.

Yip , J., Webber , M., Zeig-Owens, R., Vossbrinck, M., Singh , A., Kelly, K., y otros. (2016). FDNY and 9/11: Clinical services and health outcomes in World Trade Center-exposed firefighters and EMS workers from

2001 to 2016. *PUBMED.* , 695-708.

Zazo Díaz, P. (2015). *Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad y Salud Laboral.* Asturias: Ediciones Nobel.

CAPÍTULO V

MEDICINA CHINA



Flavonoides y glucósidos de verbena litoralis

Carmen Elizabeth Silverio

Universidad Técnica de Machala

csilverio@utmachala.edu.ec

Resumen

La Verbena Litoralis, es una importante planta medicinal ancestral de Ecuador, se reporta su evaluación fitoquímica para determinar flavonoides y glucósidos presentes, utilizando el método gravimétrico con técnicas de prensado, tamizaje fitoquímico y extracción líquido-líquido. La humedad en *Verbena Litoralis* de costa y sierra es baja; las cenizas totales es mayor en verbena de la sierra comparada con verbena de la costa a excepción de la raíz donde se presenta lo contrario. Las cenizas solubles son cercanas entre ambas verbenas, a excepción de las hojas de la verbena de la costa donde su porcentaje es mayor comparado con verbena de la sierra; las cenizas insolubles se ajustan a los parámetros normales en el caso de las dos verbenas a excepción de las hojas que en ambas sobrepasan el parámetro del 2%. El tamizaje fitoquímico evidenció presencia de flavonoides y glucósidos. No se evidenció glucósidos cianogénicos en las Verbenas Litoralis estudiadas. Las Verbenas litoralis del Ecuador no poseen glicósidos cianogénicos. Palabras claves: Flavonoides, Glucósidos, Metabolitos, Verbena Litoralis.

Palabras claves: Verbena litoralis, flavonoides, glucósidos, nutrición, fitoterapia, metabolitos.

Abstract

The Verbena Littorals is an important ancestral medicinal plant of Ecuador, its phytochemical evaluation is reported to determine the flavonoids and carbohydrates present, using the gravimetric method with pressing techniques, phytochemical screening and liquid-liquid extraction. The humidity of the Verbena Littorals in the coastal and highland regions is relatively low; The total ash is greater in the Verbena of the mountain region compared to the Verbena of the coastal region except for the root where it is presented the opposite. The soluble ashes are close between the two verbenas, except for the leaves of the verbena of the coastal region where its percentage is greater compared with Verbena of the mountain range compared with Verbena of the mountain region; The insoluble ash is adjusted to the normal parameters in the case of the Verbenas with the exception of the leaves that in both surpass the parameter of 2%. Phytochemical screening evidenced in the presence of flavonoids and carbohydrates. No Cyanogenic glycosides were observed in the studied Verbenas Litoralis, The Verbena Litoralis of Ecuador do not possess cyanogenic glycosides.

Keywords: Verbena litoralis, flavonoids, glycosides, nutrition, phytotherapy, metabolites.

Introducción

Desde el año 2002 el estudio de la familia verbenácea, tomó fuerza debido a las múltiples propiedades que éstas ofrecen, sin embargo en Ecuador Verbena litoralis es muy conocida en el medio de medicina ancestral, pero escasamente estudiada.

En Ecuador se han realizado estudios de la flora de la amazonía y sierra ecuatoriana, en donde ha sido localizada verbena litoralis, sin embargo en la región costa del Ecuador no se encuentran documentos que detallen su presencia e incidencia. Desde el año 2009 investigadores ecuatorianos han reportado investigaciones relacionadas a verbena litoralis, constando entre algunos de ellos determinación de compuestos fenólicos (Burneo-Palacios, 2009) tolerancia a hidrocarburos y fitorremediación (Yáñez, 2012) y entre los más relevantes estudio Etnobotánico de especies amazónicas (Vargas, 2012).

En la ciudad de Machala, no se registra un estudio sobre *Verbena litoralis*, por lo cual el presente reporte contribuirá de manera importante para dar a conocer las bondades de este vegetal y al mismo tiempo el rescate del mismo, que actualmente no existe de forma abundante. La presencia de flavonoides (antioxidantes) y de glucósidos (iridoides, cardíacos y cianogénicos), son de suma importancia para el ser humano, moléculas que hemos encontrado en abundancia en la especie estudiada.

Importancia del Problema

En la actualidad, el gran desafío para los países ricos en biodiversidad como Ecuador es poder vincular y convertir el conocimiento de los recursos biológicos en productos útiles para proteger la salud en beneficio de la sociedad. (Lizcano Andrea, 2008). En Ecuador en los últimos 13 años se han reportado 2433 especies vegetales nuevas para el país, de las cuales 1663 son también nuevas para la ciencia. (Ministerio del ambiente 2013). A pesar de que el Ecuador tiene una diversidad vegetal del 7.6% de las plantas vasculares registradas en todo el planeta, no existe una base de datos actualizada y socializada de las plantas estudiadas con fines medicinales, lo cual ocasiona un problema desde el punto de vista del desconocimiento científico. La *Verbena Litoralis* es una planta que tiene un estudio moderado, comparado con *Verbena Officinalis* en sus propiedades curativas, sin embargo algunos estudios científicos reportan usos medicinales ancestrales de *Verbena Litoralis*. como antiinflamatorio, útil en cefaleas y migrañas, espasmolítico, estimulante del peristaltismo y diuresis, digestivo estomacal (dolores gástricos), depurativo, antianémico y febrífugo que hasta la fecha no han sido explotadas industrialmente, razón por la cual es necesario su estudio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las plantas medicinales sirven las necesidades de alrededor del 80% de la población mundial, especialmente para los millones de personas en las zonas rurales de los países en desarrollo. Su utilidad radica en que pueden ser la respuesta natural a algunas enfermedades y su adquisición de fácil acceso. Angulo, A. 2012. Metodología.

Metodología

Estudio experimental

Área de Estudio. El cantón Machala pertenece a la provincia de El Oro, ZONA 7, y cuenta con una parroquia urbana y rural. En la ciudad de Machala su población según censo INEC 2010), corresponde a 245,972 habitantes.

Estas actividades curativas constan en el 11.7 % Censo INEC Económico 2010, destinado a otras labores de la población. El área de estudio está ubicada en el perímetro urbano de la ciudad de Machala sector Norte, la mayoría de las residencias de este sector cuentan con áreas verdes (jardines domésticos) en los cuales se cultivan plantas ornamentales y medicinales como una tradición.

Caracterización de la Zona de Estudio. La zona se caracteriza por domicilios con frentes y patios usados como jardines, en los cuales se cultivan plantas medicinales como *Ocimum basilicum* (albahaca), *Aloe Vera* (sábila), *Aloysiacitrodora* (hierba luisa), *Plectranthusamboinicus* (orégano orejon), en su mayoría.

Las viviendas que cultivaron *verbena litoralis* se caracterizaron por tener un suelo arenoso a diferencia de las otras viviendas que poseían suelos abonados.

Con una altura de 0 a 12 metros sobre el nivel del mar y con un clima cálido –tropical húmedo (83%).

Ensayos físico –químicos cualitativos y cuantitativos. Se denominan así a los ensayos que se realizan sobre la droga entera, pulverizada o extractos de la planta. Son ensayos cualitativos o cuantitativos que permiten conocer la composición de la droga o planta, caracterizar principios activos y reconocer falsificaciones.

Según Miranda M, Cuéllar A. 2001, los siguientes análisis son indispensables para la determinación fitoquímica de un vegetal.

Se realizan con una finalidad cualitativa (identificar sustancias), cuantitativa (determinar su concentración) o ambas. Los ensayos aplicados en este estudio serán cuantitativos y son los siguientes:

- Método gravimétrico.

1. Humedad

2. Cenizas totales, insolubles y solubles.

- Determinación de humedad. Se entiende por humedad el agua libre que contiene el material vegetal. Dentro de la información científica indica que para una buena conservación la humedad debe ser inferior al 10%, evitando procesos enzimáticos, y expresar el valor de los principios activos con respecto a la materia seca. El método de determinación de humedad aplicado fue el siguiente: Se transfiere una alícuota de la muestra vegetal en una cápsula de porcelana, se pesa y luego se somete a estufa a 105 ° C, la diferencia entre el peso inicial y final es el contenido en agua o humedad aparente. Pueden perderse sustancias volátiles, por lo que es necesario analizar la naturaleza de los vegetales previamente.
- Cenizas Totales. Se realiza por pesada de la muestra en fresco y luego una siguiente pesada del residuo orgánico después de la incineración de una droga.
- Cenizas solubles en agua. Las cenizas totales obtenidas se tratan con 15 -20mL de agua, se tapa y hierve suavemente a directamente en mechero durante 5 minutos. Se filtra con papel filtro libre de cenizas. El papel filtro con el residuo, se transfiere a crisol, se carboniza en un mechero y se incinera en mufla de 700 a 750 °C durante 2 horas. Finalmente se coloca en un desecador y al alcanzar temperatura ambiente se pesa. Se repite hasta alcanzar peso constante incinera. Se deseca, se pesa y se repite el proceso hasta tener peso constante.
- Cenizas insolubles en Ácido Clorhídrico. Las cenizas totales, se colocan en un crisol, se agrega ácido clorhídrico. Se tapa el crisol, se calienta a baño de agua hirviente. Se filtra la solución, se lava el residuo con agua caliente, se agrega nitrato de plata. El filtrado se deseca, se transfiere al crisol y se incinera en mufla, el resultado se coloca en desecador, se pesa y repite el proceso hasta masa constante.
- Determinación de Alcaloides. Ensayo de Dragendorff: Facilita identificar en un extracto la presencia de alcaloides, si la alícuota del extracto está disuelta en solvente orgánico, este se evapora en baño de agua y se redisuelve el residuo en 1 mL de ácido clorhídrico al 1 % en agua. Si el extracto es acuoso, a la alícuota se le añade 1 gota de ácido clorhídrico concentrado, (calentar suavemente y dejar enfriar hasta acidez). Con la solución acuosa ácida se realiza el ensayo, añadiendo 3gotas del reactivo de Dragendorff, si hay opalescencia se considera (+), turbidez definida (++), precipitado (+++).
- Ensayo de Mayer: Se procede de la forma anterior, hasta obtener la solución ácida. Se añade una pizca de cloruro de sodio en polvo, agitar y filtrar. Añada 2 ó 3 gotas de la solución reactiva de Mayer, si se observa opalescencia (+), Turbidez definida (++), precipitado coposo (+++).
- Ensayo de Wagner: Se repite igual procedimiento anterior de la solución ácida, añadiendo 2 o 3 gotas del reactivo, se clasifica el resultado de igual forma.

- **Determinación de Taninos. Ensayo del cloruro férrico:** Determina presencia de compuestos fenólicos y/o taninos en un extracto vegetal. Si el extracto de la planta se obtiene con alcohol, el ensayo determina fenoles y taninos. A una alícuota del extracto alcohólico se le adicionan 3 gotas de una solución de tricloruro férrico al 5 % en solución salina fisiológica (cloruro de sodio al 0.9 % en agua). Si el extracto es acuoso, el ensayo determina específicamente taninos. A una alícuota del extracto se añade acetato de sodio para neutralizar y tres gotas de una solución de tricloruro férrico al 5 % en solución salina fisiológica, un ensayo positivo puede evidenciar la siguiente información :
 1. Coloración rojo-vino, compuestos fenólicos en general.
 2. Coloración verde intensa, taninos del tipo pirocatecólicos.
 3. Coloración azul, taninos del tipo pirogalotánicos.

- **Determinación de Flavonoides. Ensayo de Shinoda:** Evidencia la presencia de flavonoides en un extracto de un vegetal. Si la alícuota del extracto se encuentra en alcohol, se diluye con 1 mL de ácido clorhídrico concentrado y cinta de magnesio metálico. Luego de la reacción se espera 5 minutos, se agrega 1 mL de alcohol amílico, se mezclan las fases y se deja reposar hasta separación. El ensayo es positivo, cuando el alcohol amílico se torna amarillo, naranja, carmelita o rojo; intensos en todos los casos.
- **Determinación de Flavonoides con Ácido sulfúrico.** Reacción con ácido sulfúrico concentrado , las flavonas y flavonoides dan coloración fuertemente amarillas, las flavonas, anaranjadas o guindas, las chalconas y auronas, rojo guinda o rojo azulado.
- **Determinación de azúcares reductores. Ensayo de Fehling:** Determina en un extracto la presencia de azúcares reductores. Si la alícuota del extracto no se encuentra en agua, debe evaporarse el solvente en baño de agua redisolverse el residuo en 1-2 mL de agua. Se adicionan 2 mL del reactivo y se calienta en baño de agua 5-10 minutos la mezcla. El ensayo se considera positivo si la solución se colorea de rojo o aparece precipitado rojo. El reactivo se prepara de la siguiente forma:
 1. Solución A: Se pesan 35 g de sulfato cúprico hidratado cristalizado y se disuelven con agua hasta un volumen total de 1000 mL. Solución B: Se pesan 150 g de tartrato de sodio y potasio y 40 g de hidróxido de sodio y se disuelven con agua hasta un volumen total de 1000 mL. Las soluciones se tienen preparadas de forma independiente y se mezcla igual cantidad en volumen de cada una de ellas justo en el momento de realizar el ensayo. Dicha mezcla es la que se adiciona a la alícuota a evaluar.
- **Determinación Alcohólico e Hidroalcohólico. Determinación de lactonas y coumarinas. Ensayo de Baljet:** Permite reconocer la presencia de compuestos con agrupamiento lactónico, en particular Coumarinas, aunque otros compuestos lactónicos pueden dar positivo al ensayo. Si la alícuota del extracto no se encuentra en alcohol, debe evaporarse el solvente en baño de agua y redisolverse en la menor cantidad de alcohol (1 mL). En estas condiciones se adiciona 1mL del reactivo, considerándose un ensayo positivo si existe la aparición de coloración o precipitado rojo (++ y +++) respectivamente.
- **Determinación de Triterpenos y/o Esteroides. Ensayo de Liebermann-Burchard:** Determina la presencia de triterpenos y/o esteroides, los dos tipos de productos poseen un núcleo del androstano, generalmente insaturado en el anillo B y la posición 5-6. Si la alícuota del extracto no se encuentra en cloroformo, debe evaporarse el solvente en baño de agua y el residuo redisolverse en 1 mL de cloroformo. Se adiciona 1 mL de anhídrido acético y se homogeniza. Por la pared del tubo de ensayo se deja resbalar 2-3 gotas de ácido sulfúrico concentrado sin agitar. Un ensayo positivo se tiene por un cambio rápido de coloración:
 - 1- Rosado-azul muy rápido.
 - 2- Verde intenso-visible aunque rápido.

3- Verde oscuro-negro-final de la reacción.

En algunas ocasiones el ensayo queda en dos fases o desarrollo de color. Muy pocas veces puede observarse el primer cambio. El tercer cambio generalmente ocurre cuando el material evaluado tiene cantidades importantes de estos compuestos.

- Glucósidos Cianógenos. Se toma aproximadamente 5 gramos de material vegetal seco y se adiciona en un matraz de 125ml, hidratar la muestra.
- Embebimos una tira de papel con picrato de sodio (5 g. De carbonato de sodio +0.5g de ácido pícrico en 1000ml de agua), conservar en frasco seco. Se agrega alrededor de 1ml de cloroformo para mejorar la actividad enzimática. Introducir el papel con picrato de sodio en el recipiente con la muestra, sin tocar las paredes. Tapar el recipiente y calentar a 35° C por tres horas. Se observan cambios de coloración en el papel, si durante 3 horas no existe variación, puede afirmarse la ausencia de los Glucósidos cianogénicos, caso contrario si en 15 minutos cambia el color de amarillo a diferentes tonos rojos, indica la presencia de HCN en cantidades apreciables.
- Método Fitoquímico. Se inicia con la recolección del material vegetal que se encuentre en las mejores condiciones; se procede a lavarlo, secarlo y pulverizarlo. Se escoge el método de extracción a desarrollar en este caso líquido –líquido, con uso de hexano y metanol, una vez obtenido los extractos como característica de este estudio, se ha adicionado la aplicación de ultrasonido a un grupo de extractos y al segundo grupo no se le aplicó; con los extractos obtenidos se procede a realizar los ensayos, éstos nos ayudan a determinar los metabolitos presentes en un vegetal como: azúcares reductores, fenoles y taninos, lactonas y coumarinas, alcaloides, flavonoides, esteroides, triterpenos, saponinas, etc.
- Técnica de Prensado. Se obtiene el vegetal y se lo extiende en un papel periódico de manera que todas sus partes se puedan observar de forma natural, se cubre con papel periódico y todo esto se lleva a una prensa de madera formada por 2 planchas con agujeros a los extremos de las mismas para tejer un cordón que las mantenga firmes y ajustadas. El recambio de papel se realiza cada día con la finalidad de que el material vegetal no se deteriore.
- Técnica de Ultrasonido. Una vez aplicado el solvente al material vegetal, se lo tapa ligeramente y se somete a una hora en equipo de ultrasonido con intervalos de 15 minutos para evitar el sobrecalentamiento.

Resultados

Comparación de resultados entre extractos metanólicos.

Verbena litoralis					
HV1			HV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)	Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	

Shinoda (Flavonoides)		(-)	Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
TV1			TV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)	Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)		(-)	Shinoda (Flavonoides)		(-)
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
RV1			RV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)		Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)		(-)	Liebermann (triterpenos – esteroides)		(-)
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)		(-)	Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
SV1			SV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)		Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)

Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	

Comparación de resultados entre extractos Hidroalcohólicos.

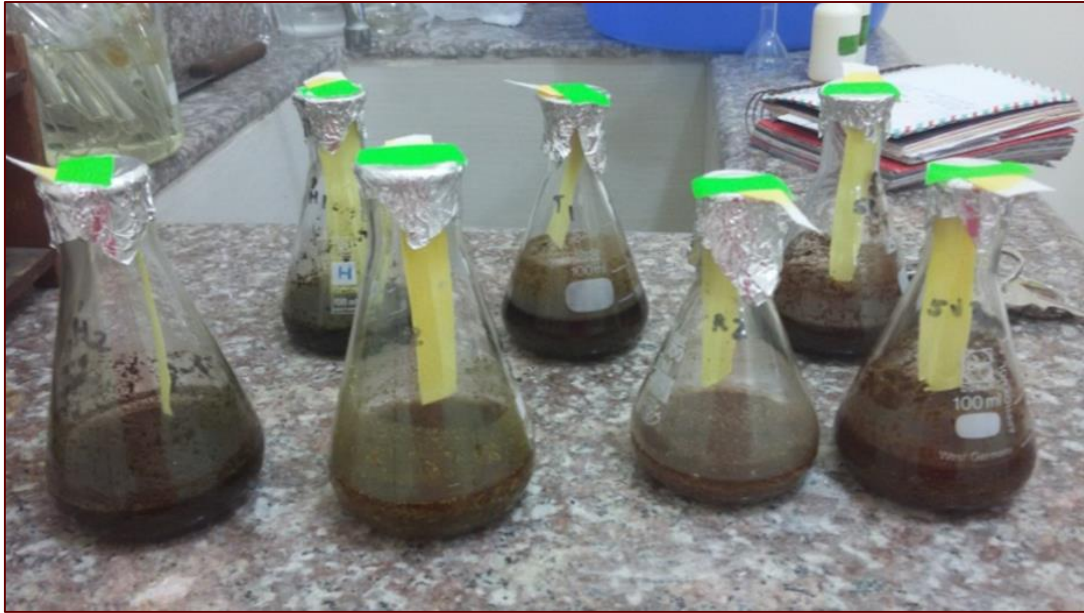
<i>Verbena litoralis</i>					
HV1			HV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)	Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
TV1			TV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)	Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. -	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	

Alcaloides					
Shinoda (Flavonoides)		(-)	Shinoda (Flavonoides)		(-)
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
RV1			RV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)		Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)		(-)	Liebermann (triterpenos – esteroides)		(-)
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)		(-)	Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)	
SV1			SV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (lactonas y coumarinas)	(+)		Baljet (lactonas y coumarinas)		(-)
Fehling (Azúcares reductores)	(+)		Fehling (Azúcares reductores)	(+)	
Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)		Liebermann (triterpenos – esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. -Alcaloides		
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles-Taninos))	(+)	

Comparación de resultados entre extractos hidroalcohólicos.

<i>Verbena litoralis</i>					
HV1			HV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)		Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores.)	(+)		Fehling (Azúcares reductores.)	(+)	
Liebermann (Triterpenos – Esteroides)	(+)		Liebermann (Triterpenos – Esteroides)	(+)	
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. - Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)	
Saponinas	(+)		Saponinas	(+)	
TV1			TV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)		Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores.)	(+)		Fehling (Azúcares reductores.)	(+)	
Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)	Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. - Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)	
Saponinas		(-)	Saponinas	(+)	
RV1			RV2		
Sierra (1)			Costa (2)		

Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)		Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores.)	(+)		Fehling (Azúcares reductores.)	(+)	
Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)	Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)
D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. - Alcaloides	(+)	
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)	
Saponinas		(-)	Saponinas	(-)	
SV1			SV2		
Sierra (1)			Costa (2)		
Analito	Positivo	Negativo	Analito	Positivo	Negativo
Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)		Baljet (Lactonas y Coumarinas)	(+)	
Fehling (Azúcares reductores.)	(+)		Fehling (Azúcares reductores.)	(+)	
Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)	Liebermann (Triterpenos – Esteroides)		(-)
Alcaloides D.M.W. - Alcaloides	(+)		D.M.W. - Alcaloides		
Shinoda (Flavonoides)	(+)		Shinoda (Flavonoides)	(+)	
Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)		Cl ₃ fe (Fenoles- Taninos)	(+)	
Saponinas		(-)	Saponinas		(-)



Conclusiones

De acuerdo a la taxonomía realizada al vegetal, el Herbario Nacional del Ecuador concluye que en la ciudad de Machala existe la presencia de *Verbena litoralis*, vegetal estudiado en esta investigación.

Verbena litoralis (1) y (2) manifiestan escaso porcentaje de humedad y es propia de suelos secos arenosos.

Verbena Litoralis (1) posee mayor porcentaje de cenizas totales en hojas, tallos y semillas que *verbena* (2).

Verbena Litoralis (1) es ligeramente mayor a *verbena* (2) en cenizas insolubles.

Las hojas de *Verbena Litoralis* (2) contiene mayor porcentaje de cenizas solubles que *Verbena litoralis* (1);

El resto del vegetal contiene un mínimo porcentaje mayor de cenizas solubles comparado con *Verbena litoralis* (2).

En la composición fitoquímica de los dos vegetales estudiados se encontraron los siguientes metabolitos secundarios: Flavonoides, lactonas, coumarinas, triterpenos, esteroides, alcaloides, fenoles, taninos y azúcares reductores.

Para la extracción de lactonas, cumarinas, Azúcares reductores y Flavonoides tanto en *Verbena* (1) como en *Verbena* (2) se obtuvo mejores resultados con la solución hidroalcohólica.

Verbena litoralis (1) y (2), no son tóxicos pues no contienen glucósidos cianogénicos en sus partes vegetales (hojas, tallos, raíz y semillas).

Referencias bibliográficas

Anduasha, V., & Sofía, M. (2015). Cultivo de plantas medicinales: verbena, jengibre y piriipi en la granja demostrativa de leda, período de preparación de terreno, siembra, mantenimiento y seguimiento (Tesis de

pregrado). Universidad de Cuenca, Puyo-Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22847/1/tesis.pdf>

Arrázola, G., Grané, N., & Dicenta, F. (2014). Importancia de los glucósidos cianogénicos en el sabor de frutos de almendros (*Prunus dulcis* Miller) y su incidencia en la agroindustria. *Revista Colombiana de Ciencias Hortícolas*, 8(1), 57-66. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcch/v8n1/v8n1a06.pdf>

Azuola, R., & Aguilar, P. V. (2007). Extracción de sustancias asistida por ultrasonido (EUA). *Tecnología en marcha*, 20(4), 1. <https://eciperu.files.wordpress.com/2016/07/eci2010iresumenes.pdf>

Balbuena, M. (2013). Glucósidos cardiotónicos. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/153487485/GLICOSIDOS-CARDIOTONICOS>

Bárceñas Calero, M. J. (2012). Determinación de los niveles de tolerancia a hidrocarburos y potencial de fitorremediación en cuatro especies vegetales nativas procedentes del sector Baeza-El Chaco, Ecuador (Tesis de pregrado). Universidad Politécnica Salesiana, Quito. Recuperado de <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5709/1/UPS-QT02528.pdf>

Blacio Agurto, C. E. (2009). Elaboración de una crema cicatrizante a partir de mástico, llantén, sábila y verbena (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Machala, Machala-Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/1094>

Burneo-Palacios, Z. L. (2009). Determinación del contenido de compuestos fenólicos totales y actividad antioxidante de los extractos de doce especies vegetales nativas del sur de Ecuador. En Z. L. Burneo-Palacios, *Tesis de grado - Universidad Técnica Particular de Loja*. Loja Ecuador.

Casamitjana. (2004). Glucósidos cardiotónicos: acción y usos. En 1. Casamitjana - Farmacia Profesional. 16(4), 90-92. <http://www.avancesdiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/Extra%20avances%20diabetologia.pdf>

Castleman, M. (1991). *Las Hierbas que curan*. En M. Castleman. Emmaus, Pennsylvania, USA: Rodale Press. Emmaus, Pennsylvania, USA http://olgadelacruzbotanica-odc.blogspot.com/2010_08_01_archive.html

Casanova, E., García-Mina, J. M., & Calvo, M. I. (2008). Antioxidant and antifungal activity of *Verbena officinalis* L. leaves. *Plant Foods for Human Nutrition*, 63(3), 93-97. https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=7HutQBMAAAAJ&citation_for_view=7HutQBMAAAAJ:9yKSN-GCB0IC

Castleman, Michael (1991). *Las hierbas que curan*. Primera edición. Editorial Rodale Press, Emmaus, Pennsylvania, USA.

Castro-Castillo, O., Umaña-Rojas, E., & Herrera, M. L. (1990). Potencial biológico y químico de *Verbena littoralis*, una planta medicinal usada en Costa Rica como agente antidiarreico. *Química Nova*, 13(4), 310-311. <http://www.ots.ac.cr/bnbt/21719.html>

Díaz, O. L., Duran, D. C., Martínez, J. R., & Stashenko, E. E. (2007). Estudio comparativo de la composición química de los aceites esenciales de *aloysiatriphylla* l' herbritton cultivada en diferentes regiones de Colombia. *Scientia et Technica*, 1(33). <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/6119>

Dirección General de Salud pública (2008). Hexano. Recuperado de <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/138600-Hexano.pdf>

Food Safety. Cyanogenic glycosides - information sheet. Recuperado de http://www.foodsafety.govt.nz/elibrary/industry/Cyanogenic_Glycosides-Toxin_Which.pdf

Hernández-Guijo, J. (2008). Toxinas naturales de origen vegetal. Recuperado de https://www.uam.es/departamentos/medicina/farmacologia/especifica/ToxAlim/ToxAlim_L9.pdf

INEC (2010). Fascículo provincial El Oro. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/el_oro.pdf

INFOTOX (2012) Glucósidos Cianogénicos. Recuperado de <http://infotox2012.blogspot.com/2012/03/glucosidos-cianogenicos.html>

LLerenaQuinga, L. E., & Silva Zaquinaula, K. M. (2012). Ingesta de aguas tradicionales con principios Oxitóxicos en la Taquisistolia y sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Básico Pelileo durante el periodo Mayo Agosto 2012 (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4536/1/T-UCE-0006-96.pdf>

López, M., &Cañellas, C. (2012). Manual de plantas medicinales para Guinea Ecuatorial. Fundación de Religiosos para la salud.

López C. R., Navarro, L. J. & Caleño, B. 2016.Productos Forestales no Maderables de CORPOCHIVOR. Una mirada a los regalos del bosque. Bogotá D.C. Colombia. 278 pp. <http://www.corpochivor.gov.co/wp-content/uploads/2016/08/LIBRO-NTFP-CORPOCHIVOR-web.pdf>

Maldonado, M. &Ramirez, R. (2010). Composición florística, estructura y valor de uso Etnobotánico en dos remanentes del bosque Achiral cantón Celica provincia de Loja. Universidad Técnica Particular de Loja.

Martínez-Flórez, S., González-Gallego, J., & Culebras, J. M. (2002). Los flavonoides: propiedades y acciones antioxidantes. *Nutrición hospitalaria*, 17(n06).

Miranda M., Cuéllar A. Farmacognosia y Productos Naturales. La Habana. Editorial Félix Varela. 2001. 437 p.

Palomino, O. (2001). Métodos analíticos para la identificación de Plantas Medicinales. En O. Palomino, *Apuntes del Curso de la Asociación Española de Farmacéuticos de la Ind* http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2212/3/UTPL_Valdivieso_Flores_M%C3%B3nica_Cecibel_1001590.pdf

Rzedowski & Rzedowski, (2002) <http://www.conabio.gob.mx/malezasdemexico/verbenaceae/verbena-litoralis/fichas/ficha.htm>

Solis, P., Guerrero, N., Gattuso, M., & Cáceres, A. Manual de caracterización y análisis de drogas vegetales y productos Fitoterapéuticos. Pp16, 43-91.

Túqueres, V., & Rolando, C. (2012). Estudio Etnobotánico de especies amazónicas en la Parroquia Madre Tierra (Tesis de pregrado). Universidad Estatal Amazónica, Puyo-Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uea.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/130/VARGAS%20TUQUERES%20CHRISTIAN%20ROLANDO.pdf?sequence=1>

UDEA (2001). Flavonoides. Recuperado de <http://farmacia.udea.edu.co/~ff/flavonoides2001.pdf>

Umaña-Rojas, E. Estudio fitoquímico de la parte aérea de Verbena litoralis (HBK) (Tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica, Escuela de Química, San José-Costa Rica.

Universidad Politécnica de Madrid UPM. Análisis químico de plantas aromáticas y medicinales. Recuperado de <http://ocw.upm.es/ingenieria-agroforestal/uso-industrial-de-plantas-aromaticas-y-medicinales/contenidos/material-de-clase/tema12.pdf>

Yáñez, P., & Bárcenas, M. (2012). Determinación de los niveles de tolerancia a hidrocarburos y potencial de fitorremediación de cuatro especies vegetales del sector Baeza-El Chaco, Ecuador. *LA GRANJA, Revista de ciencias de la vida*, 15(1) 2012: 27-48.

Zayda, L. (2009). Determinación del contenido de compuestos fenólicos totales y actividad antioxidante de los extractos totales de doce especies vegetales nativas del sur del Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja-Ecuador <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1783/3/Burneo%20Palacios%20Zayda%20Lorena.pdf>

CAPÍTULO VI

ONCOLOGÍA



Linfoma no hodgkin tipo Malt

Lcda. Anita Sotomayor Preciado

Universidad Tecnica de Machala
asotomayor@utmachala.edu.ec

Lcda. Irlandia Romero Encadala

Universidad Tecnica de Machala
iromero@utmachala.edu.ec

Lcda. Gladis Mora Veintimilla

Universidad Tecnica de Machala
gmora@utmachala.edu.ec

Dra. Sandra Figueroa Samaniego

Universidad Tecnica de Machala
sefigueroa@utmachala.edu.ec

Resumen

El linfoma no Hodgkin (LNH) pertenece a un grupo heterogéneo de neoplasia del sistema linfático, el de tipo Malt es denominado como un linfoma extraganglionar de linfocitos B de la zona marginal, constituye aproximadamente el 5% de los LNH. Representan el 40% de los linfomas gástricos, la oncogénesis de este tipo de linfoma es debido a la infección del Helicobacter Pylori, aunque se debe tomar en cuenta que el 10% se presenta con pruebas negativas del mismo. Estas neoplasias en el intestino delgado son poco frecuentes, representando del 1% al 2% de las neoplasias gastrointestinales. Los linfomas son la tercera neoplasia primaria del intestino delgado y tiene su origen en el tejido linfoide de la mucosa y submucosa (MALT). Se presenta el caso clínico de una paciente de 62 años de edad, con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin tipo Malt, con resultado negativos para el Helicobacter pylori, donde se detalla sus respectivas evoluciones, procedimientos realizados, tratamientos empleados y analizaremos su cuadro de afectación tanto a nivel gástrico e intestinal, con búsqueda exhaustiva de información y opinión de experto.

Palabras claves: Linfoma no Hodgkin, MALT, Helicobacter pylori.

Abstract

Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) belongs to a heterogeneous group of malignancies of the lymphatic system, the Malt type is called as an extranodal lymphoma of B lymphocytes of the marginal zone, constitutes approximately 5% of NHL. They represent 40% of gastric lymphomas, the oncogenesis of this type of lymphoma is due to the infection of Helicobacter Pylori, although it must be taken into account that 10% presents with negative tests of the same. These neoplasms in the small intestine are rare, accounting for 1% to 2% of gastrointestinal neoplasms. Lymphomas are the third primary neoplasm of the small intestine and originate in the lymphoid tissue of the mucosa and submucosa (MALT). We report the case of a 62-year-old female patient diagnosed with Malt-type non-Hodgkin's lymphoma, with negative results for Helicobacter pylori, which details their respective evolutions, procedures performed, treatments used and analyze their condition at the gastric and intestinal level, with exhaustive search of information and opinion of expert.

Keywords: MALT, Helicobacter pylori, non-Hodgkin's lymphoma

Importancia del problema

Se considera muy relevante la presentación de este caso por ser poco frecuente en esta localidad, este hallazgo lo obtuvimos en el Instituto de Cáncer de la provincia de El Oro; lo que nos permitió realizar el seguimiento tanto del diagnóstico como del tratamiento y evolución del mismo. Además debemos destacar que en la ciudad de Machala el sistema de abastecimiento de agua para el consumo humano es inadecuado lo que contribuye al incremento de pacientes con diagnóstico de Helicobacter Pylori siendo este uno de los causantes del linfoma no Hodgkin.

Introducción

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de neoplasias del sistema linfático. El término LNH extranodal hace referencia a los linfomas que afectan a cualquier otro tejido diferente a ganglios linfáticos y al bazo. El LNH extranodal representa del 25% al 40% de todos los LNH. El linfoma extranodal del tracto gastrointestinal es el más frecuente de todos los LNH extranodal, sin embargo representan sólo el 3% de las neoplasias gástricas. Por consiguiente, es importante incrementar el índice de sospecha clínica, conocer los métodos diagnósticos y disponer de la mejor evidencia científica hasta el momento para el tratamiento de este tipo de tumores. Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin tipo MALT gástrico e intestinal.

Presentación del caso clínico

Paciente de sexo masculino de 62 años de edad con antecedente personales de Linfoma no Hodgkin desde el 2010, y antecedente patológicos familiares de Cáncer de mama, no refiere ningún hábito, es referido del hospital del Seguro Social, indica que hace 3 años le realizan endoscopia por gastropatía por medio de biopsia de duodeno se le diagnóstica Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes tipo B, se le realizó examen de inmunohistoquímica, cuyos resultados fueron CK coctel negativo, ALC negativo, CD3-CD5 negativo, CD20 positivo, CD7A positivo, Cyclina D1 negativo, luego acude al Hospital Solca de la ciudad de Guayaquil, y recibe tratamiento con quimioterapia 6 ciclos por un año, estando en controles periódicos donde se solicita hemograma, prueba serológica, TAC de tórax, abdomen superior, cuello, además de marcadores tumorales CEA, CA 72-4, Ca 19-9 y solicita valoración por oncología.

Dentro de los resultados obtenidos se interpreta un ligero aumento de GGT 77.00 U/L (VN 11-61), el resto de valores dentro de parámetros normales (Ver Tabla 2).

Para el 23 de Junio del 2014 se le realiza un estudio endoscópico de control se observa esófago mucosa normal, estomago fondo cuerpo normal, antro inflamatorio, en la curvatura menor elevación 10 mm superficie erosionada se biopsia. El píloro normal, en el bulbo duodenal con mucosa edematoso presenta múltiples nódulos poco elevados de unos 4 mm algunos con superficie roja brillante en cara posterior uno de ellos de 7 mm por lo cual se biopsia (figura 1).

Figura 1. En bulbo duodenal se observa mucosa edematosa presente nódulos poco elevados de unos 4 mm algunos con superficie roja brillantes en cara posterior uno de ellos de 7 mm.



En el estudio anatomopatológico de la toma de muestra mediante biopsia de tubo digestivo de estómago y mucosa duodenal, reporta en lo cortes histológicos muestran fragmentos de mucosa gástrica y duodenal infiltrados por nódulos solidos de células neoplásicas de tipo linfoide de escaso citoplasma, núcleos redondos pequeños que rodean estructuras glandulares. El diagnóstico patológico en la biopsia endoscópica duodenal y gástrica: Linfoma no Hodgkin de células pequeñas, inmunofenotipo B recidivante.

En las pruebas inmunohistoquímica de las muestras de las biopsias es Anticuerpo CD3 (célula T) negativo, BCL-2 positivo, CD20 (célula B) positivo.

Para el 15/07/14 paciente acude a consulta donde no se detalla el tratamiento recibido, por el motivo que se solicita información del mismo. Al examen físico se palpa pequeña adenopatía móvil aproximadamente de 1 cm en hueso axilar derecho, no se palpan ningún otro tipo de masa ni adenomegalias, el resto del examen físico es normal. Se interpreta como una recaída de su enfermedad ya establecida. Se solicita punción y aspirado de medula ósea, TAC de tórax, cuello, pelvis, abdomen superior.

Para el día 7/08/14 se obtienen los resultados de mielograma más la biopsia (medula ósea), los cortes histólogos muestran cilindro de medula ósea valorable, con más de 3 celdillas óseas, maduración de las series hematopoyéticas, relación y mieloide/eritroide dentro de lo normal. Los resultados de TAC de tórax y cuello fueron normales, pero en la TAC de abdomen se observó pequeñas adenopatías en la raíz de mesenterio y en mesocolon transverso no se observan niveles de tipo oclusivo, luego de administración de contraste no se

observan captaciones ni reforzamientos anormales, el resto de órganos sin alteraciones, se llega a la impresión diagnóstica de Adenitis Mesentérica.

El paciente fue citado el 18/08/14 donde refiere astenia, al examen físico su signos vitales PA: 130/70, FC: 60 lpm, se ausculta campo pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sincrónicos con el pulso, no se ausculta soplos, el abdomen es blando, no se observa edema de miembros inferiores, en la inspección peri anal es normal, tacto rectal normal. Se realizó una colonoscopia y se observa mucosa rectal normal, sigma y descendente con gran cantidad divertículos medianos en toda la mucosa del recto hasta el transverso con gran cantidad de nódulos redondeados de 3-5 cm de superficie lisa y brillante, con un color rojo intenso se toman múltiples biopsias de ciego de aspecto normal. Se ordena ecocardiograma y examen de inmunohistoquímica.

Para el día 22/08/14 sus resultados del ecocardiograma fueron normales, se obtienen resultados del estudio anatomopatológico de la biopsia de colon, y se reporta los cortes histológicos muestran mucosa colonica revestida de epitelios bien diferenciados, a nivel de lámina propia se observa proliferación difusa y monofoma de células linfoides de núcleos pequeños y medianos con atipia de los mismos cuyo diagnóstico patológico fue Linfoma no Hodgkin difuso de células pequeñas. El resultado de inmunohistoquímica de biopsia de colon donde el BCL-2 fue positivo en centro folicular.

Luego de 8 días después, acude de nuevo a consulta donde se estadifica el Linfoma de Malt Gástrico en estadio IIE, con riesgo intermedio se da orden de tratamiento según protocolo de CHOP + Rituximab administración trisemanal. Se reporta rash alérgico tras la administración de rituximab, por el motivo que se le prescribe corticoide y se lo mantiene en observación, y se le da de alta al mejorar el cuadro. Luego de 3 semanas recibió su primer ciclo de quimioterapia esquema R-CHOP sin complicaciones. Se le autoriza segundo ciclo de quimioterapia para lo que fue citado tres semanas más tarde, y de igual forma fue administrado su segundo ciclo, indicando que durante la madrugada haber presentado vómitos que cede tras la administración de antiemético ondasetron 8 mg IV STAT y dieta líquida, posteriormente al haberse evaluado se decide dar el alta.

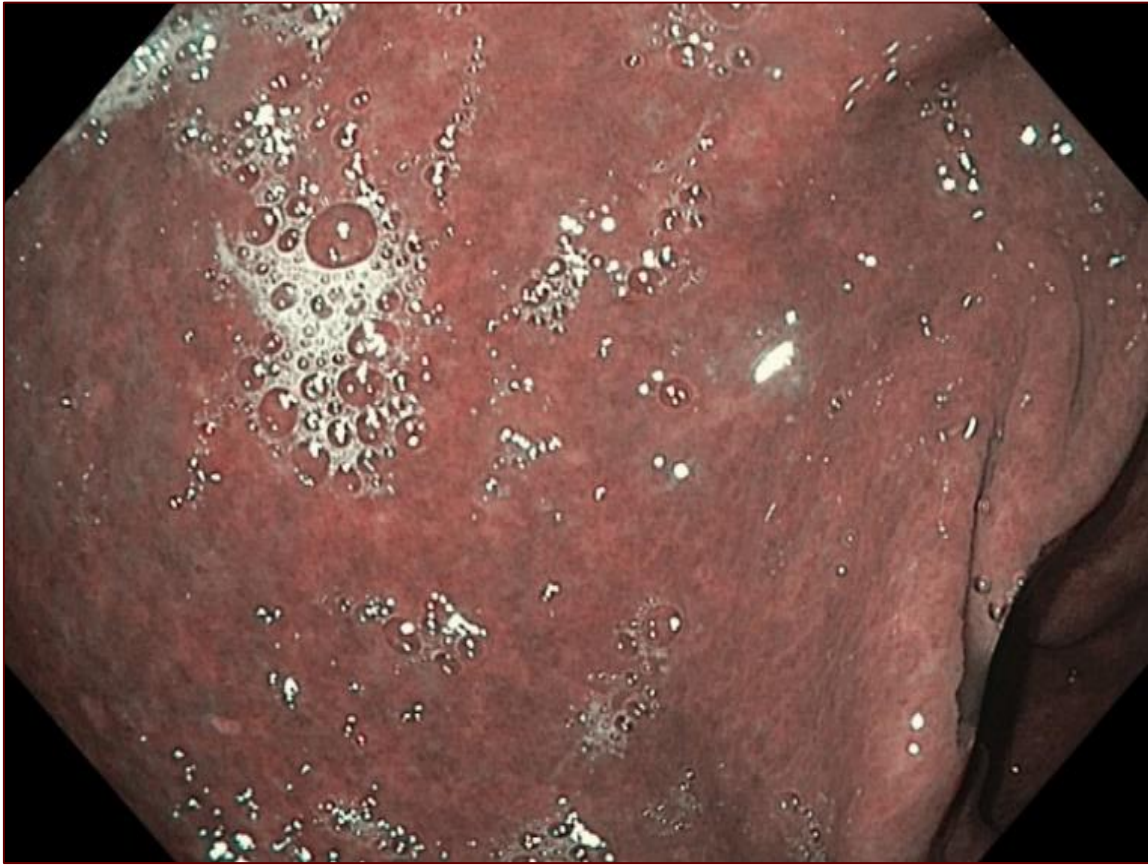
Tres semanas después recibe su tercer ciclo de quimioterapia, al examen físico se encuentra alopecia, paciente se encuentra orientado, consciente campos pulmonares normales, abdomen normal, examen neurológico elemental normal. Luego de haber terminado hasta su 6to ciclo de quimioterapia se solicita estudios de imágenes y valoración gastroenterológica. Se recibe TAC de tórax, pelvis, abdomen superior dentro de los límites normales. Su examen físico no hubo alteración alguna, Se solicita nueva endoscopia y colonoscopia y después de 10 días se obtiene resultados. Se reporta en la endoscopia estomago de fondo y cuerpo de aspecto normal muy ligera granularidad, se biopsia antro y píloro, mucosa leve eritema, la impresión diagnóstica es Gastropatía Inflamatoria.

En la colonoscopia sus resultados fueron gran cantidad de divertículos medianos en sigma y colon descendente, en colon ascendente se evidencia micropolipo de unos 4 mm se extirpa, la impresión diagnostica fue Enfermedad diverticular izquierda. El informe de patología, indica que en la biopsia endoscópica de antro gástrico, gastritis crónica moderada metaplasia intestinal completa, atrofia leve no se identifica bacilos de Helicobacter pylori, y en biopsia de mucosa de colon, constituida de criptas tubulares, ligeramente dilatadas revestidas por epitelio adenomatoso, con células ovoides, hipercromaticas basales, con mitosis atípicas, que descansan sobre membrana basal. El diagnostico patológico de biopsia endoscópica de antro gástrico es

Gastritis crónica moderada, metaplasia intestinal, completa atrofia leve, y de biopsia endoscópica de mucosa de colon es Adenoma Tubular con displasia de bajo grado.

Paciente acude a rutina de control el 07/01/15 se realiza examen físico normal, el paciente es tratado con segunda línea de quimioterapia R-CHOP, se considere remisión completa clínica, radiológica y endoscópica, se le indica controles trimestrales. (Ver Figura 2).

Figura 2. Se considera remisión completa por vía endoscópica.



Diagnóstico definitivo

Linfoma no Hodgkin tipo Malt gástrico intestinal.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, presentación de Caso, mediante recopilación de información de datos clínicos del paciente estudiado.

Discusión

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de neoplasias del sistema linfático. El termino LNH extranodal hace referencia a los linfomas que afectan a cualquier otro tejido diferente a ganglios linfáticos y al bazo. El LNH extranodal representa del 25% al 40% de todos los LNH. El linfoma extranodal del tracto gastrointestinal es el más frecuente de todos los LNH extranodal, sin embargo representan sólo el 3% de las neoplasias gástricas.

En situaciones normales la mucosa del estómago carece de tejido linfoide, ocurre lo contrario en el intestino que si dispone de tejido linfoide representado principalmente por las placas de Peyer. La afectación gástrica es la localización más frecuente, representa aproximadamente el 60%, le siguen en frecuencia la afectación de intestino delgado, colon y recto. Los dos subtipos que representan más del 90% de LNH extranodal gástrico son el linfoma MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*) y el linfoma difuso de células grande B.

La clasificación de LNH de la OMS del 2008 los diferencia en linfomas clínicamente indolentes y linfomas clínicamente agresivos. El linfoma MALT, también, denominado linfoma extraganglionar de linfocitos B de la zona marginal, constituye aproximadamente el 5% de los LNH y se encuentra dentro de la clasificación de linfomas clínicamente indolentes o linfoma de bajo grado que tienen curso crónico, recidivante, lenta diseminación y con respuesta variable a la quimioterapia.

El linfoma MALT representa el 40% de los linfomas gástricos. Es una neoplasia derivada de los linfocitos B maduros de la zona marginal del folículo linfoide. La edad media del diagnóstico es a los 60 años sin diferencias significativa entre ambos sexos. La oncogénesis de este tipo de linfoma es atribuido al estímulo antigénico continuo por la infección de *H. pylori*, debido a que aproximadamente el 90% de los pacientes con linfoma MALT presentan la infección, sin embargo la mayoría de los pacientes infectados por *H. pylori* no desarrollan la neoplasia. Se debe considerar que aproximadamente el 10% de los pacientes con linfoma MALT son negativos para la infección por *H. pylori*. Las neoplasias del intestino delgado son poco frecuentes, representando del 1% al 2% de las neoplasias gastrointestinales. Los linfomas son la tercera neoplasia primaria del intestino delgado y tiene su origen en el tejido linfoide de la mucosa y submucosa (MALT).

El diagnóstico del linfoma MALT obliga descartar enfermedad sistémica (infiltración en bazo, medula ósea e hígado). Se debe evaluar la posible infección por *H. pylori*. El hallazgo histopatológico muestra Infiltrado denso y difuso de la lámina propia por células de aspecto centrocítico y prominente lesión linfoepitelial, linfocitos con núcleos irregulares y una cantidad de citoplasma moderado. La inmunofenotipación se caracteriza por ser positiva a CD19, CD20 y CD79a.

Actualmente, no existe un esquema de quimioterapia estándar para el tratamiento de éste tipo de linfoma. El régimen tipo CHOP (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona) debe considerarse para pacientes con LNH. El primer anticuerpo monoclonal aprobado por la FDA para el tratamiento de LNH es el rituximab. Rituximab se une al antígeno CD20, en la superficie de los linfocitos B normales y malignos, activando una respuesta inmunológica que es capaz de lisar a las células B. Debido a que las células progenitoras de los linfocitos B no tienen antígeno CD20, éstos pueden regenerarse después del tratamiento de rituximab. La Fundación Española de Hematología y Hemoterapia, en 2009 publica el régimen quimioterápico **(Ver Tabla 1)**.

“Los datos obtenidos en un estudio en el cual realizaron un periodo de seguimiento de 5 años, demuestra que la terapia de anticuerpos monoclonales más quimioterapia CHOP, permiten al paciente obtener una remisión completa en un menor tiempo, así como mantener un periodo de sobrevida mayor. Actualmente se obtiene una remisión completa a los dos años, una sobrevida del 100% en un periodo de 5 años de seguimiento de los pacientes, así como menos efectos colaterales o tóxicos posteriores a la aplicación del esquema”(Noelia, Melgarejo, Alma, & Chávez, 2007).

Tabla 1

Regimen quimioterápico: SHOP + RITUXIMAB				
	Dosis mg/m²	Vía	Días	Ciclos
Rituximab	375	i.v.	1	21 días
Ciclofosfamida	750	i.v.	1	21 días
Adriamicina	50	i.v.	1	21 días
Vincristina	1.2 (máx. 2mg)	i.v.	1	21 días
Prednisona	60	i.v. ó v.o.	1 a 5	21 días

Tabla 2. **Exámenes complementarios**

Estudio	Resultado	Valor de Referencia
Hemoglobina	14.2 g/dl	11.5-14.5
Hematocrito	43.0 %	42.00-50.00
Leucocitos	9280 mm ³	4400 - 11300
N. Segmentados %	59 %	34.00-67.90
Eosinófilos %	5 %	0.80-7.00
Basófilos %	1 %	0.10-1.20
Monocitos %	3 %	5.30 -12.20
Linfocitos %	30 %	21.80 – 53.10
Tiempo de Protrombina	12.60 seg	9.8 – 13.7
INR	1.04	
Tiempo de Tromboplastina Parcial	28.90 seg	23.4 – 36.2
Plaquetas	178000 mm ³	150000 – 450000
Proteínas Totales	7.40 g/dl	6.6 - 8.7
Albumina	5.10 g/dl	3.8-5.0
Globulina	2.30 g/dl	2.8 – 3.6
TGO	36.00 U/L	0 – 37
TGP	54.00 U/L	0 – 42
LDH	420.0 U/L	225 – 450
GGT	77.0 U/L	11 – 61
Fosfatasa Alcalina	247.0 U/L	80 - 306
Grupo Sanguíneo	O	
Factor RH	Positivo	
HIV	No reactivo	
AFP	5.50 IU/mL	
CA 19-9	13.80 U/ml	0.0 – 40.00
CA 72.4	0.74 U/ml	0.0 – 7.00
CEA (Marcador Tumoral)	4.50 ng/ml	2.1 – 6.2

Conclusión

La baja prevalencia del linfoma no Hodgkin tipo MALT dificulta obtener una correcta evidencia científica para establecer el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico. En pacientes con linfoma gástrico es muy posible que exista linfoma en colon y pacientes con diagnóstico de linfoma de colon podrían padecer linfoma gástrico. Se debe siempre investigar todo el tubo digestivo. La recaída o aparición de sincronismo es posible y debe hacerse control frecuente. La respuesta a la quimioterapia es muy buena.

Referencias bibliográficas

- Aster, J. C. (2016). Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of extranodal (MALT) and nodal marginal zone lymphomas. *UpToDate*, (image 1).
- Caballé, F. F. (2004). Protocolo de actuación diagnóstico- terapéutica en el linfoma MALT gástrico. *Medicine*, 9(2), 144–147. [http://doi.org/10.1016/S0211-3449\(04\)70243-X](http://doi.org/10.1016/S0211-3449(04)70243-X)
- Caballé, F. F., & Existe, E. (n.d.). Linfoma gástrico tipo MALT. *Medicine*, 9(2), 112–118. [http://doi.org/10.1016/S0211-3449\(04\)70236-2](http://doi.org/10.1016/S0211-3449(04)70236-2)
- Friedberg, J. W. (2016). Evaluation and staging of non-Hodgkin lymphoma. *UpToDate*.
- Joensuu, H., Hohenberger, P., & Corless, C. L. (2013). Gastrointestinal stromal tumour. *The Lancet*, 6736(13), 1–11. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60106-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60106-3)
- Lister, A. (2016). Clinical presentation and diagnosis of primary gastrointestinal lymphomas. *UpToDate*.
- Noelia, Z., Melgarejo, M., Alma, M., & Chávez, N. (2007). Artemisa Tratamiento del linfoma no Hodgkin con rituximab y quimioterapia CHOP . Experiencia de 6 años en el Hospital Regional “ General Ignacio Zaragoza ” ISSSTE. *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*, (1), 17–22.
- Notaristefano, C., & Testoni, P. A. (2014). SMALL INTESTINAL TUMOURS : AN OVERVIEW ON CLASSIFICATION , DIAGNOSIS , AND TREATMENT. *EMJ EUROPEAN MEDICAL JOURNAL*, (December), 84–93.
- Pellisé, M., & Castells, A. (n.d.). Tumores del intestino delgado. *Asociación Española de Gastroenterología*, 435–442.
- Ramía, J. M., Sancho, E., Lozano, Ó., María, J., & Garrido, F. (2007). Linfoma primario de intestino delgado. *Cirugía Española*, 81(1), 2006–2008.
- Rayado, G. G., & Simón, M. A. (2016). Tumores del intestino delgado . Pólipos intestinales . Poliposis familiares . Síndrome carcinoide . Linfomas . Sarcomas intestinales Palabras Clave : Keywords : *Revista de La Educación Superior*, 12(4), 189–196. <http://doi.org/10.1016/j.med.2016.02.012>
- Reynolds, I., Healy, P., & Mcnamara, D. A. (2014). ScienceDirect The Surgeon , Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland Malignant tumours of the small intestine. *SURGE*, 1–8. <http://doi.org/10.1016/j.surge.2014.02.003>
- Shankland, K. R., Armitage, J. O., Hancock, B. W., & Park, W. (2012). Non-Hodgkin lymphoma. *The Lancet*, 380(9844), 848–857. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60605-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60605-9)
- Talamonti, M. S., Goetz, L. H., Rao, S., & Joehl, R. J. (2002). Primary Cancers of the Small Bowel. *JAMA*.

Linfoma gigante no hodgkin en paciente VIH positivo

Dr. Marcelo Moya Jordán
Universidad de Guayaquil.

Dr. Avner Rizzo Ovaco
Universidad de Guayaquil.

Dra. Ornella Ugalde Villacís
Universidad de Guayaquil.

Resumen

La incidencia de linfoma en pacientes con VIH positivo supera en gran a la de la población en general. Su aumento parece estar relacionado con múltiples factores, entre los cuales podemos destacar las propiedades transformadoras del retrovirus propiamente dicho, la inmunosupresión y la desregulación de citoquinas que resulta de la enfermedad y, sobretodo, las infecciones oportunistas con otros virus herpes linfotróficos como el virus de Epstein-Barr y Herpes virus humano 8. De acuerdo a su histología podemos dividir a los linfomas en tres grupos: los que se presentan también en pacientes inmunocompetentes; los que ocurren específicamente en pacientes VIH positivos; y los que ocurren en pacientes con otras formas de inmunosupresión. La gran mayoría de los casos están representados por linfomas agresivos. Sin embargo, tras la introducción de terapia antirretroviral altamente activa, el riesgo de desarrollar linfoma en el contexto de la infección por el VIH ha disminuido y el resultado clínico ha mejorado. A continuación, se reporta el caso de un paciente VIH positivo en el hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el periodo 2017, con diagnóstico de linfoma gigante no Hodgkin, basado en la evidencia clínica y su prevalencia epidemiológica vemos la importancia del informe y posterior estudio de estos casos.

Palabras claves: neoplasia, virus herpes linfotrofos, terapia antirretroviral, linfoma de Burkitt

Abstract

The incidence of lymphoma in HIV-positive patients far exceeds that of the general population. Its increase seems to be related to multiple factors, among which we can highlight the transforming properties of the retrovirus itself, immunosuppression and cytokine deregulation resulting from the disease and, especially, opportunistic infections with other herpes lymphotropic viruses such as the virus Epstein-Barr and human herpes virus 8. According to its histology we can divide the lymphomas into three groups: those that also present in immunocompetent patients; those that occur specifically in HIV-positive patients; And those occurring in patients with other forms of immunosuppression. The vast majority of cases are represented by aggressive lymphomas. However, after the introduction of highly active antiretroviral therapy, the risk of developing lymphoma in the context of HIV infection has decreased and clinical outcome has improved.

The case of an HIV positive patient in the hospital of Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña during the period 2017, with diagnosis of giant non-Hodgkin's lymphoma, based on the clinical evidence and its epidemiological prevalence, we report the importance of the report and Subsequent study of these cases.

Keywords: Neoplasm, herpes lymphotropic virus, antiretroviral therapy, Burkitt's lymphoma

Introducción

El linfoma no Hodgkin (LNH) incluye un grupo de más de 20 enfermedades linfoproliferativas malignas diferentes que se originan a partir de linfocitos. Las tasas de NHL han aumentado dramáticamente en las últimas décadas.^{1,2}

Las causas del aumento en las tasas de NHL son en gran parte desconocidas. El factor de riesgo mejor descrito para el LNH es la deficiencia inmunitaria; Las tasas de LNH se incrementan considerablemente, con riesgos relativos de 10-100 o más, en personas con deficiencia inmunológica asociada con terapia inmunosupresora después del trasplante, VIH / SIDA y condiciones congénitas.^{3,4} Además, algunos subtipos del LNH están asociados con infecciones específicas. Estos incluyen el LNH del sistema nervioso central asociado con la inmunodeficiencia (virus de Epstein-Barr); Tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica NHL (*Helicobacter pylori*); La leucemia / linfoma de células T adultas (virus T-linfotrópico humano tipo 1) y el linfoma basado en la cavidad corporal (herpesvirus humano 8). Sin embargo, estas infecciones específicas representan una proporción muy pequeña de la incidencia total del LNH.⁵

Además de la inmunodeficiencia y la infección, otras condiciones inmunitarias son cada vez más reconocidas como relacionadas con el riesgo NHL. Las enfermedades autoinmunes específicas, incluyendo la artritis reumatoide, el lupus eritema sistémico, el síndrome de Sjogren, la psoriasis y la enfermedad celíaca se asocian con un riesgo moderadamente elevado de LNH. Por otro lado, las condiciones alérgicas y atópicas y sus correlatos, como el orden de nacimiento temprano, parecen estar asociados con un menor riesgo.^{6,7}

Una variedad de otras exposiciones están menos relacionadas con el riesgo del LNH. Estos incluyen exposiciones ocupacionales, incluyendo algunos pesticidas, herbicidas y disolventes. Recientemente, dos estudios han reportado que la exposición al sol está asociada con un menor riesgo de LNH. Fumar parece estar débilmente asociado positivamente con el riesgo de LNH folicular, y la ingesta de alcohol está asociada con un menor riesgo de LNH.^{5,6}

El análisis conjunto de varios estudios de casos y controles del riesgo del LNH que se encuentran actualmente en el campo promete ayudar a aclarar cuáles de estos factores de riesgo son reales y contribuirá a la elucidación de los mecanismos de cómo los trastornos del sistema inmune y otros factores, están relacionados con el riesgo NHL.^{5, 8,9}

Presentación del caso

Paciente masculino de 34 años de edad VIH positivo hace 10 años y en tratamiento antirretroviral hace 4 años; acude por cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por dolor urente intensidad 10/10, en extremidad inferior izquierda acompañado de calor, rubor y edema. Refiere además dolor tipo cólico intensidad 10/10 en flanco y fosa iliaca derecha que se irradia a región lumbosacra, alza térmica no cuantificada sin predominio de horario que cede con ingesta de paracetamol.

Al examen físico: paciente con fascie álgica, palidez cutáneo mucosa, abdomen Distendido, globuloso, doloroso a la palpación profunda. Masa palpable en flanco derecho y mesogastrio de consistencia dura, inmóvil, bordes definidos, de 10 cm aprox. Extremidad inferior izquierda: dolor urente intensidad 10/10, calor, rubor, edema que deja fovea (++)

Laboratorio: Urea 42.97 mg/dl, glucosa 116 mg/dl, Fosfatasa Alcalina 773 U/l, Gamma GT 215.3 U/l, Leucocitos 5.6, Neutrófilos 72%, Linfocitos 18.5%, hemoglobina 11.0 g/dl, hematocrito 34.5%, plaquetas 228.000.

Reporte de ecografía abdomino pélvica:

- Absceso del psoas derecho

Reporte de ecografía doppler venosa de miembro inferior izquierdo:

- Trombosis del sistema venoso profundo, y del sistema superficial la unión safeno femoral, vena safena mayor

Paciente cursa 17 días de hospitalización con cuadro clínico de edema de miembro inferior derecho hace 7 días con edema de miembro inferior izquierdo con edema frío que deja fovea blanca, dolor tipo urente, con cianosis periférica, disminución de pulsos periféricos: pedio y poplíteo. Se realiza guía ecográfica para punción de masa a nivel del psoas derecho, se observa presencia de imagen heterogénea en su interior que mide 14.3 x 9.7 x 13.6 cms en su diámetro longitudinal, ap y transversal respectivamente. Volumen 987 cc. Se obtiene material rojo negruzco, espeso, sugestivo de hematoma. Se da alta médica con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar y masa en estudio.

Examen anatomopatológico (27-03-2017): fragmento mínimo de tejido fibroso mixoide insuficiente para diagnóstico.

Paciente reingresa después de una semana del alta, acude por cuadro clínico de 3 días de evolución, previo ingreso, caracterizado por dolor en extremidad inferior derecha de intensidad 10/10 con edema acompañado de alza térmica no cuantificada escalofríos hace 24 horas.

Cursa 4 días de hospitalización y se programa para laparotomía exploratoria, la cual cursa sin complicaciones. Como hallazgo quirúrgico se reporta gran tumor de aproximadamente 15 x 20 cms en fosa iliaca derecha incluido flanco derecho en el retroperitoneo, se envían 10 muestras para estudio.

Examen anatomopatológico (10-04-2017): linfoma no Hodgkin difuso de células pequeñas, consistente con linfoma de Burkitt

Discusión

El linfoma de Burkitt (LB) es una neoplasia que se presenta durante la infancia, aunque también puede presentarse en la edad adulta, especialmente en individuos inmunodeprimidos. Durante la adolescencia, los linfomas representan un 27% de los tumores primarios, en segundo lugar las leucemias con un 16%, tumores de ovario/testículo con 11% y del sistema nervioso central con 10%. Siendo así que en adultos, el de tipo no Hodgkin representa un 57% de los casos y de estos, la tercera parte son linfomas Burkitt.^{10,11}

Existen distintas formas clínicas y epidemiológicas. La forma endémica o africana se asocia de forma casi generalizada del 95 a 100% de los casos a la presencia de genoma del virus de Epstein Barr (VEB) en las células tumorales. El mecanismo patogénico no está del todo aclarado, pero al parecer el VEB estimularía la proliferación de linfocitos B y alteraría su propio genoma.^{12,13}

Se ha descrito también la presencia de ascitis, útil para el diagnóstico, y en ocasiones, cuadros localizados en íleon que se presentan como invaginación de evolución subaguda que podrían curarse con intervención

quirúrgica, aunque lo más habitual es que la afectación sea más difusa, como en mesenterio, retroperitoneo y ganglios. En raras ocasiones este trastorno se presenta como una leucemia aguda de células de Burkitt circulantes (LLA-L'), frecuente sobre todo en afectos de SIDA. ^{14, 15}

En la actualidad el régimen quimioterápico consiste en periodos intensivos de corta duración que incluyen agentes como ciclofosfamida, vincristina, metotrexate, doxorubicina y citarabina, que consiguen supervivencias de 2 años libres de enfermedad en el 75 al 89% de los pacientes pediátricos con LB de estadio avanzado, con porcentajes menores en adultos. El tratamiento se complementa con profilaxis frente a las infecciones y la afectación del sistema nervioso central, y factores estimuladores de colonias. ^{16, 17}

Las recaídas ocurren generalmente el primer año, y son signo de especial mal pronóstico. La estrategia terapéutica a seguir en estos casos no está consensuada. El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos podría ser una alternativa, aunque su éxito no se ha confirmado. ^{18, 19}

Conclusiones

Los linfomas en los pacientes VIH positivo tienen una presentación diferente de los pacientes que no son portadores del virus lo cual representa un problema específico de esta población, ya que son el resultado de la inmunosupresión.

La mayoría de los expertos cree que el pronóstico para la persona con linfoma asociado con VIH depende tanto de la infección por VIH como del linfoma. La terapia moderna contra el VIH puede a menudo controlar la deficiencia inmunológica en los pacientes de SIDA. Por lo tanto, el pronóstico para los pacientes que padecen linfoma ha mejorado.

Es de suma importancia preservar la función inmunitaria durante el manejo de la infección por VIH y evaluar a fondo las opciones de tratamiento óptimo para personas con VIH y LNH con inmunidad gravemente comprometida, representando el 50% de los casos de linfoma no de Hodgkin asociado al VIH aun en la “era de los antirretrovirales”.

Referencias bibliográficas

- Montoto S, Shaw K, Okosun J, et al.: HIV status does not influence outcome in patients with classical Hodgkin lymphoma treated with chemotherapy using doxorubicin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine in the highly active antiretroviral therapy era. *J Clin Oncol* 30 (33): 4111-6, 2012.
- Hentrich M, Berger M, Wyen C, et al.: Stage-adapted treatment of HIV-associated Hodgkin lymphoma: results of a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 30 (33): 4117-23, 2012.
- Kaplan LD: Management of HIV-associated Hodgkin lymphoma: how far we have come. *J Clin Oncol* 30 (33): 4056-8, 2012.
- Simonelli C, Spina M, Cinelli R, et al.: Clinical features and outcome of primary effusion lymphoma in HIV-infected patients: a single-institution study. *J Clin Oncol* 21 (21): 3948-54, 2003.
- Nador RG, Cesarman E, Chadburn A, et al.: Primary effusion lymphoma: a distinct clinicopathologic entity associated with the Kaposi's sarcoma-associated herpes virus. *Blood* 88 (2): 645-56, 1996.
- Goedert JJ: Multicentric Castleman disease: viral and cellular targets for intervention. *Blood* 102 (8): 2710-11, 2003.
- Marcelin AG, Aaron L, Mateus C, et al.: Rituximab therapy for HIV-associated Castleman disease. *Blood* 102 (8): 2786-8, 2003.

Uldrick TS, Polizzotto MN, Aleman K, et al.: Rituximab plus liposomal doxorubicin in HIV-infected patients with KSHV-associated multicentric Castleman disease. *Blood* 124 (24): 3544-52, 2014.

Gérard L, Michot JM, Burcheri S, et al.: Rituximab decreases the risk of lymphoma in patients with HIV-associated multicentric Castleman disease. *Blood* 119 (10): 2228-33, 2012.

International Collaboration on HIV and Cancer: Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virus-infected adults. *J Natl Cancer Inst* 92 (22): 1823-30, 2000.

Stebbing J, Gazzard B, Mandalia S, et al.: Antiretroviral treatment regimens and immune parameters in the prevention of systemic AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 22 (11): 2177-83, 2004.

Sparano JA: Clinical aspects and management of AIDS-related lymphoma. *Eur J Cancer* 37 (10): 1296-305, 2001.

Bower M, Gazzard B, Mandalia S, et al.: A prognostic index for systemic AIDS-related non-Hodgkin lymphoma treated in the era of highly active antiretroviral therapy. *Ann Intern Med* 143 (4): 265-73, 2005.

Levine AM, Sullivan-Halley J, Pike MC, et al.: Human immunodeficiency virus-related lymphoma. Prognostic factors predictive of survival. *Cancer* 68 (11): 2466-72, 1991.

Kaplan LD, Straus DJ, Testa MA, et al.: Low-dose compared with standard-dose m-BACOD chemotherapy for non-Hodgkin's lymphoma associated with human immunodeficiency virus infection. National Institute of Allergy and Infectious Diseases AIDS Clinical Trials Group. *N Engl J Med* 336 (23): 1641-8, 1997.

Navarro JT, Ribera JM, Oriol A, et al.: International prognostic index is the best prognostic factor for survival in patients with AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma treated with CHOP. A multivariate study of 46 patients. *Haematologica* 83 (6): 508-13, 1998.

Rossi G, Donisi A, Casari S, et al.: The International Prognostic Index can be used as a guide to treatment decisions regarding patients with human immunodeficiency virus-related systemic non-Hodgkin lymphoma. *Cancer* 86 (11): 2391-7, 1999.

Straus DJ, Huang J, Testa MA, et al.: Prognostic factors in the treatment of human immunodeficiency virus-associated non-Hodgkin's lymphoma: analysis of AIDS Clinical Trials Group protocol 142--low-dose versus standard-dose m-BACOD plus granulocyte-macrophage colony-stimulating factor. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. *J Clin Oncol* 16 (11): 3601-6, 1998.

Hoffmann C, Wolf E, Fätkenheuer G, et al.: Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. *AIDS* 17 (10): 1521-9, 2003.

CAPÍTULO VII

PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA



Consumo de alcohol y su repercusión en la familia

Rosa del Rocío Pinargote Chancay

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador
rosa.pinargote@unesum.edu.ec/hugoandresyepez@hotmail.es

Yasmin Alejandra Castillo Merino

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador
Yasmin.castillo@unesum.edu.ec/yascasme@hotmail.es

Montserrat Cristina Merino Conforme

Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador
Montserrat.merino@unesum.edu.ec/ montserratemerinocondorme@hotmail.com

Resumen

El consumo excesivo de alcohol, constituye un problema social a nivel mundial. Por ello, se evaluó la repercusión del consumo de alcohol en el entorno familiar, en una comunidad del Sur de Manabí. Se encuestaron 50 familias en la Ciudadela 3 de Mayo, se entrevistó a un médico de familia del Centro de Salud Jipijapa y a un propietario de bar de la Ciudadela 3 de Mayo, todos del Cantón Jipijapa, Manabí, Ecuador, evidenciándose un alto índice de consumo de alcohol que predominó en la población adulta masculina. La cerveza fue la bebida alcohólica más consumida y la motivación para el consumo excesivo fue por simple satisfacción personal. Como efectos negativos del consumo se presentaron los cambios de humor, de personalidad, afectaciones físicas, emocionales, en menor grado violencia doméstica y la influencia negativa en los menores de edad del núcleo familiar. El consumo de alcohol afecta a los encuestados individual, familiar o socialmente, originando crisis familiares que pueden establecer períodos de riesgo para la salud familiar por ser eventos potencialmente generadores de estrés y ansiedad. Se propone a las autoridades sanitarias de la comunidad un programa de intervención educativa en las familias con problemas de alcoholismo y crisis familiares.

Palabras claves: Alcohol, consumo, salud, repercusión, familia.

Abstract

Excessive consumption of alcohol is a social problem worldwide. Therefore, the impact of alcohol consumption in the family environment in a community in southern Manabí was evaluated. Fifty families were surveyed in Ciudadela 3 de Mayo, a family physician from the Jipijapa Health Center and a bar owner from the Ciudadela 3 de Mayo, all from the Jipijapa Canton, Manabí, Ecuador, were interviewed, evidencing a high consumption index of alcohol that predominated in the adult male population. The beer was the most consumed alcoholic beverage and the motivation for the excessive consumption was by simple personal satisfaction. As negative effects of consumption, there were changes in mood (personality), physical, emotional affections and, to a lesser degree, domestic violence and negative influence on children in the family. Alcohol consumption affects respondents individually, family and socially, resulting in family crises that can establish periods of risk to family health as events that are potentially generating stress and anxiety. The health authorities of the community are proposed a program of educational intervention in families with problems of alcoholism and family crises.

Keywords: Alcohol, consumption, health, repercussion, family.

Introducción

Según informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la relación de la salud y el consumo de alcohol a nivel mundial para el año 2014; el 38,3% de la población en el orbe consumía alcohol, América y Europa, como regiones fueron las que presentaron la tasa más alta de consumo. Para el continente americano se presentan además, el menor porcentaje de abstemios de por vida con un 18,9% del 48% que existe a nivel mundial. Se plantea que el 22% de los bebedores Americanos consume varias bebidas alcohólicas en una misma ocasión (OMS, 2014). Según el diario El Comercio en el 2014, Ecuador fue la novena nación con mayor consumo de alcohol per cápita con 7,2 litros por habitante anualmente y la segunda nación después de Perú, con un mercado ilegal representando el 57%, uno de los más altos del mundo (El comercio, 2014).

En el informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el porcentaje de consumo de alcohol por edad es un 2,5% en menores de 18 años; 12% de 19 a 24 años; 11,5% de 25 a 44 años; 7,4% en edades entre 45 y 61 años; 2,8% en mayores de 65 años, donde el 89,7% lo representan hombres y un 10,3% mujeres. El 41,8% de las personas indican consumir alcohol semanalmente y un 79,2% prefiere tomar cerveza (El comercio, 2014; OPS, 2014; INEC, 2013). En el año 2012, el alcoholismo fue la “tercera causa de muerte en Ecuador, por accidentes, riñas, enfermedades y otros motivos” (El Diario Manabí, 2012; El Comercio, 2015). En la actualidad, es uno de los principales problemas de la salud pública, representa una grave amenaza a la vida y el bienestar de la humanidad. En la lucha contra esta adicción la población en general cumple una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad, se puede observar el consumo grupal y familiar donde la permisividad de los padres hacia los hijos de consumir alcohol a temprana edad es cada vez mayor, generando la necesidad de depender de las bebidas alcohólicas para divertirse en reuniones y festividades. Según el INEC, Manabí es la tercera provincia Ecuatoriana que más consume alcohol, aunque existan medidas o reglamentos en las licorerías y pequeños negocios que expenden alcohol existe un alto incumplimiento a estas porque no se da control necesario, aunque se realicen operativos con apoyo de la Policía Nacional, existen lugares clandestinos permitiendo a la población consumir fuera de las horas y días establecidos (El Comercio, 2014).

El consumo de alcohol se refiere a los gramos de alcohol que se consumen o contenido alcohólico de la bebida en cuestión, expresado en unidades de bebida estándar (Anderson y col., 2008). Se define como consumo de riesgo cuando se establece un patrón de consumo que puede llegar a ocasionar daños a la salud del individuo producidos estos por persistencia del consumo (20-40g al día para mujeres y 40-60g al día para los hombres), llegando a convertirse en consumo perjudicial si se consume el máximo para cada sexo por día (40g para féminas y 60g para el sexo masculino), causando daños físicos y mentales, si esa cantidad máxima es consumida de una sola vez, no repartida en las 24h del día, el consumo se define como excesivo ocasional, pudiendo ser altamente perjudicial para la salud del individuo. Finalmente, el individuo se vuelve dependiente (alcohólico), muestra modificaciones en su conducta, en su salud y su prioridad es el alcohol, dejando a un lado todo lo que antes era importante para él (familia, trabajo, sociedad) (Anderson y col., 2008).

El síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo es una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por el consumo excesivo y con frecuencia de alcohol, pudiendo causar tolerancia y dependencia por lo que daña el organismo, el funcionamiento tanto familiar, como social (OPS, 2016; OMS, 2008; Anderson y col., 2008). El consumo excesivo de alcohol o consumo de riesgo (cinco o más tragos por ocasión o cada dos horas para el hombre y cuatro para la mujer), produce en el individuo efectos sobre el sistema nervioso central originando alteraciones en el estado mental, disminución de la capacidad motriz, estado de ánimo, trastorno del sueño y disfunción sexual. El hígado es el órgano mayormente afectado, debido, a que

elimina las toxinas de la sangre, se incrementa el riesgo de padecer cirrosis hepática, las células del hígado mueren, son sustituidas por células fibrosas, este deterioro puede generar cáncer y finalmente la muerte (Monteiro, 2007; Anderson y col., 2008).

A pesar de que el consumo excesivo de alcohol, afecta mayormente a los adultos, las cifras para adolescentes es cada vez más preocupante; constituyendo en la familia fuentes de tensión, inestabilidad psicológica y emocional, problemas en la socialización de los miembros e incluso violencia intrafamiliar. El alcoholismo, es también una de las principales causas de morbilidad y mortalidad como informa la OMS, por asociarse con los riesgos de padecer enfermedades, traumatismos, muerte por violencia, accidentes de tránsito, etc. A nivel mundial mueren 3,3 millones de personas anualmente por el consumo excesivo de alcohol (Monteiro, 2007; Anderson y col., 2008; OMS, 2015). Entre los factores que conllevan al alcoholismo predomina la decisión propia del individuo, el alcohol es una de las drogas de más fácil acceso, esta se ha convertido en un problema social en casi todos los países y en todas las edades comenzando desde la adolescencia. Las personas recurren al alcohol por que les produce inhibición para descansar, para ser aceptados, modificar el estado de ánimo, creando una costumbre, posteriormente adicción, siendo los hijos los que se ven afectados en el desarrollo de su personalidad cuando crecen en un hogar con padres alcohólicos adoptando forma introvertida, sumisa, tímida, baja autoestima y en ocasiones bajo rendimiento escolar (Kovacs y col., 2008). De otra forma cuando el miembro alcohólico es un hijo, no existe el respeto hacia los demás integrantes de la familia, los cuales viven constantemente angustiados, ansiosos y tristes. Cualquiera que sea o sean los miembros alcohólico/s en la familia, crean un ambiente disfuncional existiendo inflexibilidad e incapacidad para resolver los problemas y buscar soluciones efectivas. Las crisis familiares son determinadas por contradicciones internas, cambios, reformas que pueden establecer períodos de riesgo para la salud familiar por ser eventos potencialmente generadores de estrés y ansiedad como el alcoholismo. El individuo nace, crece, se desarrolla y muere, este es un ciclo vital donde las crisis relacionadas a él son normativas, estos eventos son más o menos previsibles y transitorios, ocurren de manera general en todas las familias. Los cambios no esperados constituyen amenazas, riesgos, para que la familia se convierta en disfuncional, se desorganice y desmoralice (Herrera Santi, 2012).

En esta investigación se establece como problema el consumo de alcohol como factor de riesgo de crisis familiar, a razón de que en nuestra sociedad el consumo de alcohol es un hábito, no es solo un comportamiento individual, si no que se encuentra frecuentemente influenciado por normas sociales y culturales en el medio que vivimos. En este sentido, en el Art. 38 de la Ley Orgánica de salud se declara como problema de salud pública al consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Por todo lo antes planteado se decidió evaluar la repercusión del consumo de alcohol en el entorno familiar.

Metodología

La población objeto de estudio la constituyeron 50 familias, representadas por el adulto responsable del núcleo familiar (mamá y/o papá) de los hogares escogidos aleatoriamente en la Ciudadela 3 de Mayo, a los cuales se les aplicó una encuesta con preguntas cerradas donde se recogió información concerniente al hábito de consumir bebidas alcohólicas, frecuencia de consumo, sexo, edad de las personas consumidoras de alcohol en la familia, miembros del núcleo familiar que consumen alcohol, motivos de consumo, tipo de bebida consumida con mayor frecuencia, cambios en la personalidad del familiar consumidor de alcohol, principales afectaciones que sufre la familia por el consumo de alcohol de algunos de sus miembros, repercusión personal y familiar del abuso de alcohol.

Mediante la técnica de la entrevista se consultó a un especialista médico de familia del Centro de Salud Jipijapa con el cual se indagó sobre los aspectos médicos del consumo de alcohol, entre ellos la repercusión para la salud y la familia que puede tener el consumo excesivo del mismo, promedio de pacientes atendidos por problemas de consumo de alcohol. Finalmente, las opciones de tratamiento para el alcoholismo (mediadas por el MSP).

Utilizando igualmente la entrevista se indagó con una persona propietaria de un bar en la Ciudadela estudiada para determinar las causas (a su juicio) del consumo de alcohol, sexo, edad frecuencia, número de personas que acuden a su establecimiento, cantidad, tipo de bebida alcohólica consumida, regulaciones existentes para el correcto funcionamiento del local y control por parte de las autoridades competentes.

Resultados y discusión

Una vez aplicadas las encuestas, el 66% de las familias encuestadas indicó que existen miembros en su familia que consumen alcohol, de los cuales el género masculino representó el 79% y el género femenino constituyó minoría con un 21%. Esto indica que existe un alto índice de familias con integrantes que consumen alcohol.

En cuanto a la frecuencia con la que los individuos refieren consumir alcohol fue de tres veces por mes (un promedio de una vez por semana) para un 28%, seguida por el 24% que indicó que el consumo lo realizan dos, cuatro o más veces mensualmente; aunque no es un valor elevado pero si de alerta por las implicaciones adictivas que puede tener el consumo de alcohol frecuente, el 18% refirió un consumo diario. Se plantea que el consumo de alcohol se ha vuelto un hábito, una tradición, que se da en las celebraciones, ceremonias, reuniones, festividades, aun en situaciones trágicas; generando una crisis familiar en la sociedad, los padres flaquean en el control y formación de los hijos, el desencadenamiento de estos problemas adulteran los principios básicos de organización con el funcionamiento familiar, permitiendo tener relaciones cimentadas en la violencia, irrespeto, miedos, faltas de cariño, existiendo riesgos de que los hijos imiten las conductas de los adultos durante su desarrollo, porque es en este contexto que los jóvenes tienen la curiosidad de consumir. Este hábito afecta cuantiosamente la calidad de vida, el estado de salud, extiende el ultraje intrafamiliar y desarrollo de crisis emocionales (Kovacs y col., 2008).

El 47% de los individuos que consumen alcohol se encontraron en las edades de 25 a 44 años, nuevamente un valor que no es significativo estadísticamente pero si a tener en cuenta por las posibles implicaciones que esto representa tanto en tema de salud como social es el hecho que el 5% de la población consumidora de alcohol se encontraron en edades de 12 a 18 años. Estos resultados, coinciden con las cifras reportadas para Ecuador donde la población adulta es la que mayormente sufre de este problema (El comercio, 2014), en el caso de los adolescentes los familiares entrevistados manifestaron su preocupación, muchos de estos además, consumen alguna droga. Los niños y adolescentes que viven en hogares con padres u otro integrante de la familia alcohólico tienen cuatro veces mayor posibilidad de ser alcohólicos que otros niños, los cuales pueden tener varios problemas, sentimientos de culpabilidad, desconfianza, angustia, ansiedad, timidez, confusión, disgusto, depresión, enojo o incapacidad para mantener relaciones interpersonales (Kovacs y col., 2008).

Las causas principales por las cuales los individuos consumen alcohol según los resultados evidenciados, es por satisfacción personal en un 58% y un 12% reconoce que el familiar implicado consume alcohol por adicción. Por problemas familiares y necesidad de ser aceptado en el grupo no fueron valores significativos. Independientemente de las causas referidas, el consumo de alcohol frecuente tiene un impacto negativo en el individuo y la familia, donde los conflictos, problemas familiares son de difícil resolución. No existe una línea

que divida los tipos de bebedores, cada individuo debe evaluar la medida de control en su forma de beber, las consecuencias de este acto, existirán casos que para esto será necesaria la ayuda de los familiares para poder realizar los cambios necesarios. Esto es difícil, debido a que existen varias etapas comunes que transitan las familias con problemas de alcohol antes de que el individuo sea consciente de su forma de beber. En cuanto a la bebida alcohólica más ingerida la cerveza fue la más mencionada, argumentando en ser económica y refrescante.

Entre los efectos negativos del consumo de alcohol, el 22% de los entrevistados manifestaron que los individuos consumidores se vuelven irresponsables tornando el ambiente hogareño conflictivo y es en ese instante donde se puede denotar el inicio de crisis familiar. El 15% manifestó que se tornan agresivos o depresivos, refiriendo que en estas circunstancias por lo general no se comunican formando este también un problema en la familia. Al analizar las principales afectaciones que sufre la familia por el consumo de alcohol de algunos de sus miembros, el 40% consideró ser afectada físicamente, un 27% manifestó que su familia se ve afectada emocionalmente, el 15% psicológicamente y el 12% económicamente. Esto nos indica, que las familias llegan a tener un grado de inestabilidad emocional, psicológica, espiritual, económica y deterioro de la salud, creándose de esta forma crisis en la familia. En un porcentaje pequeño los entrevistados manifestaron haber experimentado algún tipo de violencia intrafamiliar debido al consumo de alcohol de alguno de los integrantes de la familia (21%). El alcoholismo en algunos casos afecta las relaciones entre las familias, existiendo desintegración, hechos de violencia, etc. Algunos, justifican su acto por que los abuelos, padres, hermano mayor consumían alcohol ellos como autoridad lo validaban y estaba bien y que lo malo es perder el control El alcohólico es una persona que no tiene control sobre su estado, en su deseo por beber, es insensible a los sentimientos de sus familiares, es en algunos casos una pesadilla vivir con sus ofensas, violencia, infidelidad, desintegración matrimonial. El adicto es impredecible, no se sabe cómo va a reaccionar es común que sus familiares estén constantemente angustiados, intentando siempre determinar cuál es el estado de ánimo del alcohólico para no provocar situaciones violentas. Suelen presentarse mayormente abuso psicológico, con menor frecuencia casos de abuso físico. Los consumidores excesivos de alcohol proyectan sentimientos agresivos, que son rechazados por sus familiares, debido a que este y otros comportamientos dan un mal ejemplo a los menores de la familia que presencian este acto (Pons Diez & Berjano Peirats, 2009).

El 100% de las familias encuestadas manifestó que ningún miembro de su familia ha recibido tratamiento por alcoholismo, esto indica que se considera que no se debe recibir tratamiento por este problema de salud, que además no conocen que el alcohol es una droga que genera adicción y enfermedades que conllevan a la muerte.

En la entrevista realizada a especialista médico de familia, este refirió que el alcoholismo es una enfermedad tanto biológica como cultural, teniendo un enfoque bio-psicosocial, que es un problema social que influye en las familias tanto en su dinámica como en su funcionalidad. Refirió además, que como promedio atiende seis personas semanalmente por problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, enfatizó el papel fundamental de los entes de salud en la comunidad y el país en la promoción de salud, controles preventivos de los pacientes, además, entre todos deben buscar estrategias encaminadas al problema del alcoholismo.

Finalmente, se desarrolló una entrevista con una propietaria de Bar en la Ciudadela 3 de Mayo la cual manifestó que a su juicio, las personas consumen alcohol por una satisfacción personal, coincidiendo así con lo manifestado por los encuestados. De igual forma coincide el criterio que los jóvenes (adultos) universitarios son los que más frecuentan su local, pero que son las mujeres mayoría, contrario a lo descrito en la literatura (El comercio, 2014; OPS, 2014; INEC, 2013) y al resultado mostrado por los encuestados, donde los hombres

son la mayoría en el consumo de alcohol. En esta entrevista se constató además, que la frecuencia con la que los mismos grupos asisten a su local y por consiguiente consumen bebidas alcohólicas es de miércoles a sábado, por lo que contrario a lo manifestado por los padres de familia, estos jóvenes adultos consumen alcohol con una frecuencia mayor que la que ellos creen, consumiendo como promedio de 4 a 6 jarras de cerveza por grupo de personas que se reúnen (promedio de 6 jóvenes). En este establecimiento se respetan las normativas, de no expender bebidas alcohólicas a menores de 18 años, se cumple con el horario establecido y se respeta la ley seca, todo ello controlado regularmente por las autoridades competentes.

En función de los resultados obtenidos en la investigación se realiza una propuesta de intervención educativa para disminuir riesgos y problemas relacionados con el alcohol en las familias de la ciudadela 3 de mayo del Cantón Jipijapa a implementarse en el segundo semestre del año en curso. Como parte del plan de intervención educativo se prevé realizar diversas actividades entre las que encuentran charlas educativas sobre la repercusión social del alcoholismo en la familia y el individuo; Importancia de la prevención del alcoholismo; Instrucciones sobre las consecuencias del consumo frecuente de alcohol a la familia e individuo con los beneficios de no hacerlo. Además se planifican entrevistas con personal del entorno familiar, social, profesional, para valorar riesgos y recursos familiares. Finalmente, se propone realizar una evaluación continua de actuaciones, técnicas y progresos de la intervención.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran una vez más la repercusión negativa que tiene el consumo de alcohol en el ámbito familiar, ya que los encuestados manifestaron que los cambios de personalidad del familiar consumidor hacen que estos se vuelvan irresponsables, agresivos en la mayoría de los casos, además, del deterioro físico, inestabilidad emocional, la influencia negativa en el comportamiento de los menores, incluyendo episodios de violencia intrafamiliar. Por ello, las familias sufren de inestabilidad emocional, psicológica, espiritual y económica, creándose de esta forma crisis en la familia.

Se contribuye con investigaciones futuras, con el diseño e implementación de intervenciones de enfermería focalizadas en el manejo de adultos y adolescentes para reducir el consumo de alcohol; realizar actividades educativas encaminadas a orientar a los padres sobre el manejo de los adolescentes, el consumo de alcohol, otras sustancias adictivas, conjugados con el comportamiento en el núcleo familiar, encaminadas al desarrollo de valores en los jóvenes. Todo ello, aportando a reducir los factores de riesgo en el hogar que contribuyen al consumo de alcohol.

Agradecimientos

Los autores le agradecen a la población encuestada en la Ciudadela 3 de Mayo del Cantón Jipijapa, Manabí, a la propietaria del bar y al médico de familia.

A todas las personas que nos apoyaron en la realización de esta investigación, al personal de salud que se encuentra contribuyendo con la continuidad de la investigación en la implementación de la propuesta.

Referencias bibliográficas

Anderson y col. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud* Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: OPS.

El Comercio. (20 de Diciembre de 2014). *El ecuatoriano baja el consumo de licor, pero lo que más bebe es cerveza*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/actualidad/ecuatoriano-baja-consumo-licor-cerveza.html>

El comercio. (2014). *www.elcomercio.com*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuador-ocupa>

noveno-puesto-regional.html.

El Comercio. (17 de Diciembre de 2015). *604 personas mueren al año por exceso de licor en Ecuador*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/datos/muerte-ecuador-estadisticas-causas-alcoholismo.html>

El Diario Manabi. (19 de junio de 2012). *ecuadorinmediato.com*. Obtenido de http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=175589&umt=el_diario_manabi_consumo_licor_sigue_a_pesar_controles

Herrera Santi, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Medicas*, 12(2), 184-191.

INEC. (22 de julio de 2013). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/alcohol.jpg>

Kovacs, F., García, M., Oliver-Frontera, M., Gil del Real Calvo, M., López Sánchez, J., Mufraggi Vecchierini, N., & Palou Sampol, P. (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Rev. Esp. Salud Pública*, 82(6), 677-89.

Monteiro, M. (2007). *Alcohol y Salud Pública en Las Américas Un caso para la acción*. Washington, D.C: OPS.

OMS. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO-ESPAÑA.

OMS. (12 de Mayo de 2014). *Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud*. Obtenido de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&catid=332:arg02-prevencion-y-control-de-enfermedades&Itemid=510

OMS. (Enero de 2015). *Alcohol*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

OPS. (14 de mayo de 2014). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356

OPS. (25 de abril de 2016). *Acerca del Programa de Abuso del Alcohol y Sustancias*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1581&Itemid=1400&lang=es

Pons Diez, J., & Berjano Peirats, E. (2009). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

Consumo de alcohol y tabaco en relación al estilo de vida de la población adolescente

Dra. Marisela Mildred Saltos Solís

Universidad de Guayaquil
marisela.saltos@ug.edu.ec

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar como el estilo de vida de la población adolescente influye en el consumo de alcohol y tabaco. Metodología: estudio no experimental, observacional, descriptivo y correlacional, se realizó con 2351 estudiantes de ambos sexos del primero, segundo y tercer año de bachillerato de tres colegios fiscales del área urbana del cantón Milagro. Se midió el nivel de consumo de alcohol y tabaco según edad y género, variables del estilo de vida, percepción y características del consumo. Resultados: el 39,63% son hombres y el 60,37% mujeres, con un 97,9% de estudiantes mestizos. La media de edad del consumo de alcohol es de 16 años y de tabaco los 17 años. No existe diferencia significativa en el consumo de alcohol por género. En relación al número de días el sexo masculino presenta un mayor nivel de ingesta de alcohol que en las mujeres. Y la cantidad de cigarrillos consumidos por género es mayor en el sexo femenino. Conclusiones: los/as adolescentes tienen hábitos de vida no saludables, asociados a la escasa práctica de ejercicios físicos, actividades de recreación, ingieren en mayor proporción comidas rápidas evidenciándose hábitos alimentarios nocivos que incrementan el riesgo para la salud.

Palabras claves: Alcohol, tabaco, estilo de vida, adolescentes, consumo.

Abstract

The objective of this research was to determine how the lifestyle of the adolescent population influences the consumption of alcohol and tobacco. Methodology: non-experimental, observational, descriptive and correlational study was realized with 2351 students of both sexes of the first, second and third year of high school of three fiscal schools of the urban area of the canton Milagro. The level of alcohol and tobacco consumption was measured according to age and gender, lifestyle variables, perception and consumption characteristics. Results: 39.63% were men and 60.37% were women, with 97.9% of mestizo students. The average age of alcohol consumption is 16 years and tobacco age 17 years. There is no significant difference in alcohol consumption by gender. In relation to the number of days the male sex presents a higher level of alcohol intake than in the women. And the amount of cigarettes consumed by gender is higher in the female sex. Conclusions: adolescents have unhealthy lifestyles associated with poor physical activity, recreational activities, and ingestion of fast foods, evidencing harmful eating habits that increase the risk to health.

Keywords: Alcohol, tobacco, lifestyle, teenagers, consumption.

Introducción

El consumo de sustancias adictivas como el alcohol y tabaco son un problema de Salud Pública que afecta a la población (Chelet, Escriche, García y Moreno, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2014). Se produce desde edad temprana y tiene implicaciones en el ámbito social, educativo, personal, de salud, y actúa sin distinción de edad, sexo, clase social u ocupación.

Datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008), señalan que la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco alcanzó el 76,09% y 46,80%. La edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es de 13,7

años y el de tabaco fue antes de los 13 años. (Encuesta Mundial de Salud Escolar, 2009, Salud en las Américas, 2012).

La adolescencia es una etapa de la vida donde el riesgo es mayor porque se generan consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008). Es un período de grandes cambios, caracterizado por nuevos hábitos y exposición a factores de riesgo como tabaquismo, dieta inadecuada, sedentarismo (Carvalho, Medeiros, López, Barreto y Morais, 2014). En la transición de la niñez a la adolescencia es donde se experimenta con alcohol y otras drogas (Malta, Porto, Melo, Monteiro, Sardinha y Lessa, 2011).

Salazar y Arrivillaga (2004) señalan que los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas incluyen comportamientos propios del consumo, tales como el modo de empleo de la droga y la frecuencia con que se usa, y el manejo de los efectos del consumo tanto a nivel personal (alteraciones físicas, cognitivas, emocionales y conductuales) como social (manejo de las relaciones interpersonales, pertenencia a grupos).

El tener un estilo de vida, saludable o no saludable, como hábitos nocivos, hábitos alimenticios, actividades físicas, vida sedentaria, relaciones sexuales a edad temprana, manejo del tiempo libre, producido en este proceso de cambio es un factor de riesgo o de protección en el ingreso al uso de drogas lícitas (Huescar, Cervello, Llamas y Moreno, 2011). Estudios como el de Balaguer (2002) manifiestan que la práctica de la actividad física es una conducta del adolescente que favorece el desarrollo de estilos de vida saludables. En tanto que los hábitos alimentarios nocivos se presentan como un elemento de riesgo para la salud (Jiménez, 2011).

El conjunto de pautas y hábitos que son cotidianos y demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes se constituyen en factores de riesgo o de protección para la salud (Henderson, Hall y Lipton, 1980). Para Tirado, Aguaded y Marín (2009) la necesidad de experimentar nuevas sensaciones, adaptarse al mundo social, combatir el aburrimiento, ocio, son factores de riesgo del consumo de drogas. Los adolescentes al enfrentarse a situaciones de riesgo en la búsqueda de su identidad y personalidad consumen sustancias, especialmente por la presión e influencia de los iguales (Ruiz y Ruiz, 2011).

Peñañiel (2009) manifiesta que los factores de riesgo son una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno como el consumo de alcohol y tabaco. Los adolescentes perciben que existe un menor riesgo para la salud con el consumo de drogas legales que en las ilegales pero la frecuencia de su uso es perjudicial para la salud. (Álvarez, et al., 2005: 16).

Autores como Ariza y Nebot (2002) y; Muñoz-Rivas y Graña (2001) manifiestan se debe considerar que la edad aumenta la frecuencia e intensidad del consumo de drogas, los 13 y 15 años es una edad vulnerable por los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Sistema de Información Global sobre Alcohol y Salud, año 2014, expone que se consumió en el mundo 6.2 litros de alcohol por personas de 15 años y más, así como 60 tipos de enfermedades son ocasionadas por éste. En relación al tabaco, de los mil millones de fumadores que coexisten en el mundo, casi el 80% se encuentra en los países de ingresos medios o bajo; de éstos, 200 millones son mujeres.

De acuerdo a la Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas (2012) la influencia del contexto social, la cultura orientada al consumo, la baja percepción de los riesgos, influyen en el incremento de casos de uso de sustancias como el alcohol y tabaco.

El primer contacto con el alcohol y el tabaco se produce mayoritariamente antes de los 14 años (Mendoza, Batista, Sánchez y Carrasco, 1998). El alcohol es un factor facilitador de las relaciones sociales en los adolescentes, lo cual explicaría que el grupo de amigos sea el principal iniciador en el hábito de beber y también que tener amigos bebedores sea un factor asociado al consumo de alcohol en el adolescente (Paniagua, García, Castellano, Sarrallé y Redondo, 2001).

El consumo de alcohol generalmente está relacionado con estilos de vida de riesgo como: consumo de tabaco y uso de drogas ilegales; trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad; desórdenes alimenticios y aumento del índice de masa corporal; y, también, las peleas en la escuela, acoso, vandalismo y otros tipos de violencia. (Malta, Sardinha, Mendes, Barreto, Giatti, Castro, et al., 2009).

La elevada frecuencia de consumo de tabaco en jóvenes, es especialmente preocupante, pues es previsible que dicho consumo se traduzca en un importante aumento de problemas de salud en los próximos años (Chelet, Escriche, García y Moreno, 2011).

El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes y presenta un patrón de consumo esporádico, intensivo, fuera del hogar y con sus pares (Paniagua, García, et al, 2001). La conducta desinhibida que induce el consumo de alcohol y de drogas ilegales facilita las relaciones sexuales precoces y en consecuencia las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Miret, Rodes, Valverde, Geli y Cassabona, 1997).

El propósito de la investigación fue el conocer en qué medida el estilo de vida de los adolescentes según la edad y el género se relaciona con el consumo de alcohol y tabaco.

Metodología

El presente estudio es una investigación no experimental, observacional, descriptiva y correlacional, que se realizó con 2351 estudiantes de ambos sexos de tres colegios fiscales del área urbana del cantón Milagro, del primero, segundo y tercer año de bachillerato, cuyas edades oscilaron entre los 13 a 25 años, con un promedio de edad de 17.

Se accedió a fuentes primarias de información, mediante la Encuesta Mundial de Salud a escolares, (GSHS), instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud (2008), aplicado en diversos países de las regiones de América, África, Mediterráneo, Europa, Pacífico Occidental, Asia Occidental. El cuestionario permitió medir a) el nivel de consumo de alcohol y tabaco según la edad y el género, b) identificar las variables del estilo de vida relacionada al consumo, b) nivel de percepción del consumo, c) características del consumo y se estableció además los aspectos sociodemográficos de la vida de los adolescentes.

El levantamiento de la información se realizó en las aulas de clases de las instituciones educativas con la autorización de las autoridades respectivas. Los datos obtenidos fueron analizados con SPSS 21.0 estimando proporciones y diferencias identificadas con la prueba de χ^2 Chi cuadrado y un valor de significancia de $p < 0,05$ y $p < 0,01$. La investigación se realizó de enero a diciembre del 2015.

Resultados

El 60,37% son mujeres y 39,63% hombres, Figura 1. El 30,24% tienen 15 años de edad, el 28,90% 16 años y el 21,77% tiene 17 años. Figura 2. Se determinaron las características sociodemográficas relacionadas a la etnia, el 97,9% de los adolescentes son mestizos. Se consideró saber si trabajan y el 84,5% no lo hacen, el 23% tiene cinco integrantes en la familia el 23% y el 21,5% son cuatro miembros. El 60,2% vive con sus padres, con un estatus socioeconómico medio en un 57,6%, la religión que profesan en su mayoría 55% es la católica. Tabla 1.

Figura 1. Género de adolescentes

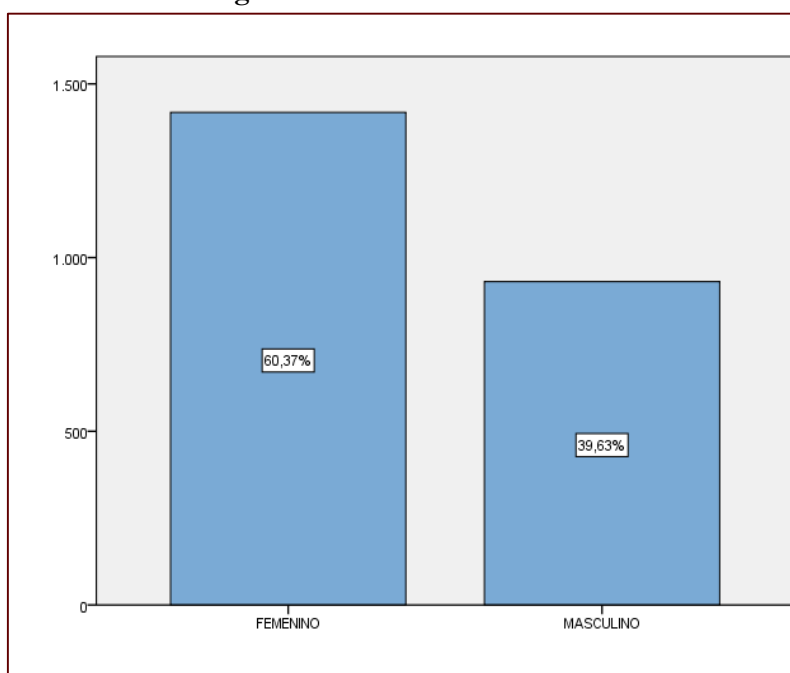


Figura 2. Frecuencia de edad de adolescentes

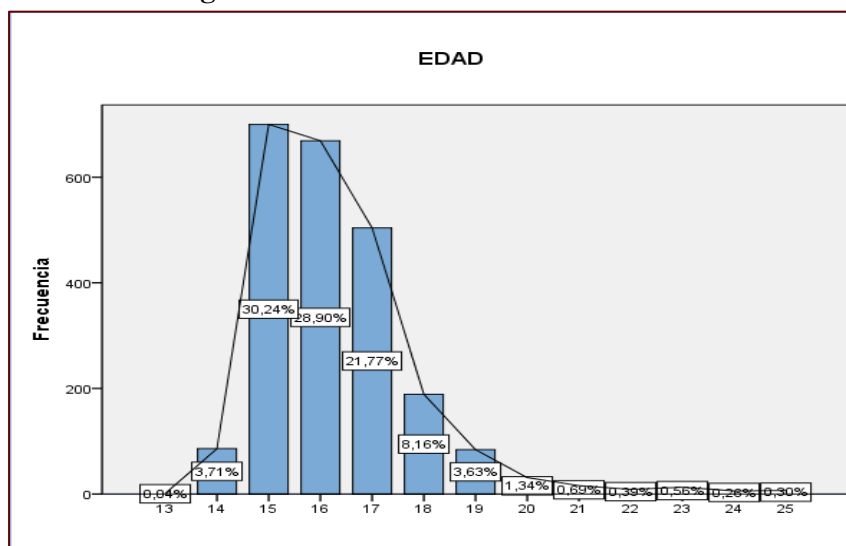


Tabla 1. Características sociodemográficas

VARIABLES	CATEGORÍAS	PREVALENCIA %
Género:	Hombre	39,63
	Mujer	60,37
Etnia	Mestizo	97,9
	Afroecuatoriano	0,8
	Indígena	0,2
	Blanca	1,1
Trabaja	No	84,5
	Si	10,3
Integrantes de la familia	Tres	9,8
	Cuatro	21,5
	Cinco	23
	Seis	13,1
Religión	Católico	55
	Evangelista	13,5
	Cristiano	10,6
	Ninguno	16,8
Estructura familiar	Vive con sus padres	60,2
	Vive con su madre	23,8
	Vive con su padre	3,3
	Otros familiares	8,2
Estatus socioeconómico	Medio	57,6
	Medio bajo	23,5
	Medio Alto	10,2

Se evaluaron los factores asociados al estilo de vida como el hacer ejercicio: caminar, trotar, hacer deporte, práctica de actividades de recreación: caminar, nadar, montar en bicicleta, ir al médico una vez al año, ir al odontólogo una vez al año, si se automedica o va al farmacéutico, el tipo de alimentación con nutrientes, consumo de comidas rápidas, si se mantiene un horario regular de comidas, traspasar, si ha tenido alguna vez relaciones sexuales y si ha sido víctima de violencia en los últimos doce meses, en relación al género y a la edad, mediante χ^2 chi cuadrado con un $p < 0,05$.

Se encontró que existe una relación significativa $p=0,000$ en relación al género y el hacer ejercicios, caminar, trotar o hacer deporte así como al practicar actividades de recreación caminar, nadar, montar en bicicleta, considerándose que lo realizan algunas veces 36% de estudiantes del género femenino y 41,8% del masculino algunas veces van al médico una vez al año ($p=0,019$). El 42,8% de las mujeres y el 32,9% de varones ($p=0,013$) van al odontólogo una vez al año algunas veces. 42,1% de mujeres y 38,9% de varones ($p=0,018$) se automedican o van al farmacéutico. En relación al tipo de alimentación existe un nivel de significancia del $p=0,188$ significativo en relación al tipo de alimentación que se ingiere con nutrientes en relación al género. No existe relación significativa entre el mantener un horario de comidas regular ($p=0,059$) y el traspasar ($p=0,196$) y si ha sido víctima de violencia en los últimos doce meses ($p=0,188$), en tanto que el nivel de significancia es de ($p=0,000$) en el 25,7% del género femenino y 42,4% del género masculino que han tenido alguna vez relaciones sexuales. Tabla 2.

Tabla 2. Factores asociados al estilo de vida según género (x² chi cuadrado)

Variables asociadas	Género	Frecuencia		Nivel significación x² chi cuadrado p<0,05
Hacer ejercicio camina, trota, hace deporte	Masculino	Algunas veces 31,9%		0,000
	Femenino	52,9%		
Practica actividades de recreación caminar, nadar, montar en bicicleta	Femenino	Algunas veces 46,6%		0,000
	Masculino	33%		
Ir al médico una vez al año	Femenino	Algunas veces 36%		0,019
	Masculino	41,8%		
Ir al odontólogo una vez al año	Femenino	Algunas veces 42,8%		0,013
	Masculino	32,9%		
Se automedica o va al farmacéutico	Femenino	Algunas veces 42,1%		0,018
	Masculino	38,9%		
Tipo de Alimentación con nutrientes	Femenino	Siempre 49,2%		0,188
	Masculino	45,8%		
Consume comidas rápidas	Femenino	Algunas veces 58%		0,049
	Masculino	53,5%		
Mantiene horario regular de comidas	Femenino	Algunas veces 38,6%		0,059
	Masculino	34,7%		
Trasnocha	Femenino	Algunas veces 52,5%		0,196
	Masculino	50,3%		
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	Femenino	No 74,1%	Si 25,7%	0,000
	Masculino	57%	42,4%	
Ha sido víctima de violencia en los últimos doce meses	Femenino	Ninguna 83,5%		0,188
	Masculino	80,9%		

En relación a la edad y las variables del estilo de vida, se consideró el rango de edad de los 15 a los 17 años para el análisis de los resultados. Existe una relación significativa entre la edad y el hacer ejercicio caminar, trotar o hacer deporte ($p=0,005$), practicar actividades de recreación, caminar, nadar, montar en bicicleta ($p=0,000$). No existe relación entre el ir al médico una vez al año, ir al odontólogo una vez al año, automedicarse o ir al farmacéutico, el tipo de alimentación con nutrientes, mantener un horario regular de

comidas y la edad. En tanto que el nivel de significancia entre la edad y el consumo de comidas rápidas es de ($p=0,004$), en la misma medida que es significativa la relación entre la edad y el trasnochar ($p=0,003$) y el haber tenido alguna vez relaciones sexuales ($p=0,000$) así como el haber sido víctima de violencia en los últimos doce meses ($p=0,000$). Tabla 3.

Tabla 3. Factores asociados al estilo de vida según edad (x^2 chi cuadrado)

Variables asociadas	Edad	Frecuencia	Nivel significación x^2 chi cuadrado $p<0,05$
Hacer ejercicio camina, trota, hace deporte	15 años	Algunas veces 45,6%	0,005
	16 años	45,1%	
	17 años	42,9%	
Practica actividades de recreación caminar, nadar, montar en bicicleta	15 años	Algunas veces 40,8%	0,000
	16 años	43,8%	
	17 años	38,4%	
Ir al médico una vez al año	15 años	Algunas veces 36,4%	0,657
	16 años	36,4%	
	17 años	40,9%	
Ir al odontólogo una vez al año	15 años	Algunas veces 40,5%	0,383
	16 años	39,5%	
	17 años	44,9%	
Se automedica o va al farmacéutico	15 años	Algunas veces 41%	0,984
	16 años	41,2%	
	17 años	39,1%	
Tipo de Alimentación con nutrientes	15 años	Siempre 35,7%	0,849
	16 años	51,7%	
	17 años	47,6%	
Consume comidas rápidas	15 años	Algunas veces 55,7%	0,004
	16 años	56,5%	
	17 años	59,8%	
Mantiene horario regular de comidas	15 años	Algunas veces 36,8%	0,284
	16 años	37%	
	17 años	36,6%	
Trasnocha	15 años	Algunas veces 51,2%	0,003
	16 años	52,7%	
	17 años	52,4%	

Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	15 años	No 78,9%	Si 20,8%	0,000
	16 años	69,7%	29,8%	
	17 años	64,5%	35,1%	
Ha sido víctima de violencia en los últimos doce meses	15 años	Ninguna 82,9%		0,000
	16 años	83,1%		
	17 años	83,3%		

Existe un relación significativa ente la edad y el fumar cigarrillo o tabaco ($p=0,000$) con un nivel de significancia de $p<0,01$ en contraste con el género ($p=0,031$). En tanto que el género ($p=0,049$) y la edad ($p=0,036$) tienen una correlación con el consumo de licor al menos dos veces al mes con un nivel de significancia de $p<0,05$. Tabla 4.

Tabla 4. Correlación de consumo de alcohol y cigarrillo según edad y género

Variable	Categoría	p	Correlación significativa
Fuma cigarrillo o tabaco	Género	0,031	$p<0,01$
	Edad	0,000	
Consume licor al menos dos veces al mes	Género	0,049	$p<0,05$
	Edad	0,036	

La media de edad al consumir licor al menos dos veces a la semana es casi siempre a los 17 años y siempre a los 16 años, en el caso de fumar cigarrillos o tabaco es casi siempre a los 17 años y siempre a los 16. De los adolescentes encuestados se obtiene que la cantidad de cigarrillos por el género femenino es a los 20 a 29 días de 2130 y de 1162 para el masculino, a los 3 a 5 días el consumo es de 1618 en las mujeres así como 683 cigarrillos de 6 a 9 días en los hombres, si se considera que de 1 a 2 días es de 224 para el género femenino y 71 para el masculino. Figura 3.

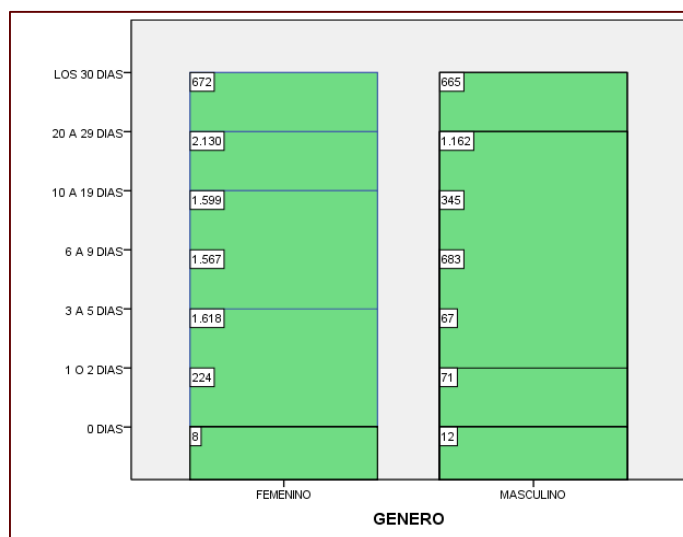


Figura 3. Consumo de cigarrillos según días y género

Los resultados expresan que 894 estudiantes del género femenino consumieron alcohol entre 6 a 9 días, 875 consumieron entre 20 a 29 días y en el género masculino 935 consumieron alcohol entre 20 a 29 días y 290 consumieron entre 10 a 19 días, con un $p=0,000$. Figura 4.

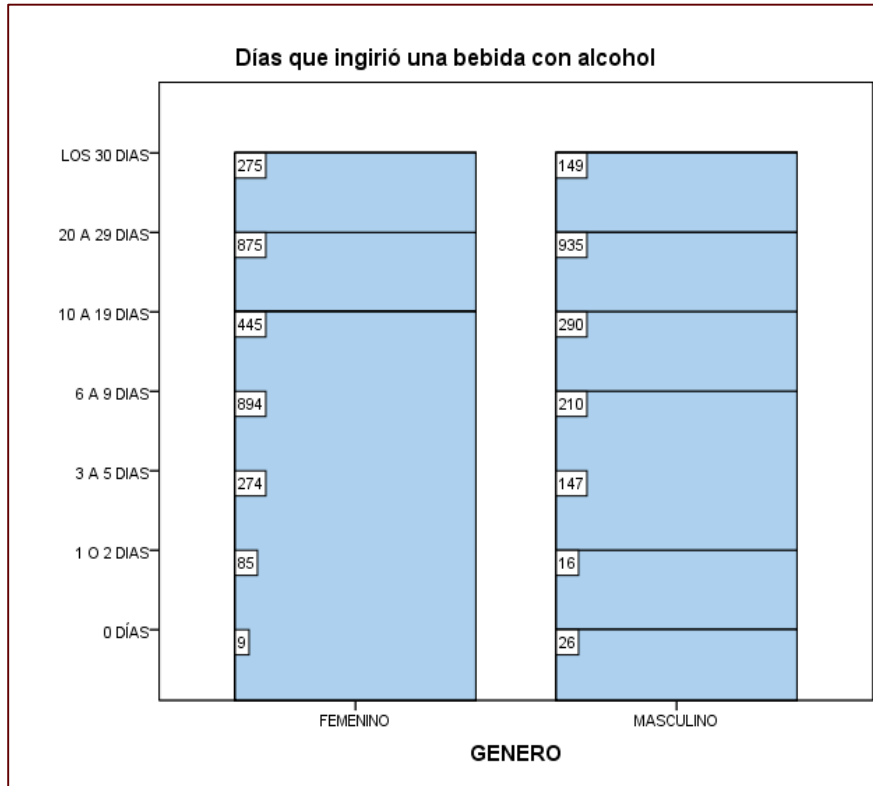


Figura 4. Consumo de alcohol según días y género

Discusión

Los resultados del estudio evidencian que el estilo de vida de los adolescentes no es saludable, considerándose el hecho de estar en pleno proceso de maduración tanto físico como intelectual. En los últimos años se ha producido entre los adolescentes un cambio en el concepto de ocio y tiempo libre, lo cual, unido a desajustes afectivos, psicosociales y educativos propios de esta edad, podría tener relación con el desarrollo de conductas de riesgo (Paniagua, García, Castellano, Sarrallé y Redondo, 2001).

Se encuentra que las adolescentes son quienes en mayor porcentaje realizan ejercicios como caminar, trotar o hacer deportes, así como practicar actividades de recreación, en la edad comprendida entre los 14 a 16 años. Estudios como el de Balaguer (2002) manifiestan que la práctica de la actividad física es una conducta del adolescente que favorece el desarrollo de estilos de vida saludables. En tanto que Huescar, Cervello, Llamas, et al, (2011) expresan que la inclusión de actividades físico-deportivas en la rutina de vida en la adolescencia contribuiría a la adopción de un modelo de vida saludable, al garantizar la prevención y extinción de otras conductas no saludables, tales como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

El consumo de comidas rápidas se presenta de manera frecuente poniéndose de manifiesto que las mujeres ingieren en mayor proporción este tipo de alimentos que los hombres, asociado a las edades de mayor

frecuencia de consumo comprendidas de los 14 a 16 años. Jiménez (2011) indica que los hábitos alimentarios nocivos se presentan como un elemento de riesgo para la salud, la alimentación con sustancias nutritivas es indispensable para la salud y poder efectuar las actividades diarias con vitalidad y sin cansancio acorde a esta etapa de la vida.

El consumo de licor se produce a una edad de 16 años al menos dos veces a la semana. El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes y presenta un patrón de consumo esporádico, intensivo, fuera del hogar y con sus pares (Paniagua, García, et al, 2001).

El fumar un cigarrillo o tabaco se produce con mayor frecuencia a una edad de 17 años. La elevada frecuencia de consumo de tabaco en jóvenes, es especialmente preocupante, pues es previsible que dicho consumo se traduzca en un importante aumento de problemas de salud en los próximos años (Chelet, Escriche, García y Moreno, 2011). El consumo de alcohol generalmente está relacionado con estilos de vida de riesgo como: consumo de tabaco y uso de drogas ilegales; trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad; desórdenes alimenticios y aumento del índice de masa corporal; y, también, las peleas en la escuela, acoso, vandalismo y otros tipos de violencia. (Malta, Sardinha, Mendes, Barreto, Giatti, Castro, et al., 2009).

Paniagua, García, Castellano, Sarrallé y Redondo (2001) indican que en el consumo de tabaco y alcohol como drogas destacan como factores de riesgo la influencia del entorno familiar y social del consumidor, asociados a patrones de ocio, presencia de episodios de embriaguez y consumo de varias drogas entre los adolescentes.

De acuerdo a Cava, Mugui y Musitu (2008) la edad tiene efectos como factor de riesgo y de protección en la adolescencia temprana y media en el consumo de sustancias. Los adolescentes aún no tienen la capacidad de anticipar los peligros de un comportamiento habitual, que los hace más vulnerables a la participación en las conductas riesgo, como el uso y abuso de sustancias, especialmente cuando son más agresivos e impulsivos (Kazdin, 1993).

Conclusión

La adolescencia es un período de grandes cambios, caracterizado por nuevos hábitos y exposición a factores de riesgo como tabaquismo, dieta inadecuada, sedentarismo (Carvalho, Medeiros, López, Barreto y Morais, 2014). Los adolescentes tienen hábitos de vida no saludables como una escasa práctica de ejercicios físicos, actividades de recreación, hábitos alimenticios inadecuados, en relación a la salud física y mental que conducen al consumo de alcohol y tabaco.

La edad, el sexo, las condiciones de vida a las que se ve expuesto un adolescente son condicionantes del consumo de sustancias legales, por su fácil acceso en el medio social en donde se desenvuelven. Los hábitos de comportamiento tanto saludables como no saludables que tienen los adolescentes en su vida cotidiana influyen de manera significativa en el desarrollo del consumo de sustancias adictivas como alcohol y tabaco. A una edad de 16 a 17 años se consume licor y de los 17 a 19 años fuman cigarrillo o tabaco los cuales afectan la salud como la calidad de vida de este importante grupo de la población.

El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes y presenta un patrón de consumo esporádico, intensivo, fuera del hogar y con sus pares (Paniagua, García, et al, 2001). La conducta desinhibida que induce el consumo de alcohol y de drogas ilegales facilita las relaciones sexuales precoces y en consecuencia las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Míret, Rodes, Valverde, Geli y Cassabona,

1997). De acuerdo a Buscemi y Turchi (2011) la edad de inicio al beber y antecedentes familiares de problemas con el alcohol son dos de los factores de riesgo más importantes de inicio del consumo.

Paniagua, García, Castellano, Sarrallé y Redondo (2001) afirman: “en la actualidad, se observa que los adolescentes contactan de forma precoz con tabaco, alcohol y drogas no legales y muchos de ellos presentan un alto consumo de estas sustancias”. Es importante señalar que el consumir drogas como el alcohol y tabaco es perjudicial para la salud, siendo el riesgo de enfermedad y muerte mucho mayor cuando se suman ambas adicciones. Y se debe considerar que: el inicio temprano de fumar y beber aumenta el riesgo de uso posterior de cannabis u otras drogas (Becoña, et al, 2011).

Los factores de riesgo funcionan de modo diferente en chicos y chicas (Kokkevi, Arapaki, Richardson, Florescu, Kuzman y Stergar, 2008). Los chicos tienen significativamente más factores de riesgo, tanto personales como contextuales, y menos factores de protección que las chicas. Para ellas, los factores de protección son más personales y familiares, al igual que sus factores de riesgo (Schinke, Fang y Cole, 2008).

El hábito de fumar se asocia al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, enfisema y cáncer de pulmón, ocasiona ingentes gastos al sistema sanitario, y es la causa de muerte prevenible más importante en el mundo (Gómez y Pascual, 2000). Los patrones patológicos de consumo de alcohol en el adulto, iniciados en muchos casos durante la adolescencia, pueden ocasionar cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y neurológicas. (Paniagua, García, Castellano, Sarrallé y Redondo, 2001).

El consumo esporádico de alcohol es más común en los adolescentes y pueden llegar al abuso ocasionando riesgos potenciales para la salud como intoxicación, además el consumo de alcohol en la adolescencia puede producir accidentes de tráfico, homicidios suicidios, que representan las principales causas de muerte entre los jóvenes (Modelli, Pratesi, Taul, 2008).

Por consiguiente, se debe realizar promoción y prevención de la salud que permita concientizar en los/as adolescentes los efectos nocivos que ocasionan el consumo de estas sustancias. Así como fomentar la importancia de la práctica de estilos de vida saludables que conlleven a mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable de la población.

Agradecimiento

A los directores de las instituciones educativas por su espíritu de colaboración, así como a los estudiantes participantes. Mi más sincero agradecimiento a cada uno de ustedes.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E., Fraile, A, M., Secades, R. y otros (2005). *Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias
- Ariza. C. y Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 3, 227-38.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Osorio, J., Fraga, J., Arrojo, M., López, F., Domínguez, MN. (2011). Drunkenness, driving and sexual relations in young cocaine and ecstasy users. *Adicciones*, 23, 205-218.

- Buscemi L, Turchi C. (2011). An overview of the genetic susceptibility to alcoholism. *Med Sci Law* 51:S2–6. doi: 10.1258/msl.2010.010054.
- Domínguez, MN. (2011). Drunkenness, driving and sexual relations in young cocaine and ecstasy users. *Adicciones*, 23, 205-218.
- Carvalho, D., Medeiros, M., López, D., Barreto, S. y Morais, O. (2014). Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Revista de salud pública*, 48, 52-62.
- Cava, M.J., Mugui, S., y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Cicua, D., Méndez, M. y Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, 15-134.
- Chelet, M., Escriche, A., García, J. y Moreno, P. (2011). Tobacco consumption in a University of Valencia population. *Revista Trastornos adictivos*, 13, 5-10.
- Gómez, MN., Pascual, MT. y Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. (2000). Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *Anales Españoles de Pediatría*, 52, 168-177.
- Henderson, J.B, Hall, S. M. y Lipton, H. L. (1980). *Changing selfdestructive behaviors*. Health Psychology. San Francisco: Jossey Bass.
- Huescar, E., Cervello, E., Llamas, L. y Moreno, J. (2011). Alcohol and tobacco consumption behaviors and their relationship to healthy habits in adolescents. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 19, 523-539.
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 20, 53-61.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Kovkkevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. y Stergar, E. (2008). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 308-312.
- Malta, DC., Porto, DL., Melo, FC., Monteiro, RA., Sardinha, LM., Lessa, BH. (2011). Família e proteção aouso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 14, 166-77.
- Malta, DC., Sardinha, LM., Mendes, I., Barreto, SM., Giatti, L., Castro, IR, et al. (2009). Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciencia Salud Colectiva*, 15, 9-19.
- Mendoza, R., Batista, JM., Sánchez, M., Carrasco, AM. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12, 263-271.
- Ministerio de Salud Pública., OPS. (2008). *Prevalencia actual del uso de alcohol y consumo de tabaco*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Miret, M., Rodes, A., Valverde, G., Geli, M., Cassabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana en adolescentes escolarizados en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 11, 66-73.
- Modelli, M., Pratesi, R. y Tauil, PL. (2008). Blood alcohol concentration in fatal traffic accidents in the Federal District, Brazil. *Revista Saude Publica*. 42(2), 350-2. DOI:10.1590/S0034-89102008005000012
- Muñoz, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 1, 87-94.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe consumo alcohol y tabaco en el mundo*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es
- Paniagua, HP., García, SG., Castellano, GC., Sarrallé, R. y Redondo, C. (2001). Tobacco, alcohol and illegal drug consumption among adolescents. Relationship with lifestyle and environment. *Anales españoles de pediatría*, 55, 121-128.
- Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147 – 173.
- Ruiz, F. y Ruiz, J. (2011). Variables predictoras del consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*, 27, 350 – 359.
- Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista colombiana de Psicología*, 13, 74 – 89.
- Schinke, S.P., Fang, L., y Cole, K.C.A. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194.
- Tirado, R., Aguaded, J. I. y Marin, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y Drogas*, 9, 165-184.

Funcionamiento familiar e inicio temprano de la actividad sexual en adolescentes

Andrea Steffanie Cueva Rey

Universidad Técnica de Machala
acueva@utmachala.edu.ec

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Universidad Técnica de Machala
ysanchez@utmachala.edu.ec

María Johanna Batallas Borja

Universidad Técnica de Machala
mbatallas@utmachala.edu.ec

Resumen

La funcionalidad familiar está determinada por la capacidad que tenga la familia en brindar condiciones necesarias para su cuidado y sostenimiento. Se tomaron las categorías tipos de familia conflictiva y nutridoras, estilos de comunicación, aplacador, acusador, súper razonable, irrelevante y fluido, para explicar las dinámicas interaccionales de cinco familias con hijas adolescentes que iniciaron precozmente su actividad sexual. El estudio es de corte cualitativo, de diseño narrativo, se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, el test de Apagar familiar, dos composiciones referentes a la vida familiar y al enamoramiento; se indagó la forma de funcionamiento en las familias y las construcciones referentes al amor. El resultado de las entrevistadas manifiesta que la actividad sexual tiene una frecuencia intermedia, de aparente exclusividad, que inicia con besos y caricias hasta llegar a encuentros más íntimos. Existen escasos conocimientos de métodos preventivos de embarazos prematuros y enfermedades de transmisión sexual, exponiéndolas a situaciones de riesgo. Las familias mantienen un estilo disfuncional de no contención a las necesidades de sus hijas, generando baja autoestima y provocando la búsqueda de parejas sexuales como formas compensatorias de sentirse amadas, entendidas y protegidas. Las adolescentes participantes mantienen relaciones sexuales en etapas muy tempranas del desarrollo, sin orientación y cuidado.

Palabras claves: Funcionalidad, tipos de familia, comunicación, actividad sexual.

Abstract

Family functionality is determined by the family's ability to provide the necessary conditions for care and support. The categories of conflicting and nurturing families and communication styles were taken, appealing, accusatory, superreasonable, irrelevant and fluid, to explain the interactional dynamics of five families with teenage daughters who started their sexual activity early. The study is qualitative, with a narrative design, semi-structured interviews, the family Apgar test and two compositions concerning family life and infatuation; The form of functioning in the families and the constructions referring to the love was investigated. It was identified in the interviewees that their sexual activity has an intermediate frequency, of apparent exclusivity, that began with kisses and caresses until arriving at more intimate encounters. There was limited knowledge of methods to prevent premature pregnancies and sexually transmitted diseases, exposing them to risk situations. Families maintain a dysfunctional style of noncontainment to the needs of their daughters, generating low self-esteem and provoking the search for sexual partners as compensatory ways to feel loved, understood and protected. Participant teens have sex at very early stages of development, without guidance and care.

Keywords: functionality, family types, communication, sexual activity.

Introducción

La familia, es la instancia de la sociedad en la que los hijos adquieren primeras experiencias, valores y concepción del mundo, aporta al individuo las condiciones para un desarrollo sano en unos casos y en otros, es la principal fuente de conflictos emocionales. De acuerdo a la Teoría general de los sistemas la familia se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas. Todas ellas directamente vinculadas con la educación y crianza de los hijos.

El estudio, toma los presupuestos teóricos de Satir, en ella plantea a la familia como un lugar donde el ser humano potencializa sus virtudes, aprende nuevas habilidades, no se cierra a las crisis, lo manifiesta como oportunidades de cambio, utiliza el término de nutridoras para explicar la relación de contención y protección que se basa en fomentar la autoestima en todos los integrantes, a través de reglas humanas negociables, con una comunicación clara, directa, sin críticas sino en la que se identifiquen los errores y falencias para crecer.

Otro de los enfoques, es el de la teoría psicoevolutiva que plantea al ser humano en una serie de fases, cada una de ellas implican cambios, nuevas estrategias de funcionamiento, estos cambios pueden ser propios del desarrollo como la niñez, escolaridad, adolescencia o pueden ser inesperados, como la muerte, la pérdida del año escolar, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el embarazo en la adolescencia, entre otros. En este sentido este estudio abordó dos situaciones críticas: la primera estuvo relacionada con los cambios individuales y del grupo familiar, la segunda entrañó aspectos para normativos.

La adolescencia es una etapa de muchos cambios, donde la familia tiene que necesariamente reajustarse a las demandas propias de la edad, muchos de los cambios como la rebeldía, el enamoramiento, el identificarse con sus amigos, son entendidos por los padres como una manera inapropiada de comportamiento. La población adolescente y de adultos jóvenes, constituyen aproximadamente el 30% de la población mundial (English A, 2007), uno de los grandes retos en esta etapa es la práctica de una sexualidad saludable. Iniciarse en la actividad sexual no se trata sólo de placer, requiere asumir una responsabilidad importante y conocer las posibles consecuencias que el sexo prematuro puede traer, como lo es un embarazo no deseado (Mendoza H., 2013).

En este estudio se tomó como marco de referencia del paradigma cualitativo, que permite a través de métodos, técnicas e instrumentos (entrevistas semi-estructuradas, Apgar, composiciones) no cuantificables, conocer la dinámica de funcionamiento familiar y el inicio temprano de la actividad sexual en un grupo de 5 familias de adolescentes en de la ciudad de Machala.

Para la determinación de resultados se evidencia que las familias mantienen un estilo disfuncional de no contención a sus hijas, generando baja autoestima, buscando en parejas sexuales formas compensatorias de sentirse amadas y protegidas, por ende las adolescentes participantes mantienen relaciones sexuales en etapas muy tempranas del desarrollo, sin orientación y cuidado por esto demuestra la comunicación culpabilizadora entre los miembros de la familia, se analizan y se formulan recomendaciones para mejorar estos patrones que se han establecido, como vincular a las familias a espacios de psicoterapia familiar que las ayude a realizar cambios, a fin que se propicie un estilo funcional de relación, una crianza en el que se fomente la autoestima individual y familiar; incluir en el diseño de programas dirigidos a padres y autoridades, conferencias que involucren orientación legal respecto al inicio temprano de las relaciones sexuales de su hijo y de los derechos de los niños/as.

Importancia del Problema

La familia se inserta en la sociedad como una institución que promueve el desarrollo y crecimiento en los hijos, su funcionamiento está ligado a ciertas dinámicas internas que tienden al equilibrio.

En el siglo XXI, existe un notorio incremento de la tecnología que abre más la brecha existente entre los hijos y padres, más aun, cuando en la familia no hay canales adecuados que permitan una comunicación funcional, fluida, libre de críticas y descalificaciones. Es en la adolescencia donde los conflictos que ya existían en la familia se impregnan de un matiz caótico, cuando no ha existido contención, apoyo y afecto, lo que Satir denomina “familia nutridora”.

El estudio “La funcionalidad familiar y su relación con la adquisición de habilidades sociales de los niños y niñas con discapacidad intelectual moderada, de 10 a 13 años, que asisten al Instituto Fiscal de discapacidad motriz “INSFIDIM” en el periodo 2015 a 2016 de la ciudad de Quito. Lineamientos propositivos”, utiliza el APGAR Familiar, para determinar la Funcionalidad Familiar, en conjunto con el Cuestionario de Evaluación de las Habilidades Sociales, concluye que únicamente el 12% de 27 familias participantes tienen un estilo funcional de relacionamiento incidiendo en sus destrezas en el cuidado de los hijos (Galarraga, 2015).

Los cambios sufridos por las adolescentes, son sentidos por todo el sistema familiar, haciéndose inevitable el cambio, es en este proceso cuando no damos respuestas a las demandas de las hijas y las orientamos adecuadamente en el tema de la sexualidad. Uno de los problemas que enfrentan las adolescentes que inician tempranamente su actividad sexual, es el embarazo, según datos del Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (INEC), existe alrededor de 122.031 adolescentes (13-19 años), que tienen mínimo un hijo, de esta cantidad 68.259 están en una relación de pareja, siendo 69.318 las que continúan su educación regular.

En Machala, se han reportado 1830 casos de adolescentes embarazadas y solo 440 de ellas, continúan estudiando, este dato revela que existe un quiebre en la vida de las mujeres cuando enfrentan un embarazo a temprana edad, se limitan sus metas de vida, muchas abandonan sus estudios y emprenden la compleja tarea de la maternidad, sin tener los recursos para enfrentarla.

El estudio de la sexualidad en la adolescencia propuesto por (Martín y col. 2009), concluyen que existen mitos relacionados con el embarazo, debido al “desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual”, conocimiento que regularmente es aprendido de las experiencias de los amigos/as.

Aunque la sexualidad es más que una actividad sexual, hay que tener en cuenta que en la adolescencia y juventud la expresión del erotismo, el placer sexual, la intimidad, orientación sexual e identidad de género, están íntimamente ligados las normas sociales, las estructuras económicas, las batallas políticas e ideologías religiosas que rodean las expresiones físicas de la intimidad (International Planned Parenthood Federation, 2015).

En las unidades educativas donde estudian las adolescentes, se verifica la existencia de un número importante de adolescentes hombres y mujeres que han iniciado su actividad sexual sin los cuidados necesarios, algunas de las adolescentes han buscado alternativas domésticas para abortar, otro grupo cuenta con el apoyo de sus

padres y avanzan en su gestación, otros/as con VIH/SIDA y virus del papiloma humano, problemas que los ha llevado a iniciar un programa de educación y orientación a todos los estudiantes.

La importancia de esta investigación radica en el estudio de la funcionalidad familiar, estilo de comunicación y reglas establecidas en los hogares. No solamente al estudio de la adolescente en forma aislada al establecer el inicio temprano de su actividad sexual, bajo el punto de vista sistémico. En el campo institucional, beneficia a entidades como el Ministerio de Educación y MIES, el analizar este tipo de problemáticas desde un abordaje sistémico que involucre a la familia, para que se establezca el manejo adecuado de las relaciones familiares, correcta información proporcionada a las adolescentes y familias, reconociendo la necesidad, pues, el inicio temprano de la actividad sexual, es un problema de miles de familias en el Ecuador, por la que a nivel del país se han creado programas para prevenir el embarazo adolescente, situación que ayuda en parte, pero no frena los comportamientos de riesgo, la promiscuidad e incluso la muerte de muchas adolescentes.

Metodología

El estudio se enmarcó en el paradigma cualitativo, el cual a través de inducciones se encaminó a establecer la relación existente entre el funcionamiento familiar y el inicio temprano de la actividad sexual en un grupo de familias de las estudiantes.

Se utilizaron los métodos fenomenológicos y de estudio de casos, lo que permitió la descripción del fenómeno de la funcionalidad de las familias cuyas hijas han iniciado tempranamente relaciones sexuales partiendo de la identificación de los estilos en la comunicación, el reconocimiento del tipo de reglas, la identificación del autoestima de los sistemas familiares que participaron en el estudio.

Los métodos, técnicas e instrumentos que se realizaron fueron:

1. Entrevista

En la investigación se utilizó la entrevista de tipo semiestructurada, con un guion previamente establecido pero no rígido, pudiendo incluirse aspectos defensivos de las personas, en la que se exploraron los aspectos funcionales y disfuncionales en la comunicación, estilo de crianza, autoestima, este tipo de técnica es ampliamente utilizada en investigaciones de corte social (Hernández y col. 2006). Se aplicó entrevistas a diez adolescentes con su grupo familiar compuesto por tres a cinco personas.

2. Apgar

Fue diseñado por Smikelsin (1978), es un instrumento que evalúa el funcionamiento familiar de manera global, a través de la percepción de sus integrantes. Posteriormente Arias (1994), crea una nueva versión en la que se incluye al grupo de “amigos”, que ha sido validada en varios países de Asia y Norteamérica, los puntos de corte son:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Los componentes del mencionado instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia, estos son:

Adaptación: Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

Participación O Cooperación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

Gradiente de recursos: Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

3. Afectividad

Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

Capacidad resolutive: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Este instrumento, favorece a la investigación por ser de fácil aplicación, en el mismo se evidencia si existe o no disfuncionalidad familiar y de acuerdo con la interpretación del instrumento se evidencian los componentes mayormente afectados (adaptación, participación y afectividad). La existencia de casos donde se aplica el instrumento denota que facilita la interpretación de información que proporciona el sujeto a analizar de forma confiable.

4. Composición: Mis padres y yo

En la primera composición, es corta, le cuesta realizarla, indica no saber que escribir, en su escritura se evidencia un tipo de familia conflictiva “mi mama solo grita, no se interesa por mí y no me deja salir”, “mi papa, es molesto si no le parece algo que hago me da una buena bofetada, ellos no entienden lo que siento”, “a veces creo que no tiene sentido seguir con ellos”.

Hace referencia a pocos elementos del pasado, centra su queja en la infidelidad de su padre, como esta le ha afectado. “yo sospecho que tiene otros hijos y nosotras no le interesamos”, ese desinterés percibido afecta su autoestima.

5. Composición: ¿Cómo siento el amor?

En la composición ¿Cómo siento el amor?, es un relato breve en el que las adolescentes evidencian construcciones tradicionales respecto al amor en pareja “Él es el único que me ama” y “él es el hombre de mi vida”, evidencian la construcción mítica respecto al amor, señala solamente aspectos positivos y cualidades, no visibiliza situaciones negativas o conflictos que haya vivido en su relación.

Resultados

Los resultados indicaron que la forma de funcionar en las familias era de tipo conflictivo, en la que los padres se centraban en sus intereses, necesidades y problemas, descuidan a las hijas adolescentes, quienes sentían esta ausencia, a través de sentimientos como la soledad, sensación de abandono e indiferencia, esta situación era aprovechada para mantener encuentros sexuales con los enamorados. Estos grupos eran básicamente conflictivos, no identificaban sus inconsistencias en el desarrollo de las hijas, en las que fomentaban percepciones negativas, que inevitablemente disminuye su autoestima.

Otra situación que se evidenció era el estilo de comunicación básicamente culpabilizador, donde los padres inculpaban a las madres, señalaban y reprochaban señalando el comportamiento inapropiado de las hijas, este tipo de dinámica no ayudaba a mantener en las adolescentes un adecuado concepto de sí mismas, por el contrario, las llenaba de culpa, soledad y vergüenza.

Cuando se hacía referencia a la actividad sexual, en este estudio se destacaron a aquellas prácticas que han promovido el placer, en tal sentido se tomaron las unidades de análisis creencias, mitos, tiempo, edad, frecuencia y condición de exclusividad. En cuanto a las creencias y mitos estas son en relación a las asignaciones que son normalizadas socialmente, algunas se construyen sobre la base de una idealización de la pareja, en casi todos los casos no han considerado en sus prácticas sexuales el utilizar métodos que prevengan el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto al tipo de actividad, esta iniciaba con caricias que culminaron con una unión coital, las cual se ha mantenido con una frecuencia de tres días aproximadamente a la semana, en edades muy tempranas (12, 13, 14), aunque en su mayoría han tenido más de una pareja sexual, en la actualidad están con un solo “enamorado”, manteniendo una relación de exclusividad.

El poco cuidado en sus relaciones sexuales, ha promovido en casi todas las adolescentes un embarazo prematuro, que los mantienen oculto de sus padres, sin los debidos cuidados controles médicos. Según los datos del Ministerio de Inclusión Económica (2015), se estima que 1.5 millones de adolescentes entre (15-19 años) ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. Según cifras del Ministerio de Salud Pública, por cada 1 000 adolescentes hay 172 adolescentes en estado de gestación.

Las familias participantes de este estudio mantenían un estilo disfuncional de cuidado y crianza hacia sus hijos/as, ellos no percibían sus errores, muchos estaban cimentados en creencias legitimadas socialmente en la que no se consideraba la comunicación, la negociación de las reglas, el promover la autonomía como formas válidas de funcionamiento, siendo atrapados en sus propias percepciones descuidando aspectos importantes en la familia, exponiendo a sus hijas a buscar en otras personas la atención, el afecto y el cuidado que necesitan.

Discusión

Culminado el análisis de la información provista por cada una de las técnicas e instrumentos aplicados a las siete familias que participaron en el estudio, se logró constatar que las tendencias registradas en los indicadores fueron:

En relación al funcionamiento familiar, es decir, a la forma en que la familia dinamiza al interno sus relaciones para este estudio se consideran las unidades: tipo de familia, estilos de comunicación, reglas y autoestima.

Tipos de familia

Los casos investigados provienen de familias conflictivas en la que existe un escaso involucramiento en la vida de los hijos, en si los padres experimenta tensiones relacionadas con problemas en la pareja “infidelidades”, “el pago de hipoteca y cubrir la necesidades del sistema familia”, mostrando poco interés en el desarrollo de sus hijos, en especial de las adolescentes. Estas familias de acuerdo a Satir no son acogedoras, situación que se evidencia en las frases “solo pasa afuera con esos muchachos”, “solo me pide dinero”, “la organización es lo más importante”, cuyas reglas no están acorde a las necesidades de los hijos “en esta familia hay reglas” y menos aún a su etapa de vida, esta situación se evidencia en la mayoría de los casos (1, 2, 3, 4, 5 y 7) de allí que la conducta evasiva de la casa, las salidas sin permiso, las mentiras, que exponen a las adolescentes a un sinnúmero de peligros.

En este sentido la investigación de Guadarrama y col., plantea que cuando la familia es funcional sus hijos mantienen un buen desempeño académico, en las familias estudiadas las adolescentes en su mayoría tienen un bajo rendimiento académico. En términos de Satir (2002), cuando la familia es nutridora se promueve el crecimiento en todas sus áreas, existe un claro desfase entre el desarrollo físico, familiar y social, pues las adolescentes buscan espacios donde sean aceptadas y no criticadas.

Estilo de comunicación

En las familias existe en la mayoría de los casos un estilo disfuncional de comunicación, la forma de expresarse en los padres es en su mayoría culpabilizador (casos 1, 4, 5 y 7), como lo indican las frases “la madre le alcahuetea todo a mi hija”, “y si sigue así se repetirá la historia”, “tu madre es una mujer loca que se fue de la casa”, “ella es la culpable de todo”, en todos estos casos se imponen sus percepciones, siempre se encuentran fallas en el comportamiento del otro progenitor y las hijas, de allí la queja, la crítica, el castigo, este es una clara forma de destruir la autoestima de las adolescentes.

La investigación propuesta no se relaciona con el estudio Galarraga quien cita que el 53% de padres del grupo de estudio manifestaron que algunas veces conversan entre ellos los problemas que tienen en casa. En estas familias los problemas de las hijas poco se hablan, los padres usan medidas punitivas como intento de control.

En los otros dos casos el estilo de los padres irrelevante (2 y 3), los padres transmiten a sus hijas indiferencia, pues se centran únicamente en sus necesidades, no se las toma en cuenta “a todo le dicen sí”, “no pasan en casa por el trabajo pero cuando llegan a casa no hablan”, la indiferencia en las relaciones de la familia hace que las adolescentes busquen atención y afecto, en otros contextos, con otras personas quedando expuestas a caer en adicciones, en explotación sexual (cuyo índice es muy alto en Machala). Únicamente, en la familia 6 se evidencia un estilo funcional, incluso ellos han modificado su estilo de vida para brindar a la menor el soporte necesario.

Reglas

Las reglas en todas las familias participantes han sido encubiertas, los padres, madres y demás familiares han supuesto que los hijos/as conocen las normativas de convivencia de forma tácita, las cuales nunca han sido socializadas y menos aún negociadas, como lo explica las frases “es un muchacho respetuoso y al parecer responsable”, “...ella no quiere colaborar en nada solo pasa afuera con esos muchachos”, también, se expresa en las acciones de prohibición, no escuchar, castigar, imponer la voluntad de un integrante como ocurre en todos los casos en especial el 2, 3, 4 y 7.

Las reglas son para Satir (2002), las pautas que dirigen nuestra vida, Galarraga un indicador claro de disfuncionalidad familiar, en los casos expuestos las reglas responden a un burdo esfuerzo de los padres para rescatar el control en la familia.

Autoestima

Hay componentes claros que definen una baja autoestima para todos los casos expuestos: la justificación de los padres, madres e hijas en cuanto a sus acciones no les permite identificar sus falencias y proponer nuevos estilos de comunicación, reglas menos rígidas, más conciliadoras. En los sistemas familiares 3 y 4 el “pedir”, cosas básicas a sus parejas sexuales, deja entrever el poco cuidado de los padres, teniendo que las hijas recurrir a terceras personas para satisfacer necesidades que solo ellos están llamados a satisfacer, fue

común escuchar frases como: “me siento tranquila con mis amigos”, “mis papas no pasan en la casa, cuando llegan me dicen que haga las cosas...”, “habiendo tantas familias con hijos bien, ella elige al más chiro”.

En Ecuador, no existe un estudio que aborde el tema de la autoestima, pese a ello Satir explica que tener buena autoestima es vivir en libertad, contrario a las adolescentes y sus familias, que son presas de la queja, la culpa, las reglas que nunca se hablan, en fin que familias que no preparan a sus hijas para enfrentar los problemas de su adolescencia. Únicamente en el caso 6, la adolescente ha podido ser apoyada por sus padres, quienes han puesto en primer lugar la tranquilidad y estabilidad de la hija, sin censurar, criticar o culpabilizar.

En relación a la actividad sexual, esta categoría hace referencia a las creencias y mitos respecto a la sexualidad, sus asignaciones de género y al tipo de actividad, detallados a continuación:

Creencias

Exploran e identifican las concepciones tradicionales y de género más relevantes, que de acuerdo a las entrevistadas es estereotipado, en los casos 1, 2, 4 y 7, los padres se quejan de que sus hijas no se involucran ni ayudan en los quehaceres de la casa, en ellos persiste la idea que las mujeres son las encargadas de las cosas domésticas. En el caso 3, la queja de la abuela tiene un tinte sexista que cosifica a su nieta cuando dice “yo le he dicho varias veces que no es de mi agrado, habiendo tantas familias con hijos bien, ella elige al más chiro”, esta es una idea frecuente en muchos sectores sociales donde se considera que lo más importante en una relación es el dinero. En la adolescente del caso 4, se identifica este tipo de idea “hay que vender la mercancía”, “el que quiere azul celeste que le cueste, yo si le pido y me da”, “a ellos se les da lo que piden y te dan lo que uno quieres”, ubicándose ella como un objeto de comercio, que está expuesto al mejor postor. Estas creencias, revelan una percepción viciada que estigmatiza a la mujer degradándola al simple plano doméstico cuyo fin es prepararla para complacer al hombre. En los casos 2 y 4, sus expresiones dan cuenta de experiencias previas dañinas que no han sido elaboradas “a los hombres hay que sangrarlos”, “los hombres son hijitos de mamá”, “El me enseñó a no confiar en hombres”, “ellos solo sirven para poseer”, “yo tenía muchas ilusiones que el rompió”.

Los mitos de las adolescentes se centran en la fecundidad, todas desconocen de métodos anticonceptivos de allí que cuatro de las cinco entrevistadas estén embarazadas. Otro mito identificado se refiere a la idealización de la pareja, como lo expresan las adolescentes (caso 1, 3 y 5) en la composición ¿Cómo siento el amor? Él, es mi primer hombre”, “El me hizo mujer”, “vamos a ser felices para siempre”.

De acuerdo a lo planteado The International Planned Parenthood Federation, 2015, los aspectos sociales, políticos y religiosos están presentes en todas las diversas expresiones de la sexualidad, en este estudio se evidencian construcciones míticas y sociales que guardan relación con la época en que vivimos y los grandes cambios que los pueblos vivencian.

Tipo de actividad, nivel, edad, frecuencia y tipo de pareja

En todos los casos las adolescentes han mantenido relaciones sexuales coitales, que iniciaron con caricias y besos, es decir, el nivel de intimidad sexual es profundo, la edad oscila entre los 12 y 15 años, es decir, en etapas muy tempranas del desarrollo donde se han iniciado los cambios sexuales secundarios. En términos legales, las relaciones sexuales con menores de edad se enmarcan dentro de lo que se conoce como abuso sexual infantil.

La frecuencia de la actividad sexual de las adolescentes es mayoritariamente media (2 a 3 veces por semana), los encuentros son fuera de la vivienda de las adolescentes, todas mantienen relaciones sexuales exclusivas, en tres de los casos no es su primera relación sexual (en los casos 1, 2 y 4).

Este dato se corrobora con el estudio de Martín y col., quienes señalan que existe desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual, los adolescentes viven sus primeras experiencias sexuales sin los cuidados y la responsabilidad que esto implica.

Conclusión

Los sistemas familiares en los que conviven las adolescentes en su mayoría son de tipo conflictivo, en el que existe poco involucramiento afectivo, con reglas muy rígidas, poco negociables, donde se descalifica y critican todos sus integrantes.

Se evidencia un estilo de comunicación acusador en el que nadie asume la responsabilidad de sus acciones, antes bien señalan, acusan y culpan a un integrante de la familia, en especial a la “madre”, del comportamiento trasgresor de las hijas.

Se identificó que la edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes es muy temprano (13 años), en algunos de los casos las características sexuales están emergiendo, tendiendo en sus contra la crisis de identidad y los cambios abruptos de la etapa, que en sí mismo es un indicador de riesgo, además es importante señalar que estas son relaciones en las que se identifica una tipología de abuso sexual infantil, conforme el COIP, las adolescentes no están las condiciones volitivas de consentir una relación coital.

Se reconoció el tipo de actividad sexual, existe en todas las adolescentes una actividad de tipo coital, siendo los encuentros altos (3 veces por semana), en la mayoría de los casos, la familia desconoce que sus hijas mantienen relaciones sexuales, con sus enamorados.

Las familias mantienen un estilo disfuncional que no contiene a sus hijas, generando baja autoestima, buscando en las parejas sexuales formas compensatorias de sentirse amadas, entendidas y protegidas, de allí que las adolescentes participantes mantiene relaciones sexuales en etapas muy tempranas del desarrollo, sin la debida orientación y cuidado.

La importancia de esta investigación radica en el estudio de la funcionalidad familiar, estilo de comunicación, reglas establecidas en los hogares y no solamente al estudio de la adolescente en forma aislada al establecer el inicio temprano de su actividad sexual, bajo el punto de vista sistémico. En el campo institucional, beneficia a entidades como el Ministerio de Educación y MIES, el analizar este tipo de problemáticas desde un abordaje sistémico que involucre a la familia, para que se establezca el manejo adecuado de las relaciones familiares correcta información proporcionada a las adolescentes y familias, reconociendo la necesidad, pues el inicio temprano de la actividad sexual, es un problema de miles de familias en el Ecuador, por la que a nivel del país se han creado programas para prevenir el embarazo adolescentes, situación que ayuda en parte, pero no frena los comportamientos de riesgo, la promiscuidad e incluso la muerte de muchas adolescentes.

Referencias Bibliográficas

English A. (2007). *Actividad Sexual y servicios de salud reproductiva para los adolescentes: los derechos legales y los desafíos de política.*

- Galarraga, M. (2014). <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7113/1/Martha%20M%C3%B3nica%20Gal%C3%A1rraga%20Rosas.pdf>.
- Guadarrama, R., Márquez, O., Veytia, M., & León, A. (2011). Funcionamiento familiar en estudiantes de Nivel Superior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14-21.
- International Planned Parenthood Federation. (2015). <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/adolescents/sexuality>.
- Liga española de educación (2013). <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>.
- Martín, P., Castillo, J., & Duarte, I. (2009) [http://www.clubcientificobezmiliana.org/revista/images/stories/sexualidad%20bez miliana.pdf](http://www.clubcientificobezmiliana.org/revista/images/stories/sexualidad%20bez%20miliana.pdf).
- Mendoza, H. (7 de Octubre de 2013). *Medios Edíasa*. Obtenido de <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/287631-los-embarazos-en-las-adolescentes/>
- Satir, V. (2002). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. Ciudad de México: Pax-México.
- Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. Ciudad de México: Pax México.
- Satir, V. (2005). *En contacto íntimo: como relacionarse con uno mismo y los demás*. Ciudad de México: Pax México, 2da reimpresión.
- Satir, V. (2012). *La autoestima*. México: PrenticeHall. Satir, V. (2012). *Pasos para ser amados*. México: Pearson.

Factor motivacional en estudiantes universitarios desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Universidad Técnica de Machala
ysanchez@utmachala.edu.ec

Gerardo Xavier Peña Loaiza

Universidad Técnica de Machala
gpena@utmachala.edu.ec

Andrea Steffanie Cueva Rey

Universidad Técnica de Machala
acueva@utmachala.edu.ec

Resumen

La presente investigación es descriptiva y correlacional, de tipo comparativa y de enfoque mixto. Estuvo orientada a evaluar el factor motivacional de los estudiantes que cursan una carrera por vocación frente a aquellos que por algún motivo se sienten forzados a seguirla, en base a los resultados diseñar y aplicar un plan de asesoramiento desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. La investigación se realizó con una población de 500 estudiantes a los cuales se les aplicó reactivos psicológicos como: Big 5, Cuestionario de Personalidad de la SEAPSI, Test de Motivación Intrínseca y el Inventario de Satisfacción con la Profesión Elegida. Se concluye que existe influencia significativa del factor motivacional en los niveles de frustración y deserción cuando un estudiante cursa una carrera universitaria que no es de su agrado; se confirma la hipótesis de que sí los estudiantes tienen libre elección en de su carrera universitaria disminuiría el malestar afectivo-motivacional y con ello la deserción o fracaso académico. La realización del Programa de Asesoramiento, desde una Perspectiva Integrativa, permitió hacer uso de una amplia gama de técnicas provenientes de diferentes orientaciones teóricas; produciendo un mejoramiento sustancial en el factor motivacional de los estudiantes.

Palabras claves: Motivación Intrínseca, Motivación Extrínseca, Modelo Integrativo, Asesoramiento.

Abstract

The present research is descriptive and correlational, of comparative type and mixed approach. It was aimed at evaluating the motivational factor of the students who take a career by vocation in front of those who for some reason feel forced to follow it, based on the results design and implement a counseling plan from the Integrative Model Focused on Personality. The research was carried out with a population of 500 students who were given psychological reagents such as: Big 5, SEAPSI Personality Questionnaire, Intrinsic Motivation Test and the Inventory of Satisfaction with the Profession. It is concluded that there is a significant influence of the motivational factor in the levels of frustration and desertion when a student attends a university career that is not to his liking; The hypothesis is confirmed that if the students have free choice in their university career would decrease the emotional-motivational discomfort and with it the academic desertion or failure. The realization of the Advisory Program, from an Integrative Perspective, allowed the use of a wide range of techniques from different theoretical orientations; Producing a substantial improvement in the motivational factor of the students.

Keywords: Intrinsic Motivation - Extrinsic Motivation, Integrative Model, Counseling.

Introducción

La motivación es la fuerza o presión interna que incita al ser humano a perseverar en el esfuerzo durante el tiempo que sea necesario hasta alcanzar determinado objetivo. Es decir, la motivación precede a la conducta, así lo señala Herrera y Zamora (2014) al mencionar que la motivación es una de las claves que explica la conducta del ser humano, representa qué es lo que originariamente determina que una persona inicie una acción, se desplace hacia un objetivo y persista en sus intentos por alcanzarlo. Naranjo (2009), al respecto manifiesta que es una acción interna que ofrece movimiento, brinda energía, orienta al ser humano a actuar en dirección de su meta y realización.

Al plantear que el factor motivacional influye en las actividades cotidianas del ser humano, resulta importante indagar hasta qué punto, este aspecto condiciona el triunfo o fracaso del estudiante que cursa una carrera universitaria por vocación de aquel que por alguna situación la eligió de manera forzada. La motivación como elemento dinamizador e integrador de la personalidad condiciona los mecanismos cognitivos y volitivos de la personalidad en función a un criterio regulador y orientador, en este caso, la profesión (Pidello y col. 2013).

Con la finalidad de explicar la influencia de la motivación sobre la conducta humana, Maslow (1943) elaboró una teoría que denominó la teoría de la motivación, la cual se fundamentó en el concepto de jerarquía de necesidades. Según Maslow, el hombre es una criatura cuyas necesidades crecen durante la vida por lo tanto concibe esa jerarquía. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas, aparecen gradualmente necesidades de orden superior más elevadas que influyen en su comportamiento. Es decir, el ser humano tendrá serias dificultades para alcanzar la satisfacción de las necesidades de orden superior mientras no satisfaga las primarias.

Por otro lado, la satisfacción puede identificarse como la experiencia o sentimiento de éxito en la ejecución de un logro determinado (Soriano, 2001). El nivel de bienestar que un individuo pueda estar experimentando con su vida o con ciertos aspectos de ella como el trabajo, salud, vivienda, estudio etc., está determinado por el grado de satisfacción que pudiera estar sintiendo (Zubieta y Delfino, 2017). Maslow manifiesta que es una fase afectiva del organismo humano originado por la satisfacción de necesidades básicas y sociales, pues el individuo ha compensado sus deseos gracias a que los factores motivadores han llegado a la meta.

Es así que, en cuanto a la satisfacción con la Profesión Elegida, la automotivación, la motivación que el individuo recibe de su entorno respecto a la carrera profesional elegida, que va de acuerdo a sus intereses, preferencias y expectativas, producen en el sujeto un estado afectivo (Zubiri 2013; Said-Hung y col. 2017). Este estado de satisfacción genera conductas positivas como: estimulación para realizar oportuna y puntualmente su trabajo, utilizar sus habilidades a nivel máximo, eficiencias en sus actividades profesionales, procura actualizarse continuamente, cumple con sus trabajos, busca soluciones a los problemas que afectan el desarrollo de su profesión, entre otras (Maquilón y Hernández, 2011).

Los individuos que sienten amor por la profesión la cual les permitirá obtener un trabajo, presentan conductas como: realizar oportuna y puntualmente su trabajo, tener un concepto favorable de su profesión, finalizar su labor sin tener en cuenta el tiempo que este requiere, realizar sus tareas sin importar si los demás la efectúan, procurar actualizar conocimientos relacionados a su profesión, colaborar en la culminación de los trabajos incompletos de otras personas, concluir trabajos buscando eficiencia, manifiestan satisfacción por los logros conseguidos con su profesión.

Es importante señalar, que el comportamiento del ser humano obedece al período de vida en la que se encuentre, a medida que va desarrollando intelectual, emocional y físicamente. También, va madurando vocacionalmente, sus esperanzas, intereses y necesidades influyen en la elección profesional (De León y Rodríguez 2009).

Cabe señalar, que uno de los factores determinantes para el éxito de la carrera de un estudiante es la vocación; sin embargo, hay un alto número de estudiantes que actualmente seleccionan su carrera basándose en aspectos como el prestigio de la profesión, la elección de la universidad, el sistema de postulación y admisión relacionado al puntaje, el factor económico e influencia social (Cano 2008).

Importancia de la investigación

Es de conocimiento general que en el sistema educativo, se presentan casos en donde el estudiante no está conforme con la carrera que cursa, esto provoca muchas veces, sentimientos de frustración, debido a que la necesidad intrínseca del estudiante no es congruente con su realidad. En ciertas ocasiones tal es el grado de frustración que lleva a los estudiantes a la deserción. Por lo tanto, esta investigación es relevante debido a que permite señalar el nivel de motivación de los estudiantes que siguen una carrera universitaria por vocación, frente aquel que la cursa de manera forzada, lo que llama a revisar los lineamientos para la elección de una carrera profesional actualmente en el territorio ecuatoriano. Habiendo planteado la hipótesis: sí, los estudiantes tienen libre elección en sus carreras, entonces disminuiría el malestar subjetivo y con ello la deserción universitaria. Siendo beneficiarios directos los estudiantes universitarios y de bachillerato que se encuentran en el proceso de selección de la carrera profesional.

Metodología

La investigación se desarrolló en la Universidad Técnica de Machala, con una población de 500 estudiantes, de los cuales 357 cursan su carrera universitaria con vocación y 389 de manera forzada según datos obtenidos en la encuesta aplicada previa a los test.

Se empleó el Inventario de Satisfacción con la Profesión Elegida y el Test de Motivación Intrínseca, para recolectar datos que permitan estudiar el Factor Motivacional de los estudiantes que optan por una carrera que no es de su agrado e identificar cuál es la diferencia con aquellos que cursan sus estudios por vocación. Además, se aplicó el Cuestionario de Personalidad de la SEAPSI, como parte de la información necesaria para el diseño de intervención de acuerdo al Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad.

Del número de estudiantes que no están satisfechos con la profesión elegida, se tomó una muestra aleatoria constituida de 50 estudiantes entre hombres y mujeres a quienes se aplicó el plan de asesoramiento con la finalidad de promover en ellos una adecuada motivación hacia la carrera universitaria. El procesamiento de los datos se lo realizó mediante cálculo psico-estadístico de tipo descriptivo. Se amplió y actualizó conocimientos teóricos en base a artículos científicos elaborados con criterios de expertos del modelo terapéutico integrativo, la experiencia, conocimientos personales; aplicación de test y cuestionarios, análisis e interpretación de los resultados y diseño de asesoramiento desde el Modelo Integrativo con la finalidad de atenuar la problemática.

Se utilizó métodos descriptivo, explicativo, transversal e hipotético de tipo comparativo entre dos grupos que muestran características semejantes en un mismo lugar de estudio. Además, se diseñó y aplicó un plan de Asesoramiento de acuerdo al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, basado en el estudio del factor motivacional de los estudiantes que cursan una carrera sin vocación.

Resultados

En cuanto al nivel de aceptación de la carrera el 54% de los estudiantes evaluados afirman que la carrera universitaria que cursa no es de su agrado, resultado que hace correspondencia con los casos de deserción, desmotivación estudiantil, bajo rendimiento, entre otros; y el 46% expresaron que están estudiando una carrera profesional de su agrado.

Según los resultados del test de Motivación Intrínseca, aplicado a los estudiantes que cursan una carrera sin vocación, el 42% tienen una motivación intrínseca deficiente, lo que refleja una insatisfacción significativa con respecto a su carrera universitaria, situación que podría incidir en el fracaso académico y profesional. El 24% de los estudiantes, tienen una motivación intrínseca insuficiente que alude al estudio de una carrera sin vocación. El 17% de la población manifestaron una motivación excelente, esto puede deberse a la influencia de factores inespecíficos en la motivación del estudiante. Un 8% de los estudiantes expresan una motivación intrínseca buena, un 5 % una motivación intrínseca regular y un 3% una motivación intrínseca muy buena. El 1% de la población evaluada tiene una motivación intrínseca muy deficiente.

Por otra parte, en cuanto a los resultados obtenidos al aplicar el mismo test a los estudiantes que cursan una carrera por vocación, el 43% tienen una motivación intrínseca excelente, lo cual se relaciona claramente con el hecho de que estos estudiantes cursan una carrera de su agrado. El 24% de los estudiantes, tienen una motivación intrínseca buena y el 17% una motivación intrínseca muy buena. El 10% de la población evaluada tiene una motivación intrínseca regular y el 6% una motivación insuficiente.

En cuanto a los resultados encontrados al aplicar el Inventario de Satisfacción con la Profesión Elegida, el 56% de los estudiantes que cursan una carrera sin vocación manifiesta una ambivalencia en cuanto a la satisfacción que siente respecto a la profesión elegida, esta situación podría deberse a que no les agrada la carrera que cursan, pero algunos factores no pueden abandonarla (económicos, oportunidad de estudio, sanciones del sistema educativo, entre otros). Por otro lado, el 18% de los estudiantes tiene una satisfacción adecuada, mientras que un considerable 16%, siente una insatisfacción con la profesión elegida y un 10% percibe una alta insatisfacción con la profesión elegida.

Según el Inventario de Satisfacción con la Profesión Elegida, el 46% de estudiantes que cursan una carrera con vocación manifiestan una muy adecuada satisfacción con la profesión elegida, resultado que se relaciona directamente con la libre elección que estos estudiantes han tenido al elegir su futura profesión, un 37% de los estudiantes tienen una adecuada satisfacción con la profesión elegida, contexto que incrementa las posibilidades de éxito profesional que estos estudiantes pudieran tener en un futuro. Y un 17% revela una ambivalencia con respecto a la satisfacción con su profesión, estos resultados pudieran deberse a factores como: el prestigio de la profesión, elección de la universidad, sistema de postulación y admisión, factor económico, entre otros. No se presentaron porcentajes de estudiantes que manifiesten insatisfacción y alta insatisfacción con la profesión elegida.

Finalmente, en cuanto a los estudiantes que participaron en el programa de asesoramiento el 70% de ellos actualmente continúan sus estudios en la misma carrera, mientras que el 30% desertó.

Conclusión

El nivel de bienestar que un individuo pueda estar experimentando con su vida o con ciertos aspectos de ella, como el trabajo, salud, vivienda, estudio etc., está determinado por el grado de satisfacción que pudiera estar sintiendo. Una persona que se encuentra satisfecha con la profesión elegida, tiene iniciativa para el desarrollo de sus habilidades, por lo tanto, un estudiante que se encuentre cursando una carrera que no es de su total agrado probablemente rendirá con menos eficiencia que aquel que curso una carrera por vocación.

Así mismo, Ginzberg (1963) y Hancock y Teevan (1969) señalan que la automotivación y la motivación que el individuo recibe de su entorno respecto a la carrera profesional elegida que va de acuerdo a sus intereses, preferencias y expectativas, producen en el sujeto un estado afectivo. Esta satisfacción genera conductas positivas como: estimulación para realizar oportuna y puntualmente su trabajo, utilizar sus habilidades a nivel máximo, eficiencias en sus actividades profesionales, procura actualizarse continuamente, cumple con sus trabajos, busca soluciones a los problemas que afectan el desarrollo de su profesión, entre otras.

Entonces, la satisfacción con la profesión elegida es un referente esencial en el éxito que pudiera tener un estudiante en su vida profesional. La deserción o bajo rendimiento académico, son otras posibles repercusiones que se pueden producir en la medida en que un estudiante se encuentre insatisfecho con la profesión que cursa debido a que las actividades que realiza para esta no le producen sentimientos de superación y seguridad. Y este punto de vista, es apoyado por los aportes de Lewin y Merton (1978), quienes expresan que la satisfacción puede identificarse como la experiencia o sentimiento de éxito en la ejecución de un logro determinado.

Con ello se puede ratificar la convicción de que sí los estudiantes tienen libre elección en sus carreras, entonces, disminuiría el malestar afectivo-motivacional que produce cursar una carrera sin vocación y con ello la deserción estudiantil o fracaso académico.

En cuanto a los resultados obtenidos en la aplicación del test de Motivación Intrínseca a los estudiantes que cursan una carrera sin vocación, son desalentadores, pues, quien cursa una carrera sin vocación expresa un nivel de motivación insuficiente como para asegurar que las actividades que realice en el transcurso de su carrera universitaria y vida profesional futura. Toro (2002), al respecto señala que la motivación es una acción interna que ofrece movimiento, brinda energía, orienta al ser humano a actuar en dirección de su meta y realización. Así mismo, la jerarquía de las necesidades que Maslow expone, muestran, como el ser humano tiene la necesidad de satisfacer paulatinamente algunos requerimientos. La carrera universitaria que un individuo está cursando es un medio que necesariamente debe producir en el estudiante la sensación de que dichas necesidades se verán cumplidas en el campo ocupacional que le ofrece su profesión; caso contrario, los niveles de frustración será eminentes.

Se ha encontrado que existe influencia significativa del factor motivacional en los niveles de frustración y deserción estudiantil cuando un estudiante cursa una carrera universitaria que no es de su agrado; verificado en los resultados obtenidos de la aplicación del Test de Motivación Intrínseca y el Cuestionario de Satisfacción con la Profesión Elegida, por lo tanto se conforma la hipótesis de que sí los estudiantes tienen libre elección en de su carrera universitaria entonces disminuiría el malestar afectivo-motivacional y con ello la deserción estudiantil o fracaso académico.

Referencias bibliográficas

Abraham H. Maslow, "A Theory of Human Motivation", *Psychological Review*, vol. 50, 1943, pp. 370-396

Cano, M. . (2008). Motivación y Elección de Carrera. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 5(13), 12–15. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000100003

De León, T. ., y Rodríguez, R. . (2009). El efecto de la orientación vocacional en la elección de carrera. *Revista Mexicana de Orientación Vocacional*, 5(1), 10–16. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272008000100004&script=sci_arttext

Herrera, J. ., y Zamora, N. . (2014). ¿ Sabemos realmente que es la motivación ? Do We Really Know What the Motivation Is? *Correo Científico Médico*, 18(1), 126–128. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100017&lang=pt

Lewin y Merton. 1978, *La teoría del campo en la ciencia social*, Buenos Aires, editorial Paidós.

Maquilón, J. ., y Hernández, F. . (2011). Influencia de la motivación en el rendimiento académico de los estudiantes de formación profesional. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación Del Profesorado.*, 14, 81–100. Retrieved from http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/130493241710.pdf

Naranjo, L. . (2009). Motivación : Perspectivas Teóricas Y Algunas Consideraciones De Su Importancia En El Ámbito Educativo. *Revista Educación*, 33(0379–7082), 153–170. Retrieved from http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40376383/44012058010.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1473561854&Signature=1N54uZCfWiiX66pnC6M2B8f2q/g=&response-content-disposition=inline; filename=Redalyc.MOTIVACION_PERSPECTIVAS_TEO

Pidello, M. ., Rossi, B. ., y Sagastizabal, M. . (2013). Las voces de los docentes: motivos de elección de la carrera docente, valores subyacentes. *Educación*, 22(43), 113–128. Retrieved from <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiB9Je1v4nVAhXF4CYKHT7CAZkQFgg1MAM&url=https%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Feducacion%2Farticle%2FviewFile%2F510%2F525&usq=AFQjCNE9AtE9Bw6Oqs0Au8fU8w33nFYJw>

Said-Hung, E. ., Gratacós, G. ., y Valencia, J. . (2017). Factores que influyen en la elección de las carreras de pedagogía en Colombia. *Educ. Pesqui.*, 43(1), 31–48. Retrieved from <http://10.0.6.54/S1517-9702201701160978%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=121985844&lang=es&site=ehost-live>

Soriano, M. M. (2001). Curiosidad e interés. 2.2.- Necesidades básicas. 3.-. *Relaciones Laborales*, (9), 163–184. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=209932>

Toro, F. y Cabrera H. (2002). Análisis del compromiso organizacional en empresas colombianas. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 21, 14-17.

Zubieta, E. ., y Delfino, G. . (2017). De Buenos Aires *. *Anuario de Investigaciones*, 7, 277–283. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100027

Zubiri, F. . (2013). Satisfacción y motivación profesional Satisfaction and professional motivation. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 193–196. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200002

Psicoética y estrategias de afrontamiento personal que aportan al desarrollo humano integral de estudiantes de psicología

Janet Vásquez González
Universidad de Guayaquil
janet.vasquezg@ug.edu.ec

Resumen

El presente artículo reflexiona situaciones personales que enfrentan estudiantes de psicología, por conflictos y relacionamientos personales, inciden en su desarrollo integral, desde su propia construcción individual diseñarán estrategias para confrontar y asumir conflictos personales relacionales que fortalezcan su futuro ejercicio profesional, asumiendo una reflexión crítica de la psicoética. El objetivo de esta investigación fue determinar necesidades de los estudiantes, su propio concepto de la ética del psicólogo, estrategias y habilidades como desarrollo de autoestima, resiliencia, dinámica familiar, hábitos positivos de relacionamiento, convivencia, empatía y otros recursos personales lógicos que contribuyen a desempeñarse adecuadamente en su entorno familiar, social, comunitario y laboral donde desarrolla capacidades, aplica destrezas y técnicas de adaptabilidad a circunstancias adversas. Diferentes recursos adaptativos, reflexión crítica personal, principios y normas éticas, hacen que los estudiantes desarrollen habilidades y competencias necesarias para ser futuros profesionales, congruentes con su historia de vida, construyen, fortalecen su autorreconocimiento y autovaloración personal. Aprendizaje y socialización desarrollan una cosmovisión personal como finalidad en la formación integral del estudiante y posterior egresado de Psicología. Este estudio cualitativo con diseño narrativo, construcción interpretativa de casos que presentan estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas, evidencia necesidades de fortalecimiento en estrategias de afrontamiento.

Palabras claves: psicoética, estrategias, afrontamiento personal, desarrollo humano integral, estudiantes.

Abstract

This article reflects personal situations faced by students of psychology, conflicts and personal relationships, influence their integral development, from their own individual construction will design strategies to confront and assume relational personal conflicts that strengthen their future professional practice, assuming a critical reflection of The psychoética. The objective of this research was to determine students' needs, their own concept of the psychologist's ethics, strategies and abilities such as development of self-esteem, resilience, family dynamics, positive habits of relationship, coexistence, empathy and other personalities contributing to Perform adequately in their family, social, community and work environment where they develop skills, apply adaptive skills and techniques to adverse circumstances. Different adaptive resources, critical personal reflection, principles and ethical standards, make students develop the skills and competences necessary to be future professionals, congruent with their life history, build, strengthen their self-recognition and self-esteem. Learning and socialization develop a personal worldview as an aim in the integral formation of the student and later graduate of Psychology. This qualitative study with a narrative design, interpretative construction of cases presented by students of the Faculty of Psychological Sciences, evidences strengthening needs in coping strategies.

Keywords: psychoethics, strategies, personal coping, integral human development, students.

Introducción

Todas las personas desde que nacen van vivenciando patrones de conductas y diferentes estilos de relacionamiento con los otros, estas vivencias se dan desde el marco íntimo o contexto familiar, desde allí se van fortaleciendo actitudes que te permiten generar respuestas adecuadas a los hechos y circunstancias que les

toca enfrentar, estas actitudes se van adaptando, fortaleciendo desde los principios y valores que forman e integran la vida moral del individuo, lo que llega a constituirse en su ética personal que ha sido traducida desde su propia reflexión crítica, le permite la asunción de hábitos internos, cualidades que las pondrá en práctica en sus relaciones interpersonales y en su vida en sociedad, para luego como profesionales delimitar los principios éticos que regirán su praxis profesional, que deberán estar en concordancia y armonía con sus valores intrínsecos desde una visión seria comprometida con la sociedad en la cual desarrollará sus competencias.

La Unidad de Bienestar Estudiantil de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, comprometida con el desarrollo integral de sus estudiantes y futuros egresados diseñó un trabajo de investigación en el cual participaban los propios estudiantes, donde se les permitió que construyeran desde sus habilidades personales de afrontamiento ante conflictos y crisis un modelo de comportamiento apropiado, esta Unidad asumía casos que habían sido reportados por docentes o propios estudiantes que involucraba a estudiantes cuyas conductas no eran las apropiadas dentro de los salones de clases, en el relacionamiento con sus docentes y entre compañeros, estos casos eran atendidos por las mediadoras de conflictos estudiantiles, lo que permitía analizar comportamientos y actitudes que visualizaban conductas interiorizadas aprendidas desde sus contextos relacionales familiares. Esto permitía observar la necesidad de ellos de cambiar estas conductas que les afectaban en la dinámica de interacción social, de trabajar en normas de convivencia sustentadas en la ética personal, en la ética social que les facilitara una comunicación asertiva, comportamientos adecuados al contexto social y a las circunstancias dominantes.

Se aplicó un modelo de atención que promovía el fomento de una cultura de paz, el bienestar y la participación estudiantil, en el proceso enseñanza-aprendizaje mediante habilidades para la vida como la escucha empática, comunicación asertiva y efectiva, educación entre pares, la mediación estudiantil, el coaching y las técnicas de intervención con familias en conflictos, que permitió que los estudiantes que venían a la Unidad de Bienestar Estudiantil encontraran desde sus propios constructos la capacidad de asumir de forma adecuada sus conflictos, entendieron que no asumir de forma apropiada sus conflictos de familia los ubicaba en condiciones de vulnerabilidad frente a un desarrollo armónico e integral de su personalidad.

Este proyecto involucró diferentes técnicas que los estudiantes desarrollaron como era la participación en el proceso de enseñanza-aprendizaje, esto era promover la educación entre pares a través de tutorías de estudiantes de semestres superiores que apoyaban en diferentes técnicas de aprendizaje a estudiantes de semestres inferiores o aquellos estudiantes con alguna discapacidad que no le permitiera desarrollar de manera óptima su proceso de aprendizaje. Otra de las técnicas aplicadas era la mediación de conflictos estudiantiles que permitió que estudiantes que tenían dificultades para comunicarse por conflictos anteriores, pudieran hablar de sus conflictos personales ante la figura de una mediadora imparcial que les facilitara un diálogo constructivo.

La dinámica de la mediación les permitía hablar de sus conflictos personales, asociando sus respuestas conductuales a problemas con sus padres, parejas o familiares, en este espacio de comunicación y escucha empática podían ellos mismos analizar sus crisis personales que los estaba afectando, querían respuestas o soluciones a sus conflictos. Estaban conscientes de que era necesario entender lo que les pasaba en especial porque esta disciplina trabaja con el ser humano, se debe estar preparado y comprometido para esta responsabilidad.

Para que ese futuro profesional desarrolle evidencias de una verdadera formación académica, debe interactuar armónicamente con su entorno social. Es necesario, entonces, descubrir que ese profesional ha trabajado en la construcción de valores esenciales y fundamentales que parten desde su historia de vida personal, y que se irán desarrollando durante todas sus etapas formativas, las mismas que lo llevarán a una formación integral que se espera concordante y relacionada a su ética personal procesada en sus etapas y ciclos de desarrollo vital.

Importancia del problema

Las acciones y prácticas que evidencian una sólida formación académica en la disciplina de la Psicología se encuentran reflejadas, normadas desde el entendimiento y aplicación de los Códigos de Ética Profesional e Integral que tienen como base el desarrollo de un Código de Ética personal, en especial cuando en el campo de la psicología, se trabaja con los sentimientos, voluntariedades y necesidades especiales de los individuos, además, las demandas profesionales del medio, que también contribuyen a su desarrollo integral. Estos Códigos de ética personal aportan a desarrollar comportamientos adecuados, tanto en lo individual como en lo colaborativo, los mismos que deben estar inmersos en el contexto de los derechos humanos, motivados en el cumplimiento de los deberes, asumidos desde una reflexión crítica que lleve a decisiones éticas desde el principio de la beneficencia; es decir, que las acciones tomadas beneficien no solo a la persona que demanda los servicios profesionales, sino también, al profesional que los brinda que debe actuar en función de la bondad de sus actos, esto aborda entonces el campo de la psicoética, en concordancia con los lineamientos de la asignatura Psicología y Derechos Humanos donde una de sus unidades de aprendizaje tiene como objetivo analizar el tratamiento de la dimensión ética en psicología y su relación con los Derechos Humanos desde un perfil deontológico, con alto nivel de compromiso teniendo en cuenta la diversidad cultural con el pensamiento contemporáneo analizándolo desde un enfoque crítico.

Adela Cortina Orts, española, indicaba que la ética no debe ser sólo un motivo de estudio, sino que lo primordial era la práctica de la misma en todos los actos de la vida de una persona, cuando las personas se van acostumbrando a sistemas políticos corruptos, alejados de la moral, cuando por un lado un joven dice que no importa si un gobierno cometió actos fraudulentos e ilícitos, “robó pero hizo obras”, la opinión de otros en aceptar y normalizar estos actos reñidos con la moral y el ejercicio de la ética, dicen estar en contra de la impunidad y corrupción pero opinan “que se vaya este gobierno o este político o gobernante, prefiero que me robe otro a que me robe el mismo”.

Estos argumentos nos llevan “hacia un relativismo moral o anarquismo ético, donde los referentes ya no existen o no se practican” (Cortina, 2000), se interpretan los valores de forma conveniente a intereses particulares, se acomodan las circunstancias a conveniencias, entonces la moral esta sesgada, cada cual hace una interpretación desde su ética personal desarrollada, las personas desarrollan actitudes y comportamientos donde los valores no son referentes de vida, porque van decreciendo en la medida que aporten a objetivos y metas que se plantearon.

Explicar los mínimos morales que una sociedad democrática debe transmitir, porque hemos aprendido al hilo de la historia qué son principios, valores, actitudes y hábitos a los que no podemos renunciar, sin renunciar a la vez a la propia humanidad (Cortina, 2000: pag. 17)

Desde el principio de la humanidad las sociedades establecían normas de convivencia, los valores humanos eran inherentes a la persona, estaban implícitos en su propia naturaleza humana, actuar en contra de los valores y principios era atentar contra la propia persona y más aún si estos implicaban detrimento a otras

personas, ir en contra de los valores y derechos vitales, propios y ajenos implica observar una deshumanización de las personas, poco a poco las sociedades actuales van haciendo personas menos empáticas, sin compromiso social, sin responsabilidad de entender al otro y lo más grave que las personas se van adaptando a estos nuevos sistemas que los aleja de la ética mínima necesaria que requieren para convivir en contextos globalizantes.

“Toda ética tiene una primera parte que examina las razones por las que los seres humanos tienden a actuar en un sentido pasional e irreflexivo y no con una orientación racional; por eso, la ética tiene una primera parte que se refiere a la naturaleza psicológica del ser humano, generalmente asociada con las pasiones del alma. A partir de ahí es posible elaborar los razonamientos que fundamentan la acción dirigida a promover lo bueno y lo justo, pero sucede que una acción buena o correcta no proviene únicamente de la obligación de ser racional; debe haber algo del orden de lo pasional o pulsional que empuje al sujeto a la acción buena o correcta. Y ahí, el mero conocimiento de lo que pensaron los filósofos es insuficiente. De modo paradójico y circular: deben existir buenas leyes y buenas autoridades para que el ciudadano común y corriente sea éticamente responsable, y debe haber ciudadanos responsables y autónomos para poder producir una comunidad política sólida y armónica (Avalos, 2016: pag. 33)”.

Como indica Avalos, los seres humanos actúan en virtud de lo aprendido desde los primeros contextos de convivencia, aunque sus decisiones las tome desde su propia criticidad y análisis, desde los valores que ha interiorizado, aunque en muchas ocasiones sus respuestas, motivaciones conductas estén delimitadas por su carácter y temperamento, los cuales debe aprender a fortalecer para que lo conduzcan a relaciones de convivencia asertiva, manifestando comportamientos adecuados en todo momento y circunstancia.

La responsabilidad entonces la tiene la familia, es en este contexto íntimo familiar donde se aprenden y fortalecen las normas éticas, valores, virtudes, principios, conducta moral apropiada que permitirán a sus miembros interactuar en diferentes contextos a través de conductas y actitudes positivas, en su grupo de iguales donde ejercerá una influencia positiva y directa. La dinámica actual de las familias ha cambiado, sea por las nuevas estructuras familiares constituidas, por una mayor incursión de la madre en el contexto laboral, quien hasta hace unas décadas asumía la formación integral de sus hijos, esta dinámica actual de las familias hace que los padres sientan inseguridad y desconcierto hacia la manera de educar a los hijos, de establecer en ellos códigos morales y normas de vida que puedan convertirse en buenas personas, buenos ciudadanos, que aprendan a manejar sus propios conflictos, que puedan emular los buenos comportamientos de los padres, si en muchos casos la formación de los hijos están en manos de terceras personas, que no tienen la predisposición de formar a los niños porque falta el componente afectivo que construye relaciones y que fomenta en ellos luego una autonomía responsable.

“Todos ponen el acento en los procesos educativos como elementos básicos capaces de promover el cambio social. La educación no es suficiente, pero es indispensable para solucionar cuestiones económicas, políticas y culturales que faciliten la convivencia, el respeto a las instituciones democráticas o el aprecio de la diversidad. Uno de los factores de éxito de una sociedad es su grado de cohesión social, su capacidad de convivir de forma pacífica, tolerante y democrática. El racismo, la xenofobia, la violencia, la delincuencia, la intolerancia religiosa, la desigualdad social, son indicadores de rupturas sociales y foco de potenciales conflictos. Los conflictos son inherentes a la vida en común, pero el número y la forma de afrontarlos indican el grado de madurez de una sociedad (Jaume, 2011: pag. 4)”.

El cambio de la sociedad demanda de la educación, la primera que ejercen los padres desde la práctica de los valores, el desarrollo de habilidades adecuadas para una convivencia sana y luego desde otros contextos en los cuales también se fortalece la construcción de una ética mínima personal que permita al individuo el ejercicio de los valores humanos que conlleven al beneficio de la persona misma, de la persona y su entorno esto es en los valores sociales, la defensa de los valores y derechos de la humanidad.

Las familias deben enseñar a sus miembros a desarrollar habilidades y competencias que incluyan de manera primordial la capacidad de comunicarse en distintos entornos mostrando tolerancia, enseñar a comprender puntos de vista diferentes, generando confianza, desarrollando empatía. Las familias deben enseñar a sus miembros a gestionar el estrés la frustración y que aprendan a verbalizarlos de forma constructiva, desarrollar la pertinencia adecuada que les permita diferenciar su vida pública de su vida privada, habilidad que será visible en la actitud de colaboración, en la seguridad personal y en la integridad de las personas. Las familias no deben permitir que sus miembros desarrollen actitudes discriminatorias que atenten con los derechos de los otros, pese a las crisis personales o crisis familiares los individuos deben proyectarse a un comportamiento acorde a principios morales que permita analizar esas historias de vida para trabajar en problemáticas personales, las estrategias de afrontamiento que se conviertan en actitudes positivas, éticas y transparentes en un accionar ajustado a la moral personal y social.

Afirmando el concepto de la ética, ésta surge de la interioridad de la persona como resultado de su propia reflexión y elección. (Franca-Tarrago, 1996), es el individuo quien ejerce su libre albedrío para actuar conforme a esos valores que ha interiorizado, que han sido desarrollados desde una práctica cotidiana y que se fortalecen desde la aceptación social.

La ética permite al ser humano decidir de forma libre, espontánea, constructiva, responsable sobre los actos de su vida, en un accionar que debe ser positivo siempre y cuando desde su historia personal, autoestima, resiliencia haya podido superar conflictos personales y relacionales, práctica indispensable para construir su realidad positiva ya que el individuo actúa en sociedad a través de una ética social que determina a su vez su ética profesional, que evidencia mística, vocación, servicio, coherente con el principio de beneficencia y justicia que lo lleva a desarrollar armónicamente con el principio de autonomía la integralidad de la persona.

Los individuos no deben actuar de forma reactiva, únicamente en función de cada circunstancia concreta, su accionar debe ser coherente con sus principios personales, sus virtudes y su disciplina académica posterior. La ética establece un patrón aceptable en las normas y procesos de la conducta que contribuye al desarrollo de su personalidad capacitándolo a una convivencia e interacción positiva y saludable.

En los ámbitos institucionales el psicólogo no solo debe ser un profesional individualmente intachable desde el punto de vista ético, sino también promotor y guardián de una ética mínima. Esta ética ha de ser aquella formulada por los códigos de ética de la profesión y aquella que establecen las leyes civiles con relación a los derechos fundamentales, pero sobre todo, la ética formulada en la Declaración Universal de los Derechos humanos. (Franca-Tarragó, 1996: pág. 287)

La ética debe permitir que los derechos humanos prevailezcan sobre cualquier interés personal o colectivo, “La defensa y promoción de los derechos humanos abarca todas las dimensiones del quehacer humano al considerarlas a la luz de la dignidad humana” (Cassin, 1998: pag. 7), implica que la dignidad de una persona se fortalece con el cumplimiento de los valores esenciales. “La psicología o el psicólogo no sólo deben respetar

los derechos humanos, sino que de igual manera deben velar y apuntar a aquellos casos en los cuales están comprometidos” (Alzate, 2003: pag. 1), la psicoética es el marco en el cual se sustenta la praxis profesional de un psicólogo, una práctica que debe apuntar al principio de bondad o beneficencia en la atención al demandante del servicio.

“Desde la práctica profesional del psicólogo los Derechos Humanos por ser inherentes a las personas, deben apuntar a una relación dual efectiva, esto es demandante del servicio y profesional, una relación dentro de un contexto muy identificado con la deontología, con un alto nivel de compromiso, respetando la diversidad cultural y con enfoque crítico que inflencie en ese proceso de desarrollo humano, en el cual el individuo mejora sus condiciones de vida y crea con actitudes positivas un entorno donde se respetan los derechos humanos y sus características esenciales que le permitan al ser humano desarrollar habilidades y capacidades para intervenir de forma adecuada en la construcción de esa sociedad libre, justa y equitativa como lo demandan los postulados del Plan Nacional del Buen Vivir, en el contexto de la sociedad ecuatoriana. (Caamaño, 2010; Calo, 2000; Calo, 2002; Hortal, 2002; Ormart, 2006; Ormart, 2007a; Ormart, 2007b; Ormart, 2008)”.

Metodología

La presente investigación, se orienta al cumplimiento del objetivo general que refiere el análisis reflexivo de la psicoética desde la necesidad de desarrollar competencias, habilidades y destrezas de afrontamiento a situaciones en las cuales estén comprometidos los valores y derechos humanos.

Los objetivos específicos considerados fueron:

- 1) Entender el significado que los estudiantes tienen de sus propias historias de vida y conflictos que se generan en ella.
- 2) Describir los comportamientos de los estudiantes que asisten a mediación, relacionados con sus conflictos.
- 3) Empoderar al estudiante de la necesidad de construir y fortalecer una ética mínima necesaria que le permita aportar a su desarrollo integral como persona y profesional.

En el contexto de la atención a los estudiantes, se recaba información sobre sus historias de vida personal, sus experiencias e incidencias en su desarrollo humano integral, generando de esta manera narrativas, que fueron procesadas, orientadas por las categorías propuestas en los objetivos planteados y otras como resultado de la indagación cualitativa propia de este tipo de investigación de diseño narrativo.

Las categorías expuestas fueron análisis a la ética personal, estrategias de afrontamiento ante conflictos de convivencia familiar, conflictos de relacionamiento en contextos externos a la familia, el desarrollo de habilidades personales y sociales, construcción de un marco de referencia conductual coherente a su ética y su moral social.

Los participantes de la investigación fueron los estudiantes que asistían a la Unidad de Bienestar Estudiantil de la Facultad de Ciencias Psicológicas. La información se recolectó a través de la interacción con ellos en temas como Habilidades para la Vida, utilizando estrategias de intervención fue posible reconocer las diversas problemáticas de relación con sus compañeros, docentes y familia. A su vez se hacía intervención para mediar frente a situaciones en las cuales era necesario desarrollar habilidades de autocontrol, la misma que provocó en ellos un mejor desarrollo académico.

Una de las estrategias utilizadas en la Unidad de Bienestar Estudiantil, fue un modelo de atención, que se desarrolló en varias fases, para que el estudiante tuviera una participación más activa en la comunidad estudiantil, que logró fortalecer y promover a su vez una cultura de paz y desarrollo académico, como incentivo a un desarrollo integral de los estudiantes. Esta estrategia permitió entender el significado de los resultados que se fueron obteniendo a través de las entrevistas que se realizaron con ellos a lo largo de estas intervenciones.

La investigación se orienta con el método inductivo – constructivo – interpretativo con un diseño narrativo desde el análisis y la construcción de información, pero también con la propuesta de la investigación acción participativa. Los estudiantes de la Carrera de Psicología experimentan situaciones de vulnerabilidad debido a conflictos en su vida personal y como una estrategia de intervención se aplicó la mediación estudiantil además de trabajar con ellos en el empoderamiento de sus derechos y deberes a través del desarrollo de la psicoética fortalecida desde la asignatura de Psicología y Derechos Humanos, lo que logró que los estudiantes visualizaran sus competencias, trabajaran en sus propias habilidades de afrontamiento ante circunstancias en las que es importante aplicar su código de ética personal que lo capacite y lo prepare para el futuro.

Los resultados fueron procesados haciendo uso del análisis del contenido, desde las categorías generadas a partir de los resultados, no solamente de las entrevistas realizadas con los estudiantes que asistían a la Unidad de Bienestar Estudiantil, sino también de sus Historias de Vida.

Resultados

Los resultados del objetivo unos se lograron desde las entrevistas realizadas en Bienestar Estudiantil en la que se evidenciaron los conflictos personales el significado que los estudiantes atribuían a los mismos que se resumen en dificultades de socialización producto de no visualizar sus propios recursos personalógicos que les permitiría el afrontamiento de los conflictos que se generan en su diario vivir. Expresiones como “estoy cansado de soportar esta situación en mi familia”; “me sorprende que un docente utilice al grupo de sus estudiantes para ponerlo en contra de otro docente”; “no sé a quién recurrir, esto es una carga muy pesada para mí”. Estas frases evidencian la dificultad que ellos tienen para el manejo de estas situaciones, las mismas que influyen en su desarrollo personal y académico, de igual forma que el estudiante se cuestione y pregunte para que sirven los derechos humanos si no se los respeta, o desconozcan el concepto de situaciones éticas.

A grupos de estudiantes seleccionados de acuerdo al criterio de haber tomado la asignatura de Psicología y Derechos Humanos se les pidió la construcción de un Manual de Convivencia Institucional donde los resultados fueron homogéneos ya que todos coincidían la necesidad de elaborarlo, decían “un manual que contenga los derechos y deberes de todos los miembros de la unidad educativa”, “que se pretenda impartir respeto, conciliación normas de convivencia para lograr un ambiente óptimo para la interacción diaria” “que el manual garantice plena vigencia de los principios básicos de respeto en el proceso formativo de los estudiantes”, “que genere construcción participativa de toda la comunidad educativa”, “que el manual sirva para instituir el sistema de principios, propósitos valores que deberán efectuar todos y cada uno de los integrantes de la comunidad universitaria, de tal manera que se logre vivir en forma pacífica, cordial y armónica”, “suprimir motivos de malestar o discordia”, “determinar situación de beligerancia o desacuerdo”, “buscar situaciones de equidad”, “buscar igualdad de oportunidades para todos”, “generar espacios de diálogo” y otras inquietudes que fueron expuestas en sus ejercicios de construcción de manuales de convivencia.

En estos casos es el Estado y sus instituciones educativas quienes tienen culpa puesto que no se le da la importancia debida al estudio de la ética, es más en los currículos educativos se eliminó la disciplina de Ética y Moral que se daba en las escuelas hasta hace unos años, entonces los jóvenes están expuestos a desarrollar su concepto de ética desde lo que viven, lo que observan, conceptos que se degeneran cuando vienen de hogares disfuncionales o cuando los patrones morales referenciales no son los más adecuados.

En la mediación se describen los comportamientos de los estudiantes producto de ese choque emocional, lo que se interpreta como una afectación psicológica, producto del no empoderamiento de ese código de ética personal y las respuestas asertivas frente a los conflictos cotidianos. Los comportamientos evidenciados en el estudio fueron: retraimiento social, síntomas depresivos, desmotivación, respuestas cargadas de agresividad ante pequeñas situaciones adversas, desesperanza, sensación de persecución, ansiedad, insomnio, cansancio, síntomas psicósomáticos, sensación de rechazo, exclusión, llanto fácil y otras sintomatologías de la depresión.

La mediación ha resultado efectiva pues en la mayoría de los casos, los estudiantes refieren el empoderamiento de las acciones frente a los conflictos, que se traduce en principios básicos para la construcción de su ética personal. La aplicación de los instrumentos adecuados y la escucha empática posibilitó una mediación efectiva de resolución de conflictos, los mismos que se detallan a continuación:

Una percepción de confianza de los estudiantes con la mediadora, que posibilitó la recolección de la información.

- La necesidad de especializarse en su formación profesional, entendiendo lo que significa la psicoética.
- Se generó en ellos el sentir que el código de ética es fundamental para afrontar sus conflictos, sin afectaciones mayores.
- El código de ética los orienta a empoderarse de sus derechos a una cultura de paz, a la seguridad integral, a una sociedad democrática libre de corrupción, a ejercer la profesión con sujeción a la ética y adquirir la responsabilidad de su propio bienestar.
- Desde el plano personal brindar relaciones de confianza, respetar la dignidad libertad de las personas, respetar las diferencias individuales, pulcritud y eficiencia en el trato con los demás, imparciales en el ejercicio de la profesión
- Se logró que los estudiantes hablen de la ética personal la relacionen con la profesión, comportamientos adecuados en el contexto personal, laboral y educativo.
- En los estudiantes surgió la necesidad de trabajar en su identidad personal, estar atentos a su propio sistema de creencias y valores para que estos no afecten a los demás.
- El código de ética también contempla la honestidad, la objetividad e imparcialidad, el actuar con veracidad en los criterios profesionales emitidos, el actuar con empatía responsable espíritu de colaboración, estimular altos niveles de competencia, tener una visión humanista frente a dilemas éticos y comportamientos correctos en base a reflexiones profundas.

La asunción de criterios reflexivos que resaltan la necesidad de una observación propia para discernir su futuro accionar profesional y una adecuada adaptación al entorno social desde el compromiso como persona luego como profesional de ser cada día mejor y asertivo frente a las circunstancias que nos toca asumir diariamente.

Las intervenciones a los estudiantes permitió también que expresaran a través de los ejercicios de construcción de códigos de ética para el psicólogo lo que para ellos era necesario considerar y especificar dentro de lo que debe el perfil de ingreso a la carrera de psicología, en algunos trabajos presentados a esta Unidad indicaban; que el estudiante de psicología “deba saber sobre los paradigmas del Buen Vivir” , que “deban tener una

actitud altruista, humanista, ética y enfocada en la transformación de los sujetos sociales”, que “los aspirantes a psicólogos dispongan de características personales como la disposición (sic) de escuchar a otras personas, empatía, un alto componente ético”, haciendo énfasis los estudiantes en la ética como requisito indispensable en toda interacción social y profesional.

En el desarrollo de las competencias de Formación Personal que se le pidió a un grupo hablaron de un compromiso ético cuya formulación decía “ejercer la profesión con una postura ética a partir de la vocación de servicio social”, este mismo grupo agregaba en el ejercicio que “se debía ejercer la profesión con honestidad intelectual y una sensibilidad para la interrelación personal”, finalmente hacían énfasis en la empatía cuando indicaban que el profesional en psicología debía tener “una visión humanista que coloque a las personas en el centro de su atención”.

De igual forma en el ejercicio del manual de convivencia desde el enfoque de la psicoética que se le pidió a varios grupos de trabajo, estudiantes de cuarto semestre que cursaban la asignatura de Psicología y Derechos Humanos, un grupo destacaba “demostraremos un comportamiento ético en nuestra vida personal y social”, agregaban en otro considerando “practicaremos los valores básicos de la convivencia como son amor, justicia, paz, honestidad, solidaridad, sobriedad, contemplación, responsabilidad y excelencia”, como se pudo observar las palabras de los estudiantes reflejaban la importancia que le dan a los valores humanos, la conciencia clara que tienen de ser buenas personas, de trabajar en su propia construcción de un manual o código de valores que les permita establecer parámetros de conducta socialmente aceptables.

En el análisis a otro ejercicio que hicieran un grupo de estudiantes, al que denominaron “normas y procedimientos regulatorios” especificaban “los estudiantes nos comprometemos a promover actividades para que se exponga temas sobre los valores del respeto”, decían en otro considerando “respetar las opiniones sin burlas, gestos o exclamaciones ofensivas” “solucionar problemas de forma pacífica mediante el diálogo” “ser solidarios con los compañeros y compañeras que tengan algún tipo de problema de capacidad especial”.

Cuando se solicitó a otro grupo con respecto a la función de los estudiantes para una buena convivencia indicaron “ofrecer trato amable y fraterno a directivos, docentes, empleados, compañeros”, agregaban “conocer sus derechos, comprenderlos, hacerlos respetar de acuerdo con los principios de la convivencia para gozar de ellos, así poder crecer libre y dignamente”

Los estudiantes, pudiendo colegir los testimonios, han desarrollado una reflexión crítica, madura y positiva de las acciones que se deban fortalecer para crear un ambiente armónico en el entorno de su facultad, con ello crear estrategias que los posibiliten a adaptarse de forma adecuada a circunstancias que en algún momento puedan resultar adversas.

Discusión

Los hallazgos encontrados en esta investigación apoyan la necesidad de hablar de un código de ética personal que los lleve a comprender la necesidad de la Psicoética, esto implica “el intento sistemático de clarificar los dilemas éticos que se presentan a la práctica del psicólogo y la ilustración de cuáles deberían ser los parámetros de conducta adecuados para la resolución éticamente correcta de esos dilemas” (Franca-Tarragó, 1996: pag. 199), entendiendo de igual forma que no puede haber una práctica de ética profesional sin que previamente no exista una práctica de ética personal. (Basanta y Ormart, 2000; Basanta y col. 2003; Benbenaste y Delino, 2004)

Este mismo autor señala que la estrategia adecuada para la incorporación del código de ética personal es la reflexión a través de preguntas generadoras, que se plantean permanentemente, de cuya reflexión, van surgiendo acciones explícitas que se incorporan posteriormente al acervo conductual del psicólogo en formación. En la aplicación práctica de las estrategias de mediación para la resolución de los conflictos estudiantiles, se evidenció que efectivamente la metodología relacionada con la entrevista, resignificación, escucha activa, propician este proceso de reflexión crítica y de incorporación de nuevos patrones interaccionales.

El asumir la reflexividad sobre la observación propia como una metodología que permita dilucidar una adecuada adaptación a las demandas sociales, desde el compromiso como persona, como psicólogo en formación y luego como profesional, se consideran también en el trabajo de Andrea y col. (2013), quien expone que:

“Concebimos las actitudes hacia la ética profesional como el grado de acuerdo o desacuerdo con el que el futuro profesional responde ante las diferentes dimensiones de la ética profesional. Dichas dimensiones se clasifican en: Competencias cognitivas: Conocimiento, formación, actualización, formación continua. Competencias técnico-organizativas: manejo de técnicas e instrumentos propios de la disciplina. Competencias sociales: deberes y obligaciones con los colegas, comunicación, trabajo en equipo, ejercicio de una ciudadanía responsable. Competencias éticas: responsabilidad profesional y social, honestidad, respeto, actuar con sujeción a principios éticos. Competencias afectivo-emocionales: identificarse con la profesión elegida, capacidad emocional (pag. 245)”.

Es decir, que esta preocupación también es compartida por diferentes investigadores-docentes, en otras realidades latinoamericanas, en donde la psicoética se considera también como parte del perfil profesional de salida de los psicólogos.

Conclusión

Se concluye que es posible el empoderamiento del código de ética personal a partir de estrategias de intervención, el desarrollo de habilidades para la vida que fortalezcan las capacidades personales y sociales que contribuyan a la formación del estudiante de la Carrera de Psicología.

Se facilitó al entendimiento de los significados que los estudiantes tienen de sus propias historias de vida, conflictos que se generan en ella, lo que afirma la importancia de la creación del código de ética en su vida personal y profesional.

La descripción de los comportamientos de los estudiantes que asisten a mediación, relacionados con sus conflictos, generó el insumo que justificó la importancia del desarrollo de este código que finalmente influirá positivamente en su desarrollo integral.

Los estudiantes a través de los aprendizajes facilitados mediante la estrategia de intervención como la mediación, lograron empoderarse de los elementos, principios actitudes necesarias para la convivencia armónica, encontrando en los conflictos los significados acordes a una cultura de paz del buen vivir y ante todo considerar la importancia de entender la necesidad de construir una psicoética adecuada, coherente en valores y derechos tanto para los profesionales en esta disciplina como también para los demandantes del servicio o pacientes.

Agradecimientos

A la comunidad universitaria de la Carrera de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, a todos los estudiantes que asisten a mediación en la Unidad de Bienestar Estudiantil que permitieron entrar en sus vidas y aprender junto a ellas. A las autoridades de la Universidad de Guayaquil por la apertura para realizar este trabajo.

Referencias Bibliográficas

Alzate, F. (2003). Bases socioculturales del comportamiento. Revista Poiésis, 3(6)

Dependencia a la tecnología móvil

Ing. Katty Leonela Jaramillo Ospina

Universidad Técnica de Babahoyo
kjaramillo@utb.edu.ec/klejaos@hotmail.com

Ing. Félix Adolfo Navia Mayorga

Universidad Técnica de Babahoyo
fnavia@magap.gob.ec/fadnamay@hotmail.com

Prof. Silvia Verónica Macías Cando

silvita2680@gmail.com

Resumen

Dispositivos móviles, es referirse a un cambio radical de hábitos en conducta y comunicación en adolescentes, se han convertido en el núcleo de sus vidas, de cada cien adolescentes noventa y siete realizan actividades cotidianas canalizadas por su móvil, adquiriendo destreza digital impresionante que pueden escribir a tal velocidad que ni siquiera miran el teclado. Los objetivos principales: describir patrón de uso habitual para el dispositivo móvil inteligente en adolescentes, analizar variables que actúan como factores de riesgo para el uso excesivo e inadecuado del aparato tecnológico determinando la dependencia a la tecnología móvil. Participaron 1500 estudiantes de secundaria de la Unidad Educativa Eugenio Espejo de la ciudad de Babahoyo con edades entre los 12 y 18 años, llenaron una encuesta que fue sobre el uso del dispositivo móvil, luego se les solicitó realizar una actividad llamada auto registros durante una semana y por último llenar un cuestionario basado en la actividad realizada, los resultados obtenidos mostraron que además de la dependencia a la tecnología móvil, el uso excesivo e inadecuado que los adolescentes le dan desencadena una serie de problemas en su vida diaria como: falta de autocontrol, aumento de impulsividad, alteraciones de sueño, déficit de atención, entre otras.

Palabras claves: Tecnología móvil, Destreza Digital, Adicción, Dependencia, Autonomía.

Abstract

Mobile devices, is to refer to a radical change in behavior habits and communication in adolescents, have become the core of their lives, every hundred adolescents ninety-seven perform daily activities channeled through their mobile, acquiring impressive digital skills that can write At such speed that they do not even look at the keyboard. The main objectives: to describe the pattern of habitual use for the smart mobile device in adolescents, to analyze variables that act as risk factors for the excessive and inappropriate use of the technological apparatus, determining dependence on mobile technology. 1500 high school students from the Eugenio Espejo Educational Unit of the city of Babahoyo, aged between 12 and 18, completed a survey that was on the use of the mobile device, then they were asked to perform an activity called self registrations for a week and finally filling a questionnaire based on the activity performed, the results obtained showed that in addition to the dependence on mobile technology, excessive and inappropriate use that adolescents give triggers a series of problems in their daily life as: lack of self-control , Increased impulsivity, sleep disturbances, attention deficit, among others.

Keywords: Mobile Technology, Digital Dexterity, Addiction, Dependency, Autonomy.

Introducción

En la actualidad resulta muy normal el dominio a la tecnología móvil especialmente en niños y adolescentes, es fascinante observar las habilidades o destrezas digitales que han desarrollado desde el nacimiento del internet y los diferentes dispositivos móviles existentes, además de los miles de aplicaciones con las que cuenta cada uno, es algo de no creer, pero para ellos estos aparatos especialmente los celulares y las tabletas son sus favoritos a la hora de entretenimiento y comunicación interpersonal. Desde hace más de 10 años los padres ya no tienen tiempo para dedicarle a sus hijos, como: salir al parque, jugar fútbol, leer un cuento, contar historias de la abuela, etc., es más cómodo enviar al niño a entretenerse con juegos en línea, es cuando su mundo comienza a caber en 7, 9 o 17 pulgadas de una pantalla, convirtiéndolos en niños “digitales” (Alonso, 2011).

Los adolescentes se la pasan horas en las famosas redes sociales, ni siquiera les entretiene ya la televisión, es indispensable tener el celular en mano, con internet y batería suficiente para que estén satisfechos en todo momento. Es en esos momentos que comienza su dependencia o adicción a la tecnología móvil, se entiende la adicción como un problema caracterizado por la dificultad para controlar el impulso de llevar a cabo una conducta, cuya repetición o abuso causa graves problemas personales de adaptación (Echeburúa y col. 2005). Se trata, además, de un comportamiento que la persona afectada realiza cada vez con más frecuencia o intensidad, con la finalidad de conseguir los objetivos inicialmente previstos, cuya privación provoca un malestar que solamente se resuelve volviendo a ejecutar de nuevo la conducta.

Finalmente, la persona es presa de su propio comportamiento, al que no es capaz de resistirse, a pesar del deterioro psicosocial que esta conducta le provoca (Castellana, 2007). Cualquier tipo de adicción supone, en definitiva, un atentado contra la libertad, es decir, un claro problema de dependencia (Chóliz M. , 2010). En sólo una década, el móvil ha pasado de ser una protesta selectiva de expertos con altos salarios financieros, para extenderse a toda la población. No es sólo un teléfono para hablar en cualquier lugar, sin embargo, las numerosas capacidades accesibles, debido a la mejora electrónica y computarizada, lo han convertido en un destacado, entre los productos de comprador más avanzados mecánicamente (Sánchez-Carbonell, 2008). En el caso excepcional de Adolescentes, “Smartphone” es uno de los artículos más destacados y refrescantes (Castellana, 2007).

La incorporación del teléfono móvil a la vida cotidiana ha supuesto toda una serie de cambios tanto en la forma de comunicarse como en la forma de relacionarse con los demás, especialmente en la población juvenil y adolescente (Kasesniemi & Rautiainen, 2002), quienes probablemente son en la actualidad los que aprovechan en mayor medida el desarrollo tecnológico de estos instrumentos (Höflich & Gebhart, 2001) y los principales adquirentes de las novedades del mercado. Por lo tanto, no es de extrañar que se trate de un colectivo sobre el cual las principales operadoras de telefonía y fabricantes de móviles apliquen sus técnicas de marketing (Chóliz, 2008). A continuación, se aprecia en una tabla las generaciones en las que se han encapsulado a los niños de acuerdo con los avances tecnológicos que se viven, por lo que se los llama generaciones digitales.

Tabla 1. Generaciones Digitales.

Descripción	Año	Tipo
Baby Boomers: sufrieron grandes cambios como: vida analógica en su infancia, digital en su madurez, vivieron la llegada del internet, aceptando reglas de tecnología y	1960 - 1992	Generación X

conectividad (Carrancio, 2013).		
Millennials: son multitareas, no conciben la realidad sin tecnología, la calidad de vida tiene prioridad, son emprendedores, es la generación que uso más tipos de tecnología para entretenimiento como: Internet, Reproductor de CD, MP3, MP4, DVD, entre otros, lo que era un lujo para los Baby Boomers, son productos básicos para los Millennials (Carrancio, 2013).	1993 – 2000	Generación Y
Nativos Digitales: estos jóvenes no conocían otra cosa que la tecnología era tan normal el uso del internet en teléfonos inteligentes, videojuegos, reproductores de música y más, son individuos que responden al estímulo de la gratificación instantánea y las recompensas frecuentes (Prensky, 2001).	2001 – 2010	Generación Z
Alfa: son niños que nacieron con un celular, tableta o computador en la mano, además, de todo con internet, por lo que están acostumbrados al bombardeo de información y contenidos, la tecnología es la ventaja que tienen para con los Millennials y nativos digitales ya que cuando ellos la aprendieron a usarla como herramienta para la generación alfa es parte de su vida (Bosch, 2016).	2011 hasta la actualidad	Generación Alfa

Elaborado por: Autores, 2017

Según el INEC en su último censo realizado en el año 2010, el 32% de los niños de 5 y 12 años ya usan una computadora, el 20% sabe lo que es navegar en Internet y el 17% manipulan un teléfono celular. Es justamente por esa razón que se ven parques vacíos, sin niños que jueguen en los columpios, resbaladeras, andando en bicicleta, volando cometas, jugando rayuela, saltando sogas o muchos otros juegos infantiles tradicionales, hoy convertidos en Play Station y dispositivos móviles (tabletas, celulares, portátiles) con juegos on line que es lo que está acaparando la atención de los niños. Es preocupante ver que invierten el 80% de su tiempo en redes sociales, juegos en línea, visitas a sitios web; ya no tienen tiempo para pasar en familia, compartir juegos de mesa, charlas, anécdotas y más.

Tanto niños como adolescentes incluso adultos mayores no hablan de otra cosa que las novedades de las redes sociales, llegando a tal punto que, en una reunión familiar, como: almuerzos o festejos cada miembro está inmerso en su mundo digital, ni siquiera se ven a las caras mucho menos ponen atención a lo que pasa a su alrededor. De acuerdo con una investigación de la agencia Nielsen realizada el 1 de junio del 2015, el 42% de los pequeños hasta 8 años son usuarios activos de la Internet, mientras que aquellos de 6 a 8 años son los que pasan más tiempo conectados a sitios de la web. La investigación demostró que distribuyen el uso en 50% para videos, 47% juegos en línea y el 3% visita sitios web, además del peligro al que se exponen los niños al jugar con gente extraña, pasando prácticamente todo el día en línea.

Desarrollo

Hablar de dispositivos móviles, es referirse a un cambio radical de hábitos en conducta y comunicación que se está dando en adolescentes del medio, estos dispositivos se han convertido en el núcleo de sus vidas de cada 100 adolescentes 97 realizan sus actividades cotidianas canalizadas por su móvil adquiriendo una destreza

digital impresionante en el manejo de mensajería instantánea y redes sociales, esta destreza se refiere a que pueden escribir a tal velocidad que ni siquiera necesitan mirar el teclado táctil. De la misma manera investigadores como, (Buchinger, Kriglstein, Brandt & Hlavacs, 2011); (Hartmann, Roser & Höflich, 2008), comentan que el teléfono móvil ha pasado de ser un instrumento de comunicación interpersonal a convertirse en una plataforma de creciente complejidad, que impacta en la esfera privada y se proyecta a la esfera pública en condiciones difícilmente comprensibles sólo unos años atrás.

Adicciones conductuales y tecnológicas

(Griffiths M., 1997) entiende por adicciones tecnológicas aquellas que involucran la interacción hombre-máquina, y las divide entre pasivas (como la televisión) y activas (Internet, móvil y videojuegos). El diagnóstico de la adicción a las Tecnologías de información y comunicación parte del mismo principio que las adicciones a sustancias. Se señalan tres síntomas nucleares (Echeburúa, 1999); (Griffiths, 2000); (Washton & Boundy, 1991): 1. Incapacidad de control e impotencia. La conducta se realiza pese al intento de controlarla y/o no se puede detener una vez iniciada. 2. Dependencia psicológica. Incluye el deseo, ansia o pulsión irresistible y la polarización o focalización atencional (la actividad se convierte en la más importante al dominar pensamientos y sentimientos). 3. Efectos perjudiciales graves en diferentes ámbitos para la persona (conflicto intrapersonal: experimentación subjetiva de malestar) y/o su ámbito familiar y social (conflicto interpersonal: trabajo, estudio, ocio, relaciones sociales, etc.).

Los síntomas no esenciales más frecuentes son: a) Tolerancia y abstinencia; b) Modificación del estado de ánimo. Sensación creciente de tensión que precede inmediatamente el inicio de la conducta. Placer o alivio mientras se realiza la conducta. Agitación o irritabilidad si no es posible realizar la conducta; c) Euforia y trance mientras se desarrolla la actividad; d) Negación, ocultación y/o minimización; e) Sentimientos de culpa y disminución de la autoestima; y f) Riesgo de recaída y de reinstauración de la adicción. El móvil los hace gastar y los encierra más, los niños y niñas les piden a sus padres que les compren el aparato cada vez a más temprana edad, oscila entre los 11 a 12 años, pero se han dado casos de niños y niñas de 6 a 7 años con móvil en la escuela. Como dato confirmado se dice que el 34.5% de los niños y niñas entre 10 y 14 años ya cuenta con un dispositivo (Dryāgan, 2010).

Adolescencia y las nuevas tecnologías

La adolescencia es un fenómeno psicológico, biológico, social y cultural. Es el periodo donde el individuo se desarrolla hacia la adquisición de la madurez psicológica a partir de construir su identidad personal, siendo una etapa que por sus características evolutivas como: tendencia a buscar la causa de sus problemas en los demás , dificultad de reconocer adicciones sutiles , poca experiencia de vida, lo hacen susceptible a conductas adictivas u otros trastornos psicológicos relacionados con el uso de alguna aplicación de la tecnologías de información y comunicación (Castellana, 2003; 2005). El uso del móvil es especialmente significativo durante la adolescencia. Prácticamente todos los adolescentes disponen de uno, para ellos el móvil adquiere una relevancia mucho mayor de lo que supone para jóvenes, adultos, o ancianos.

Para los adolescentes, el móvil tiene una serie de atributos y características que lo hacen especialmente atractivo y que induce al consumo. El consumo excesivo (manifestado no solo en el gasto económico, en la cantidad de llamadas o mensajes que se pueden llegar a enviar, en las horas de navegación en redes sociales y juegos en línea) conlleva interrupciones en otras actividades de la vida diaria, alterando relaciones interpersonales, o hasta llegar afectar la salud o bienestar del usuario, debido al contacto continuo con el dispositivo, incluidas las horas de descanso. Conducta que se cataloga abuso. Un estudio sobre el uso del

móvil en adolescentes realizado por (Chóliz & Villanueva, 2009) reveló la existencia en adolescentes de entre 14 y 18 años de un patrón de conducta manifestado por síntomas de abstinencia cuando no podían utilizar el móvil, tolerancia, interferencia con actividades cotidianas, dificultad en controlar el impulso, problemas con familiares y profesores por el uso excesivo del móvil.

Se trata de los criterios característicos de un trastorno por dependencia que, en el caso del móvil, representa un 4% de los adolescentes de la muestra analizada en dicho trabajo.

Dispositivos móviles

Basado en la teoría de (Alonso, 2011) se dice que son aparatos de fácil movilización debido a su tamaño, cuentan con características importantes como: capacidad especial de procesamiento, conexión permanente e intermitente a una red, memoria limitada, diseños específicos para una función principal y versatilidad para el desarrollo de otras funciones, es de uso individual por lo tanto se puede configurar a gusto. Teléfonos móviles y Smartphones son los más ligeros, portables y cómodos, fueron creados inicialmente para realizar y recibir llamadas, pero con el paso del tiempo se crearon aplicaciones y ahora tienen muchas, además de diversas funcionalidades (mejor resolución para la cámara, grabación de videos, video llamadas, GPS, navegador para web) que son un atractivo para cada vez, más usuarios.

Aplicaciones de mensajería y redes sociales

“La generación del milenio se está dando cuenta de que tiene que ser realmente cuidadosa sobre lo que comparte en las redes sociales públicas. Una foto embarazosa o que muestre demasiado puede impactar de manera negativa sus perspectivas laborales”, dijo Greg Isenberg, presidente ejecutivo de 5by, una división del buscador de internet StumbleUpon, de San Francisco. Redes sociales como: WhatsApp, Facebook, Snapchat, twitter e Instagram son las más utilizadas ya que brindan conexiones privadas a sus usuarios y se por esta razón que se sienten tranquilos y seguros, además de permitirles crear foros, videos, collage de fotos y muchos otros entretenimientos.

Adolescentes y Móvil

Los adolescentes se han convertido en los primordiales usuarios de los diferentes servicios que ofrece la telefonía móvil a los que dedican cada vez más tiempo y recursos económicos, lo que los convierte en expertos a la hora de elegir tecnología. Se encontraron dos explicaciones sociológicas sobre el éxito del móvil en adolescentes. Por un lado, (Ling, 2002) conceptualiza la adquisición del teléfono móvil en un “ritual de paso”, al igual que el reloj o la pluma en la primera comunión, el móvil puede ser un objeto de iniciación a la adolescencia. Por el otro, (Forutnati & Manganelli, 2002) hablan de “hermandad virtual”, fenómeno entendido como el sentimiento de fraternidad que surge entre jóvenes por compartir sentimientos, emociones, y pensamientos. Mientras los más jóvenes ven el móvil como consola de juegos adoptando, ante él, una actitud lúdica (Oksaman & Rautiainen, 2002), los mayores utilizan el móvil para organizarse y coordinarse (O’Keefe & Sulanowski, 1995). Todos los usos provocan gastos importantes que asumen, en parte o totalmente, los padres.

La telefonía móvil a esta edad tiene unas características de uso completamente diferentes de las del adulto. Las actividades que forman parte esencial de la cultura del teléfono móvil de los adolescentes son el uso intensivo de SMS, las llamadas perdidas, los juegos (Kasesniemi & Rautiainen, 2001); el alto porcentaje de conversaciones con los amigos y una fuerte necesidad de personalización (Mante & Piris, 2002). Además, se observan conductas desadaptativas alrededor del uso del móvil que modifican la vida diaria de los adolescentes

y son indicadores de riesgo. Según (Bianchi, 2005), el riesgo llega cuando no son capaces de desprenderse de su móvil incluso en situaciones técnicamente dificultosas, comprueban rápidamente la batería o la cobertura y además no se caracterizan tanto para la necesidad de llamar sino para sentirse receptores constantes de llamadas.

Peligros del uso excesivo del internet

Las largas horas a las que están acostumbrados los adolescentes a pasar navegando, viendo videos, jugando, entre otras actividades on line han provocado que el internet deje de ser un lujo y se convierta en una necesidad, así como se utiliza para obtener mucha información que ayuda en el aprendizaje también causa daños severos como: falta de autocontrol, aumento de impulsividad, retraso en el desarrollo del adolescente, obesidad, alteraciones de sueño, enfermedad mental, adicción, falta de atención, demasiada radiación y sobreexposición, que podrían causar cáncer. La Adicción al móvil está muy cuestionada. Aunque no se dispone de literatura científica con datos fiables sobre su prevalencia, sintomatología o casos clínicos, los medios de comunicación insisten en su poder adictivo e informan de centros para su tratamiento Beranuy y Sánchez-Carbonell, en prensa.

De hecho, hay mucha menos literatura científica sobre adicción al móvil que sobre adicción a Internet (Guardiola y col. 2006). El móvil, no tiene la capacidad reforzante inmediata de Internet. Por tanto, en este caso parece prudente hablar de uso desadaptativo y no de un patrón adictivo. Uso que podría remitir en adultos y adolescentes con las adecuadas pautas educativas. A continuación, se muestra algunos síntomas producto de un uso excesivo desadaptativo del móvil: incapacidad para controlar o interrumpir su uso (Muñoz-Rivas & Agustín, 2005), mantener la conducta a pesar de tener conciencia de los efectos negativos que conlleva, adolescentes y niños pueden llegar a engañar, mentir o hasta robar a los padres para recargar el saldo, siendo éste el signo más evidente y que produce una alerta intensa en los padres.

Los aparatos tecnológicos Móviles tienen varios rasgos que lo hacen extraordinariamente atractivo para los adolescentes: les brinda autonomía respecto a sus padres, permite que la comunicación fluya con los compañeros, o la expansión y el apoyo de las conexiones interpersonales. Esta multifuncionalidad, sumada a la realidad de la esencialidad que gana para los adolescentes, puede aclarar el interés que provoca en ellos, así como la forma en que los utilizan, de varias maneras, con diversa periodicidad. Las tecnologías de información y comunicación tienen un potencial increíble para la instrucción, la estimulación y la mejora, la preparación general de adolescentes que deben ser aprovechados.

En cualquier caso, representan ciertos peligros que surgen del uso impredecible de contenidos inapropiados o sobreabundancia de la dependencia que pudiera influir negativamente en dicha formación y mejoramiento, que debe ser considerado pero controlado. De entre las diferentes adicciones comportamentales, una de las más significativas, tanto por su incidencia como por su novedad, son las denominadas adicciones tecnológicas (Griffiths, 1995); (Echeburúa, Labrador, & Becoña, 2009). Los principales tipos de adicciones tecnológicas que se consideran en la actualidad son videojuegos, Internet, móvil, que son, a su vez, las principales herramientas utilizadas por los niños y adolescentes en la comunicación preferida en el caso del entretenimiento.

Metodología

Para el estudio se utilizó metodología de investigación no experimental, del tipo descriptivo de campo, permitió medir la dependencia que tienen los adolescentes a los dispositivos móviles de la Unidad Educativa Eugenio Espejo de la ciudad de Babahoyo. La población estuvo constituida por estudiantes del primero, segundo y tercero bachillerato, determinando un universo de 1500 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Se logro encuestar a 1450 estudiantes, quedando excluidos 50 por inasistencia a la institución los días que se llevó a cabo la investigación de campo. Los autores solicitaron mediante oficio a la autoridad de la institución educativa Ing. Juan López autorice el permiso de ejecutar actividades planificadas que permitan obtener información real para el desarrollo del trabajo investigativo, titulado dependencia a la tecnología móvil.

Actividades que se describen a continuación: primero llenado de encuesta por los estudiantes, los autores visitaron el Plantel durante dos días consecutivos en horarios de mañana, tarde y noche por la cantidad de cursos existentes en las tres secciones (matutina, vespertina y nocturna), el instrumento (cuestionario con 20 preguntas) utilizado fue diseñado a partir del MPDQ (Móvil Phone Dependence Questionnaire) creado por (Villanueva & Chóliz, 2012) para medir la dependencia del teléfono móvil en población adolescente, durante su trabajo de investigación titulado con el mismo nombre y obteniendo un nivel de confiabilidad del 0,86 validado por el alfa Cronbach, además de resultados satisfactorios que permitieron cumplir el objetivo propuesto, y la escala MPPUS (Mobile Phone Problem Use Scale), desarrollada por Bianchi y Phillips (2005), dicha escala demostró una moderada correlación con otras medidas de uso del móvil, como el tiempo informado de uso durante una semana ($r = 0,45$), el número de personas llamadas ($r = 0,42$) o el gasto mensual ($r = 0,43$).

También mostró correlación ($r = 0,34$) con una escala que mide el potencial individual para desarrollar una adicción (Addiction Potential Scale, APS) extraída del MMPI-2. A partir de la escala MPPUS, (Leung, 2007) seleccionó y modificó 17 ítems que concordaban con los criterios DSM-IV para juego patológico (que habían sido utilizados previamente para medir la adicción a Internet). La siguiente actividad llamada auto registros, la realizaron los estudiantes durante una semana consecutiva, consistía en llevar un registro en un formato que se les facilito de todas las actividades que realiza con el dispositivo móvil (celular o tableta) como: llamadas, mensajes, navegar en la red, entre otras. Una vez cumplida, los autores visitaron nuevamente la institución para recolectar los documentos correspondientes y ejecutar la última actividad, misma que se trataba de llenar una nueva encuesta, pero esta vez basada en la actividad realizada, Una vez obtenida toda la documentación se procede a tabularla y analizarla con la ayuda de instrumentos y herramientas como Excel y SPSS.

Resultados

Las encuestas realizadas a los estudiantes de la Unidad Educativa Eugenio Espejo de la ciudad de Babahoyo durante las visitas de campo de los investigadores, con instrumentos de medición (cuestionarios 20 ítems) fueron tabuladas, obteniendo gráficos estadísticos que permitieron una visión muy clara de la situación actual en adolescentes de edades entre 14 y 18 con respecto al uso excesivo de la tecnología móvil, lo que para ellos es muy normal, mantienen una relación sentimental con su dispositivo, llegando a la dependencia, lo que quiere decir que no son capaces de pasar ni un minuto sin el celular a su lado, están pendientes que la batería este cargada, que tenga saldo, megas y que la señal se mantenga intacta, inclusive sacrifican horas de descanso, estudio y hasta momentos familiares únicos por estar pendientes de juegos en línea, conversaciones en tiempo real (chat), o lo que pasa en las redes sociales, es de vital importancia, ya que esto representa para ellos su aceptación en la sociedad, formando una personalidad ante el grupo basada en la cantidad de visitas o me gustas (likes) que obtengan en sus publicaciones, triunfo en sus juegos o seguidores.

Los resultados obtenidos mostraron que además de la dependencia a la tecnología móvil, el uso excesivo e inadecuado que los adolescentes le dan desencadena una serie de problemas en su vida diaria como: falta de autocontrol, aumento de impulsividad, alteraciones de sueño, déficit de atención, entre otras.

Conclusiones

La mayor parte del conocimiento popular sobre Internet, móvil o videojuegos está basada en las opiniones que reflejan los medios de comunicación que con excesiva frecuencia ponen el énfasis en hipotéticos problemas que raramente se ven corroborados por resultados de la investigación científica. Dada la alarma social que ha producido el mal uso de las TIC por parte de los adolescentes, se habría de facilitar la investigación sobre el uso que hacen de estos recursos con el fin de prevenir futuros problemas relacionados con la utilización de estas tecnologías y promocionar hábitos saludables para que el menor se relacione con ellas de forma adecuada. En este sentido, nuestras orientaciones preventivas pueden ser un buen punto de partida. Y, por último, constatar la necesidad de definir criterios diagnósticos sólidos y contrastados de la adicción a Internet, móvil y videojuegos que tengan en cuenta las particularidades de cada tecnología.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, A. B. (2011). *Dispositivos móviles*. Universidad de Oviedo: EPSIG Ing. Telecomunicación Universidad de Oviedo.
- Bianchi, A. J. (2005). *Psychological predictors of problem mobile phone use*. . CyberPsychology and Behavior, 8, 39-51.
- Bosch, D. (2016). *Generación Alfa: Adiós a la supremacía de los Millennials*. . Recuperado 30 de junio del 2016. <http://www.swagger.mx/tecnologia/generacion-alfa-adios-la-supremacia-de-los-millennials>.
- Buchinger, S. Kriglstein, S. Brandt, S. y Hlavacs, H.. (2011). *A survey on user studies and technical aspects of mobile multimedia applications*. Entertainment Computing, 2(3), 175-190.
- Carrancio, L. M. (2013). *Percepciones de la Generación "Z" y la Escuela en el siglo XXI*.
- Castellana, M. (2005). *El adolescente y sus personas significativas*. . ROL Enfermería, 28 (9): 18-29.
- Castellana, M. (2003). *La relació de l'adolescent amb les persones significatives*. Barcelona: p.a.u. education.
- Castellana, M. S.-C. (2007). *El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos*. Papeles del Psicólogo, 28, 196-204.
- Chóliz, M. (2008). *Uso y abuso del teléfono móvil en la adolescencia en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Proyecto de Investigación no publicado financiado por la Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).
- Chóliz, M. (2010). *Mobile phone addiction: A point at issue*. . Addiction, 105, 373-374.
- Chóliz, M. V. (2009). *Ellas, ellos y su móvil: uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia*. Revista Española de Drogodependencias, 34, 74-88.
- Đryāgan, P. (2010). *Usos y abuso de las tecnologías*. . (2010). UsosRecuperado de: <http://www.slideshare.net/kajinoiazuma/uso-yabusodelastecnologias>.
- Echeburúa, E. Corral, P. y Amor, P.J. (2005). *El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención*. Psicología Conductual, 13, 511-525.
- Echeburúa, E., Labrador, F., & Becoña, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. . Madrid: Pirámide.
- Fortunati, L., & Magnanelli, A. M. (2002). *El teléfono móvil de los jóvenes*. Estudios de Juventud, 57: 59-78.
- Griffiths, M. &. (2000). *Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the Internet*. Journal of Gambling Studies, 16, 199-225.
- Griffiths, M. D. (1995). *Technological addictions*. Clinical Psychology Forum, 76, 14-19.

- Griffiths, M. D. (1997). *Technological addictions: Looking to the future*. . Chicago, Illinois.: Artículo presentado en la 105th Annual Convention of the American Psychological Association .
- Guardiola, E., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., & Bellés, A. (2006). *¿Qué se sabe de la adicción a las TIC? Un análisis a través de las bases de datos de bibliografía científica*. . En 10enes Jornades Catalanes d'Informació i Documentació. Barcelona, 25-26 de mayo, 2006.
- Hartmann, E., Rössler, P., & Höflich, J. (2008). *El teléfono móvil y el uso del SMS por parte de los adolescentes*. Estudios de Juventud.
- Hartmann, M. R. (2008). *After the mobile phone?: social changes and the development of mobile communication*. . Berlin: Frank & Timme.
- Höflich, J., & Gebhart, P. (2001). *Más que un teléfono: El teléfono móvil y el uso del SMS por parte de los adolescentes alemanes. Resultados de un estudio piloto*. Estudios de Juventud, 57, 79-99.
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Uso de las TIC en hogares del Ecuador 2010*.
- Kasesniemi, E., & Rautiainen, P. (2001). *Mobile Culture of Children and Teenagers in Finland*. . Cambridge University Press.
- Kasesniemi, E., & Rautiainen, P. (2002). *Mobile Culture of Children and Teenagers in Finland*. . Cambridge: Cambridge University Press.
- Leung, L. (2007). *Leisure boredom, sensation seeking, self-esteem, addiction symptoms and patterns of cell phone use*. En E. A. Ling, R. (2002). *Chicas adolescentes y jóvenes adultos varones: dos subculturas del teléfono móvil*. . Estudios de juventud, 57, 33-46.
- Linio, F. (1 de junio de 2015). Niños digitalizados, una nueva generación ciento por ciento online. *Diario El Universo*, págs. 8-9.
- Mante, E., & Piris, D. (2002). *El uso de la mensajería móvil por los jóvenes en Holanda*. . Estudios de Juventud 57(2), 47-58.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Agustín, S. (2005). *La adicción al teléfono móvil*. Psicología Conductual, 13, 481-493.
- O'Keefe, G., & Sulanowski, B. (1995). *More than just talk: Uses, gratifications, and the telephone*. . Journalism & Mass Communication Quarterly, 72, 922-933.
- Oksaman, V., & Rautiainen, P. (2002). *Toda mi vida en la palma de mi mano: la comunicación móvil en la vida diaria de niños y adolescentes de Finlandia*. Finlandia: Estudios de Juventud, 57(2), 25-32.
- Prensky, M. (2001). *Marc Prensky y los nativos digitales*. Genis Roca publicado en 2011 Recuperado 10 de junio de 2013 de la base de datos: <http://www.genisroca.com/2007/08/05/marc-prensky-y-los-nativos-digitales/> <http://socialydigital.net/lo-que-deberias-saber-sobre-los-baby-boomers-y-las-generaciones-x-y-z/>.
- Sánchez-Carbonell, X. B. (2008). *La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? Adicciones*. 20, 149-160.
- Silvestre, V., V, M., & C, M. M. (2012). *Programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil en población adolescente*. Universitat de València: (Doctoral dissertation, Universitat de València, Departament de Psicologia Bàsica).
- Villanueva, S. V., & Chóliz, M. M. (2012). *Programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil en población adolescente*. València: Doctoral dissertation, Universitat de València, Departament de Psicologia Bàsica.
- Washton, A. M., & Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós.

Características psicológicas de los estudiantes de enfermería

Angélica María Veloz Balarezo

Universidad de Guayaquil
angelica.velozb@ug.edu.ec

Ana Marina Vaca Gallegos

Universidad Técnica de Machala
avaca@utmachala.edu.ec

Sandra Elizabeth Figueroa Samaniego

Universidad Técnica de Machala
sfigueroa@utmachala.edu.ec

Resumen

La elección de la carrera es una de las tareas de los jóvenes que marca el inicio a su vida adulta, los mecanismos de ingreso a la universidad implementados en los últimos años hace frágil la incorporación de habilidades necesarias para el ejercicio profesional que ya no se limita a un cuidado pasivo sino a una relación empática del enfermero y el paciente. El objetivo del trabajo es definir las características psicológicas en los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Guayaquil y la Universidad de Machala, el diseño de investigación de cuantitativo y correlacional, de muestreo aleatorio, utiliza un cuestionario aplicado a 220 estudiantes de los últimos semestres. Los resultados indican que los puntos álgidos radican en las limitadas habilidades de comunicación, dificultad de manejar situaciones de estrés en especial cuando se trabaja con el dolor y la pérdida subjetiva que pueden minar la calidad de atención a los pacientes, siendo necesario se incorpore tempranamente una cultura de intervención destinada a cuidar la salud emocional de los profesionales de enfermería.

Palabra claves: enfermería, habilidades, cuidado, empatía, paciente.

Abstract

The choice of the career is one of the tasks of the young people that marked the beginning of their adult life, the mechanics of admission to the university implemented in recent years did the integration of skills necessary for professional practice that no longer limits A Passive care but a relationship of empathy of the patient and the patient. The objective of the study is to define the psychological characteristics in the students of the nursing career of the University of Guayaquil and the University of Machala, the design of quantitative and correlational research, random sampling, used a questionnaire applied to 220 students of the last semesters. The results indicate that the hot spots are in limited communication skills, difficulty in handling stress situations especially when working with pain and loss Culture of intervention intended to care for the emotional health of nursing professionals.

Keywords: Nursing, skills, care, empathy, patient.

Introducción

La elección de la carrera profesional es sin duda una de las tareas más importantes del desarrollo humano en la etapa de la juventud (Cano 2008). Explica la importancia de la motivación en el desempeño exitoso e iniciativa para propiciar nuevos aprendizajes que coadyuvan al involucramiento y culminación de sus estudios superiores. Otro aspecto son los antecedentes familiares, es decir, la existencia en el sistema familiar de

profesionales en un área de la ciencia en específico que influyen de manera indirecta en las decisiones vocacionales (Leppel y col. 2001).

Juventud es la etapa comprendida de los 18 a 29 años de edad (Asamblea Nacional, 2011), que entre las tareas del desarrollo se encuentra lograr la autonomía, siendo para ello necesario la emancipación psicológica de las figuras parentales; moldear la identidad que como proceso permanente se nutre de nuevas identificaciones, aprendizajes; desarrollar estabilidad emocional a partir de él aprender a tolerar las frustraciones, tensiones cotidianas; establecer y consolidar una carrera, seleccionar una pareja, ajustarse al matrimonio, insertarse en el mundo laboral y la crianza de los hijos (Phillip Rice , 2012).

Pineda (2015) cita determinantes de orden individual, socioeconómico y académico que influyen la elección de la carrera. Cuando hablamos de las primeras estas tienen que ver con la jerarquización de las necesidades que motivan la conducta humana, ubicándose la elección de la carrera en el nivel de seguridad, una de las características de la teoría estriba en la satisfacción de un nivel para escalar a un nivel superior (Quintero, 2012).

Dentro de las determinantes de orden socioeconómicas, se encuentra la amplitud del campo laboral que tiene las carreras de la salud (Morgano 2015) señala que las de mayor empleabilidad en Chile son: enfermería, obstetricia, química, farmacia, tecnología médica, terapia ocupacional, medicina y odontología. En Ecuador la carrera de enfermería es una de las más optadas por los jóvenes (Ministerio Coordinador de Conocimiento y Talento Humano, 2013).

En Ecuador se implementó desde el 2011 el Sistema Nacional de Admisión, amparado en el Art. 3 de la Ley Orgánica de Educación Superior, quien dispuso la implementación del Sistema de Nivelación y Admisión para el ingreso a las instituciones de educación superior de carácter de permanente unificado de inscripciones, evaluación y asignación de cupos en función al mérito de cada estudiante se mantenido hasta Julio del 2017 (Registro Oficial Suplemento 298, 2010).

Es en virtud de estas adicionales regulaciones que ayudaron el mejoramiento de la calidad de la educación superior, los aspirantes a una carrera iniciaban su nivelación y posterior a matricularse en los ciclos correspondientes. Aunque este proceso se ha realizado por años, han existido grupos que no han accedido por tener puntajes por debajo de lo establecido, los que han logrado ingresar a la universidad no siempre se han ubicado en la carrera con las que se identifican.

Los profesionales de enfermería interactúan diariamente con el paciente enfermo, con la persona sana, la potencialmente enferma, familia, comunidad, dinámicas que pueden ser estresantes cuando no existe motivación, vocación siendo importante se cultive la empatía, la comunicación y altruismo como atributos permanentes.

Las características psicológicas de los estudiantes se relacionan con el perfil de ingreso a la carrera que en la Universidad de Guayaquil (2017) se relacionan con lo cognitivo, con el saber hacer y el saber ser, que integran los pilares teóricos y epistemológicos de la enfermería, con las habilidades propias que se adquieren en el claustro universitario, la implementación de ellas en el ejercicio, en el marco de los derechos humanos. En cuanto a la Universidad Técnica de Machala (2017), su perfil de ingreso está relacionado a los conocimientos en las ciencias básicas requeridas, la actitud con valores como responsabilidad, ética, creatividad y honestidad.

Es necesario que los estudiantes de enfermería de la Universidad de Guayaquil y la Universidad de Machala, tengan un perfil psicológico adecuado desde el punto de vista saludable vocacional, es importante realizar una descripción y análisis de aspectos subjetivos que llevan a los estudiantes a optar por esta profesión.

Importancia del problema

Las características psicológicas de los estudiantes de la carrera de enfermería, es una temática importante de ser analizada, pues los resultados son útiles y necesarios para conocer la tendencia actual de carrera, hacer proyecciones para la aplicación de cupos en las instituciones e incluso de especializaciones futuras. Otro aspecto, es la elaboración de un perfil psicológico de los estudiantes que permita a los docentes mejorar su práctica e integrar nuevos contenidos en sus sílabos para una formación ética centrada en conocer los aspectos biopsicosociales de los pacientes.

De la misma manera Durán (2002) explica que el dominio de la enfermería es llegar al diagnóstico y también el conocimiento práctico, es decir la integración de las diferentes teorías y las vivencias de los profesionales, incluso para ello se nutre de otras ciencias entre ellas la psicología que estudia los procesos psíquicos, y que ha desarrollado, asimismo, métodos, técnicas y procedimientos para actuar sobre ellos (Ander-Egg, 2016).

Existen estudios de características similares que plantean el estudio de las características psicológicas en estudiantes de bajo rendimiento académico como el realizado por Castro (2012) explica que la mayoría de los estudiantes estudian enfermería por vocación, aunque existe un elevando número de casos que escogieron la carrera por influencia familiar y por ser la opción más parecida a la deseada.

Es importante también señalar que el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, explica en su Objetivo 3, “Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013, pág. 137), parte de la calidad es la formación de profesionales que atiendan a las necesidades de los pacientes en el cuidado y en la protección de sus derechos como seré humanos.

También la Ley de Juventud señala:

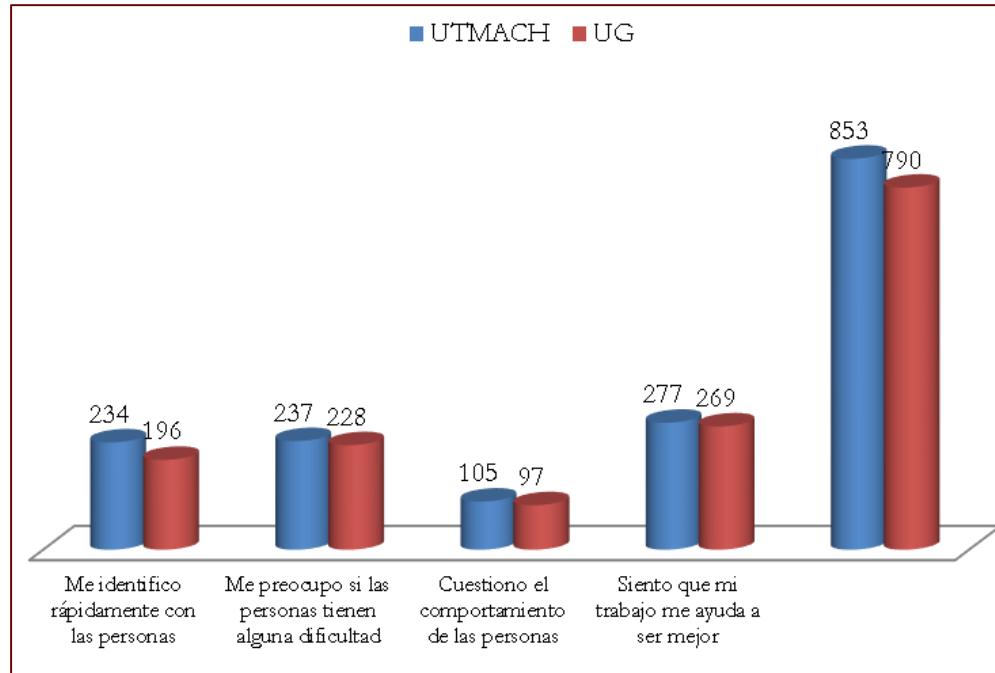
El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (Asamblea Nacional, 2011, pág. 14).

Como actores sociales los jóvenes universitarios de la carrera de enfermería contribuyen al desarrollo del país a través de un ejercicio profesional ético con una visión humanista.

Metodología

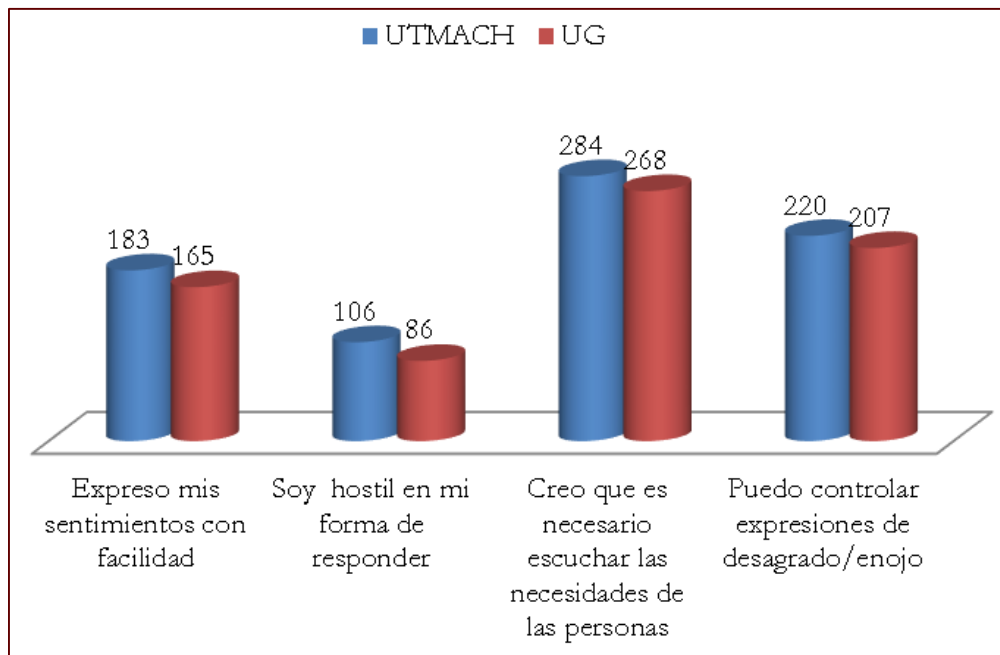
El método utilizado en este estudio es cuantitativo, descriptivo y correlacional, en el que se describen seis variables: empatía, comunicación, autoestima, responsabilidad, tolerancia a la frustración y altruismo. La población participante son estudiantes del octavo semestre de la carrera de enfermería 100 de la Universidad de Guayaquil, y 100 de la Universidad Técnica de Machala. Para el levantamiento de información se utilizó un “Cuestionario de percepción de las habilidades psicológicas en los profesionales de enfermería”, que consta de 24 ítems, con las opciones de respuesta: Siempre 3, Casi siempre 2, A veces 1, Nunca 0.

Ilustración 1. Correlación resultados del indicador empatía



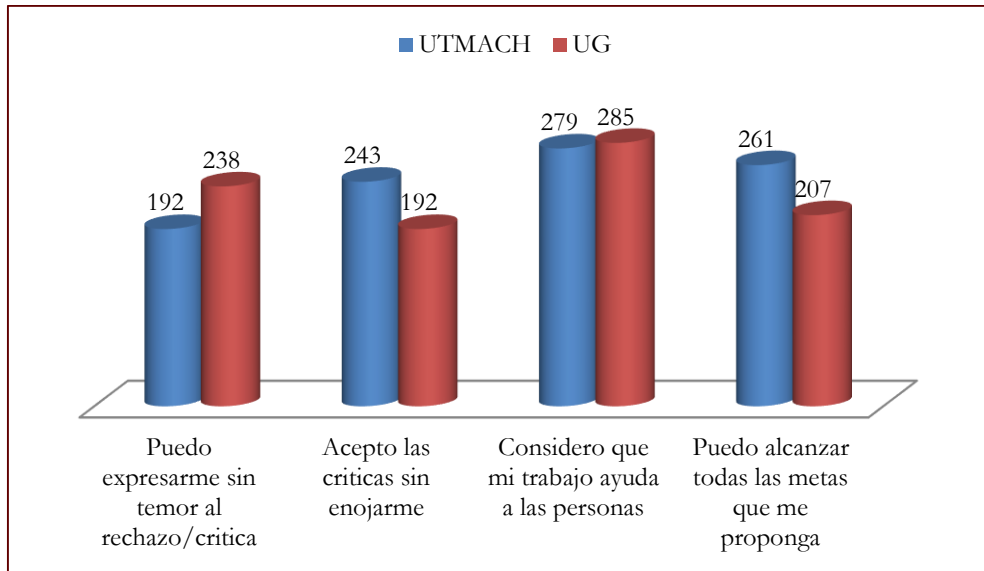
Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Ilustración 2. Correlación resultados del indicador comunicación



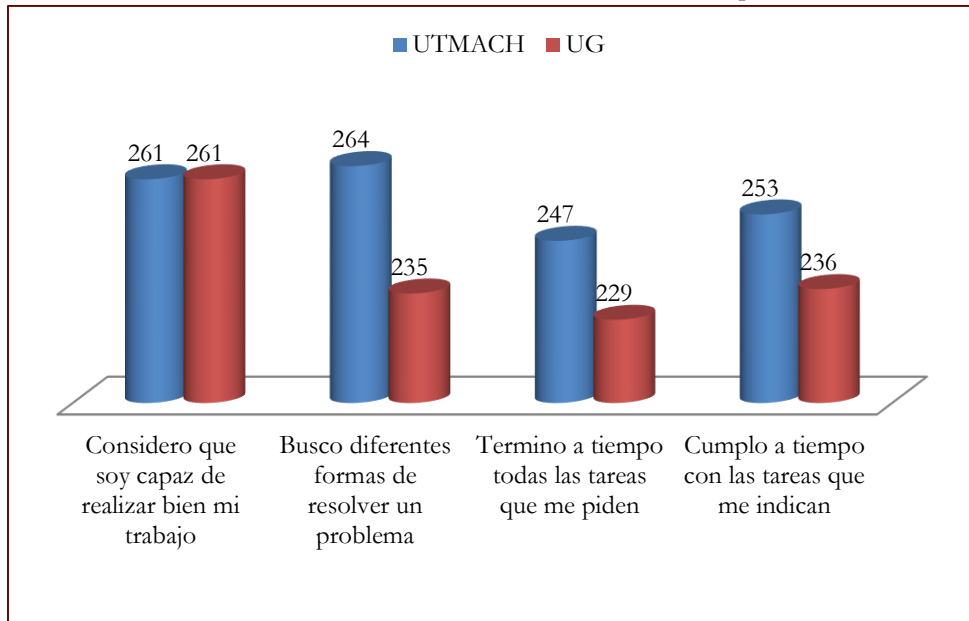
Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Ilustración 3. Correlación resultados del indicador Autoestima



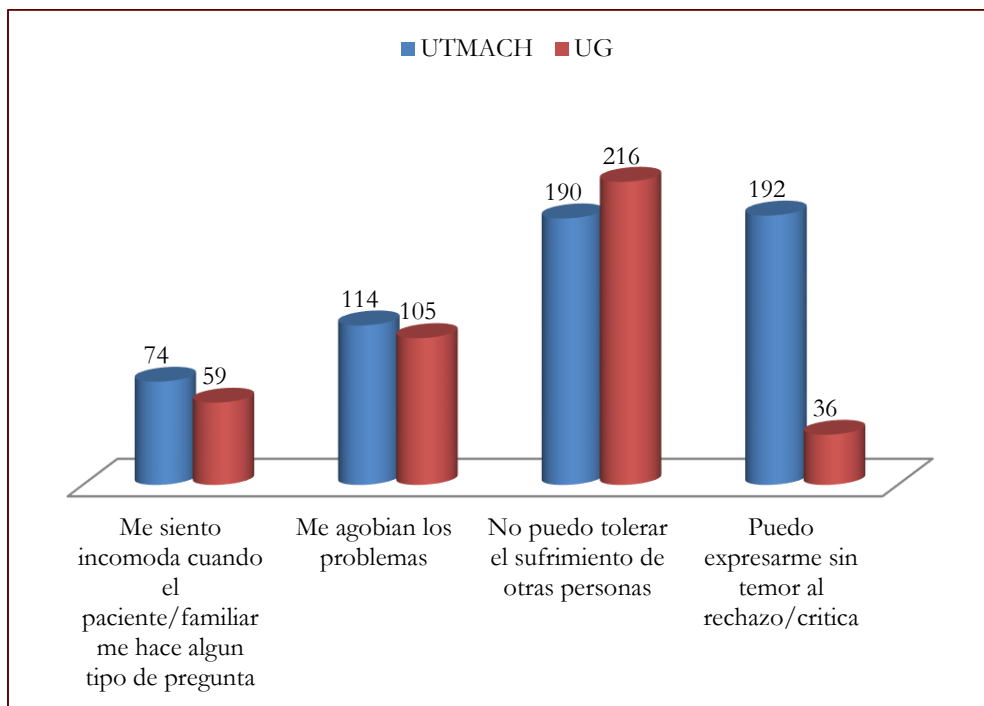
Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Ilustración 4. Correlación resultados del indicador Responsabilidad



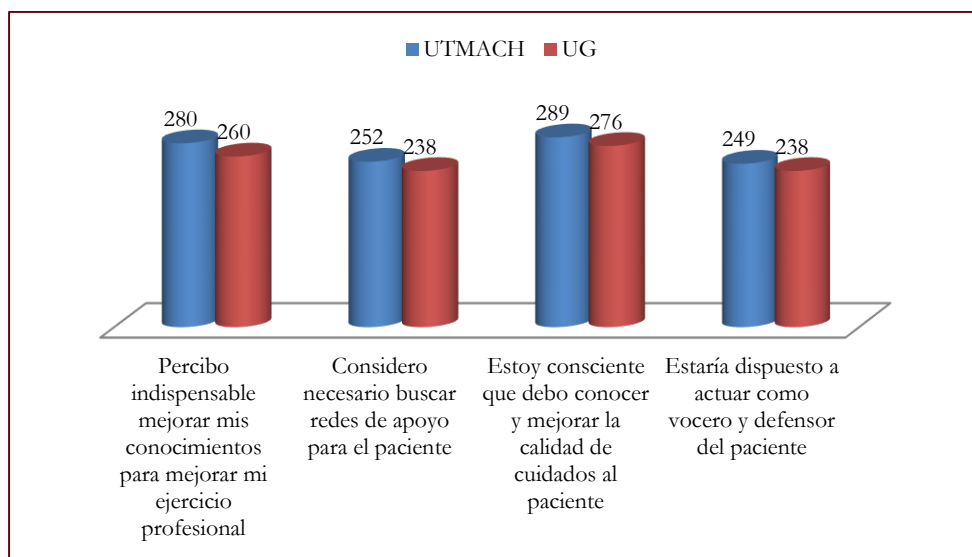
Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Ilustración 5. Correlación resultados del indicador tolerancia



Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Ilustración 6. Correlación resultados del indicador altruismo



Fuente: Veloz, Vaca, Figueroa (2017)

Discusión

Indicador empatía y altruismo

Las características de los estudiantes de la carrera de enfermería de las universidades participantes son: percepción de suficiencia, interés en el bienestar común, identificación con las diversas problemáticas de los pacientes, la cantidad de respuesta evidencia que existe la motivación y vocación suficiente para un ejercicio donde se priorice el bienestar del paciente y se empleen todos los conocimientos y habilidades para un

cuidado eficaz. Pese a ello el 12.31% de los encuestados de la UTMACH y el 12,28% de estudiantes de la UG mantienen una actitud cuestionadora en los problemas de sus pacientes.

Indicador comunicación

En los encuestados existe una tendencia a tener una escucha activa y empática con sus pacientes, en la UTMACH el 35,81% y en la UG el 36.91% de los estudiantes presenta esta característica, para los psicólogos humanistas como Maslow, la realización humana es un proceso en el que las relaciones interpersonales en el trabajo son parte de las acciones a tener éxito y reconocimiento. Adicionalmente de los encuestados el 13.37% de la UTMACH y el 11.85% la UG tienen una forma de expresarse de manera hostil, esto se constituye en un patrón disfuncional de comunicación.

Indicador autoestima

Los puntajes altos de los estudiantes de las universidades participantes evidencian que existe una autovaloración positiva del trabajo con los pacientes, la capacidad de aceptar las críticas y expresarse sin temor al rechazo, para Satir (2005) la autoestima es concebida como el centro de la existencia, condición indispensable para alcanzar la libertad y por ende un ejercicio profesional que conviene la ciencia con los valores humanos.

Indicador responsabilidad y tolerancia a la frustración

Las respuestas de los estudiantes de las universidades participantes, tienen en este indicador un margen de diferencia del 3.18%, esto nos permite inferir que en los 200 encuestados existe la capacidad para realizar su trabajo con responsabilidad y la habilidad de buscar varias alternativas de solución a los problemas propios del ciclo de vida y por ende de los espacios académicos y de trabajo.

Indicador tolerancia a la frustración

Los puntajes indican que existe dificultad para tolerar el sufrimiento de los pacientes siendo los puntajes el 33,33% de la UTMACH y el 51,92% de la UG, por lo que se considera necesario que los encuestados busquen alternativas como procesos de análisis y psicoterapia que le permitan trabajar con el dolor.

Conclusión

Los estudiantes tienen características que guardan relación con la motivación por la carrera, entre ellas se encuentra la empatía, comunicación, responsabilidad y altruismo. Existe una autopercepción de valía, responsabilidad y capacidad en el trabajo, de cuidado a los pacientes pese a que hay situaciones como poca capacidad a tolerar el dolor, la frustración y situaciones críticas del trabajo o del ciclo de desarrollo.

Pese a que la mayoría tiende a tener una escucha activa, hay un porcentaje representativo que reacciona verbalmente de manera hostil, esto se relaciona con la incapacidad de tolerar situaciones de crisis. Incluso pueden llegar a cuestionar el comportamiento de los pacientes. Es importante señalar que existe interés en los estudiantes por realizar un trabajo profesional destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es necesario incluir en los contenidos, la atención en crisis y sensibilización a las problemáticas diversas que atraviesan los pacientes para un mejor entendimiento del comportamiento humano.

Referencias Bibliográficas

Ander-Egg, E. (2016). *Diccionario de psicología tercera edición*. Córdova: Brujas.
Asamblea Nacional. (2011). *Ley de Juventud*. Obtenido de <http://docs.ecuador.justia.com/nacionales/leyes/ley->

de-la-juventud.pdf

- Cano Celestino, M. (2008). Motivación y elección de carrera. *Revista mexicana de orientación educativa*, 7.
- Castro, S. (2012). *Características de los estudiantes de enfermería*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan-Universidad de la Sabana*, 7-18.
- Leppel, K., Williams, M., & Waldeur, C. (2001). The Impact of Parental Occupation and Socioeconomic Status on Choice of College Major. *Journal of Family and Economic Issues*, 374.
- Ministerio coordinador de conocimiento y talento humano. (2013). Obtenido de <http://www.conocimiento.gob.ec/conozca-las-10-carreras-del-futuro-2/>
- Morgano, J. (17 de Abril de 2015). Las carreras con más campo laboral y mejor remuneración del área de salud.
- Phillip Rice . (2012). *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. México: PrenticeHall.
- Pineda, L. (2015). Factores que afectan la elección de la carrera: caso Bogotá. *Universitas económica*, 8.
- Quintero, José. (2012). *Teoría de las necesidades de Maslow*. Obtenido de <file:///C:/Users/KATEMO~1/AppData/Local/Temp/Teoría%20de%20Maslow-1.pdf>
- Registro Oficial Suplemento 298. (2010). *Ley orgánica de educación superior*. Quito.
- Satir, V. (2005). *En contacto íntimo: como relacionarse con uno mismo y los demás*. Ciudad de México: Pax México, 2da reimpresión.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017* . Quito: Senplades.
- Universidad de Guayaquil. (2017). *Perfil de egreso*. Obtenido de <http://www.fcm.ug.edu.ec/wp-content/uploads/2017/06/PERFIL-DE-EGRESO-DE-LA-CARRERA-ENFERMER%C3%8DA.pdf>
- Universidad Técnica de Machala. (2017). *Perfil de egreso*. Obtenido de <https://www.utmachala.edu.ec/portalwp/index.php/uacq/>

Funcionalidad familiar y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica

Gerardo Xavier Peña Loaiza

Universidad Técnica de Machala

gpena@utmachala.edu.ec

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Universidad Técnica de Machala

ysanchez@utmachala.edu.ec

María Johanna Batallas Borja

Universidad Técnica de Machala

mbatallas@utmachala.edu.ec

Resumen

La presente investigación es de enfoque cualitativo, exploratorio, transversal, no experimental, y estuvo orientada a determinar la influencia del funcionamiento familiar en la calidad de vida de personas con insuficiencia renal crónica; se utilizó como medio de evaluación la entrevista clínica y un cuestionario con preguntas estructuradas que permitieron la descripción e interpretación de las respuestas de cinco familias seleccionadas para construir una realidad contrastada con la teoría. Se concluye que los síntomas psicológicos que se instalan en los pacientes con Insuficiencia renal crónica y que afectan su calidad de vida de manera significativa, responden mayormente a patrones rígidos de funcionamiento familiar; problemas en la negociación de los roles, respuestas emocionales disfuncionales cargadas de incertidumbre y temor, exacerbación de crisis normativas, paranormativas ya existentes y una tendencia al aglutinamiento. El estilo de respuesta de la familia a la enfermedad depende de factores propios del tipo de enfermedad, el sistema de creencias familiares, las pautas de funcionamiento de la familia previo a la enfermedad, la edad del paciente al momento de inicio de su enfermedad y la relación que se establece entre la familia y el equipo de salud.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, modelo sistémico, funcionalidad familiar, enfoque estructural, calidad de vida.

Abstract

The present research is qualitative, exploratory, cross-sectional, non-experimental, and aimed at determining the influence of family functioning on the quality of life of people with chronic renal failure; The clinical interview and a questionnaire with structured questions were used as a means of evaluation that allowed the description and interpretation of the answers of five families selected to construct a reality contrasted with the theory. It is concluded that the psychological symptoms that are installed in patients with chronic renal failure and that affect their quality of life in a significant way, respond mainly to rigid patterns of family functioning; Problems in the negotiation of the roles, dysfunctional emotional responses loaded with uncertainty and fear, exacerbation of normative, paranormative crises already existing and a tendency to the agglutination. The family's response to disease depends on factors of the type of illness, the family belief system, family functioning patterns prior to illness, patient's age at the onset of illness, and Relationship established between the family and the health team.

Keywords: Chronic renal insufficiency, systemic model, family function, structural approach, quality of life.

Introducción

En la actualidad, a nivel mundial, existe un gran número de personas que sufren de Insuficiencia Renal Crónica, enfermedad no trasmisible que implica serias repercusiones y cambios en el estilo de vida tanto de los enfermos como de sus familias; complicaciones o enfermedades concomitantes, alteraciones psicológicas, desorganización familiar, problemas sociales, accidentes, y sumado a esto, todas las dificultades relacionadas con el tratamiento (Romero, Segura y Solórzano, 2014). Ante el impacto del diagnóstico y la evolución incierta de la enfermedad, muchos asumen una posición pesimista y fatalista, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias (Ruiz et al., 2012; García, Remor, Del Peso y Selgas, 2014); en otros casos se refleja ansiedad, agresividad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares (Pérez, 2010; Rivera, Montero y Sandoval, 2012; Oliveira y Soares, 2012).

La influencia de esta enfermedad en el desarrollo de la personalidad del paciente es variable y depende de factores que van desde el nivel de desarrollo que haya alcanzado ésta antes del diagnóstico hasta las características del medio social en el que se inserta. Cabe decir que dentro de los fenómenos sociopsicológicos que tienen un rol protagónico en el desarrollo de comportamientos saludables en los sujetos con enfermedades crónicas se destaca el Apoyo Social que en la actualidad es una vertiente de investigación que está en franco desarrollo. De manera general se infiere que el Apoyo Social influye en la salud física de las personas y se ha planteado, en el caso específico de los pacientes con insuficiencia renal crónica, que la presencia de apoyo socio-familiar facilita la adaptación al tratamiento dialítico (Silva et al., 2016). En todo el proceso de enfermar influye de manera importante la familia, que como principal ente socializador del individuo trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad (Romero, Martínez, Makaisa, Guarín Pérez, 2013; Aguilar, González y Perez, 2014; Carrillo, Duque y Nieto, 2016).

Bajo este contexto surge el interés de conocer cómo se desenvuelve la familia de este tipo de pacientes y cómo esto influye en la calidad de vida de los mismos. Abordar sistémicamente esta problemática permite un mejor entendimiento de la situación, permite posicionarse en la naturaleza misma del problema investigado. Por otro lado, el enfermo se daría cuenta que es parte de un sistema de apoyo social, aún con las dificultades que ellos presenten, fortaleciendo de esta manera su sentido de compromiso y la calidad de apoyo que la familia y el personal médico involucrado pueda brindarle.

Se debe destacar la peculiaridad de estos sistemas familiares, por las exigencias, tareas y roles adicionales que implica la cronicidad de esta enfermedad; deben acompañar al paciente al tratamiento, en algunos casos abandonar el trabajo para ocuparse de ellos o emprender en nuevas labores para poder solventar los gastos. Si la familia no afronta de manera adecuada aquellos requerimientos que la enfermedad y el tratamiento generan, corre el riesgo de disfuncional (Villegas et al., 2016).

El soporte teórico de la presente investigación gira en torno a la familia estudiada como sistema, se revisa los aspectos más sobresalientes del modelo sistémico familiar, y especialmente del enfoque estructural. Se estudian los aspectos estructurales, de ciclo vital y de respuesta emocional que se pueden presentar en una familia con un miembro que padece una enfermedad crónica en las distintas fases de la enfermedad, aspectos que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. “El modelo sistémico de la enfermedad se acentúa en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales que las diferentes

afecciones imponen en el transcurso del tiempo y los componentes claves del funcionamiento familiar” (Rolland, 2000, p. 34).

El cómo una familia, con una determinada estructura tramite estos procesos bio-psico-sociales que le impone la enfermedad crónica, revelará su funcionalidad o disfuncionalidad y determinará el nivel o grado de calidad de vida del paciente. La estructura de una familia y los cambios que se puedan generar en la misma, inciden en el tipo de afrontamiento o adaptación del paciente a su enfermedad afectándose así en mayor o menor grado su calidad de vida.

Importancia del problema

La importancia de esta investigación radica en que, desde el punto de vista sistémico, se contaría con un estudio que ofrecería datos sobre cómo se estructuran las familias de estos pacientes, lo que generará información sobre la relación entre el grado de calidad de vida que adquieren tanto los pacientes como sus familiares y el Funcionamiento Familiar, así como la influencia recíproca de estas categorías con el nivel de adaptación y afrontamiento a la enfermedad y al tratamiento, alcanzado por los pacientes, lo que abriría el campo en la profundización de este enfoque en la Insuficiencia Renal Crónica, y permitiría el desarrollo de programas interventivos para estos pacientes. Así, el presente estudio se constituye como un referente teórico de suma importancia para la planificación oportuna de un modelo de evaluación e intervención sistémica aplicable a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se someten a tratamiento hemodialítico.

Metodología

La investigación responde al enfoque cualitativo, se elaboró a través de la observación, descripción e interpretación de las respuestas de un grupo seleccionado para construir una realidad contrastada con la teoría y responder a las preguntas de investigación planteadas antes del estudio. El diseño metodológico del presente trabajo se basa en una investigación de tipo no experimental, ya que no se tiene un control directo sobre las variables; es transeccional por cuanto recolectamos datos en un período de tiempo único y con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en ese momento dado y es exploratoria debido a que los resultados obtenidos constituyen una visión aproximada del objeto de estudio. La selección de la muestra es intencional y no aleatoria; se centra en el estudio de caso de cinco familias, seleccionadas en base a los siguientes criterios:

- Edad comprendida entre 22 y 55 años.
- Sexo femenino y masculino.
- Pacientes en etapa inicial y media de enfermedad y tratamiento.
- Familias de tipología nuclear o extensa.

Para valorar las categorías de estudio: patrones interaccionales, transacciones relacionales de funcionalidad y disfuncionalidad, nivel de cambio, tipología familiar y calidad de vida se realizaron cinco entrevistas con cada familia utilizando como instrumento un cuestionario estructurado de preguntas abiertas en relación a los indicadores señalados. Una vez que se organizó todo el material clasificado por variables, indicadores e ítems, que fueron saturados con toda la información obtenida mediante las entrevistas, se empezó a confrontar las categorías de análisis en cada familia, en el total de familias y a relacionar esta información con la teoría; triangulación que permitió cumplir con el objetivo de la investigación.

Resultados

Se puede destacar que las familias que en cuyo seno existe un miembro con una enfermedad crónica presentan ciertas características estructurales comunes. En lo referido a los roles, se observa que los cambios estructurales fueron mayores cuando quien enfermó fue uno de los padres; en dos de las familias estudiadas ha aparecido la figura de hijo parental; en uno de los casos la hija de 21 años se ha identificado con este rol, el que le ha otorgado poder, pero en el otro caso, la hija 34 años se muestra extenuada y frustrada. Navarro (1995) plantea que todas las familias en que uno de sus miembros enferma se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ese momento ha venido desempeñando el miembro enfermo, lo que mueve todo su mapa estructural y que la intensidad o complicación de la negociación depende de la importancia de los roles y funciones desempeñados por el paciente y de la flexibilidad para el cambio estructural tanto de la familia como del enfermo.

Se advierte en los casos estudiados que la reasunción de los roles y funciones del enfermo una vez pasada la etapa de crisis es importantísima para que se genere un buen nivel de calidad de vida a corto o mediano plazo, tanto para el paciente como para sus familiares, ya que si este no retoma sus funciones y actividades de la forma más cercana a la normalidad dentro de los límites de su enfermedad, la percepción que tendrá de sí mismo será muy negativa y su nivel de calidad de vida decaerá drásticamente.

Haciendo referencia al rol de “cuidador primario familiar” que según Navarro (1995) es quizás el rol más característico que aparece en las familias con un enfermo crónico, se resalta que el apoyo que reciben quienes cumplen este rol, de los otros miembros, es fundamental para la calidad de vida de la familia. El hecho de que en cuatro de los cinco casos, el rol de cuidador primario familiar sea desempeñado por personas del sexo femenino (esposas, hija, madre) se explica por pautas culturales implícitas de designación (Rolland, 2000).

Se destaca que en tres de los casos abordados se han establecido patrones rígidos de funcionamiento en los que la configuración de respuesta de emergencia a la crisis caracterizada por una movilización intensa de recursos físicos (cuidados, asunción de roles y funciones del enfermo) y emocionales (mayor reactividad afectiva) se ha trasladado inmodificada a la fase crónica cuando ya no es necesario y resulta disfuncional hacerlo; a este fenómeno, Navarro (1995) le llamó “falta de flexibilidad en la respuesta”. Se presenta así la sobreprotección del enfermo limitando sus actividades, haciéndole sentir incapacitado y frustrándolo. En dos de los casos las pacientes presentan regresión evolutiva de su conducta y han desarrollado síntomas psicológicos.

La sobreprotección influye negativamente en la comunicación con el enfermo porque sus familiares, especialmente, los cónyuges, evitan hablarle de temas que puedan “agravar su estado”; así en dos de los casos la comunicación entre los miembros disminuyó. Notamos también, que cuando existen crisis paranormativas en las familias, la presencia de la enfermedad hace que estas se silencien, lo que no quiere decir precisamente que afecten menos que antes, más bien el malestar se magnifica. Navarro Góngora (1995), se refiere a la “conspiración de silencio” como una respuesta emocional a la enfermedad; en nuestro estudio, este fenómeno se asocia a un tipo de comunicación enmascarada entre los miembros, de situaciones que tratan de ocultar y que proyectan en los asuntos del cuidado del enfermo. Por el contrario, las familias que manejan una comunicación clara y directa, pueden hablar variados temas sin mayor dificultad, incluidos los temas relacionados a la enfermedad y el tratamiento. En uno de los casos notamos un fenómeno de comunicación paradójico, ya que la familia le exige de responsabilidades a la paciente y le sobreprotege hasta invalidarla pero al mismo tiempo espera que ella se muestre más fuerte y capaz.

En cuanto a la comunicación de los acuerdos de relación se encontró que la enfermedad conllevó a la acentuación de las normas ya existentes en la familia, y que incluso en dos de los casos se refuerzan o revivan normas que resultan discordantes con la etapa de ciclo vital de la familia y de sus miembros; lo que concuerda con la teoría de Rolland (2000) y Navarro (1995), quienes afirman que la enfermedad revive o acentúa pautas familiares disfuncionales previas. Se puede mencionar que cuatro de las familias estudiadas presentaban ya antes de la enfermedad límites difusos y con la enfermedad comenzaron a aglutinarse. Navarro (1995) citando a (McDaniel y otros, 1993) afirma que la enfermedad funciona como un lente de aumento o catalizador que magnifica todos los procesos que se producen en la familia.

En lo referente al clima afectivo, con la presencia de la enfermedad la expresión de afectos tanto de bienestar como de malestar, y el involucramiento de los miembros aumentó en cuatro de los cinco casos estudiados lo que se explica como una respuesta de emergencia en la etapa de crisis de la enfermedad. Navarro (1995), indica que en un porcentaje elevado de familias la presencia de un enfermo mejora los vínculos afectivos entre ellos; sin embargo, se advierte que si los miembros de la familia llegan a sobreinvolucrarse afectivamente, pueden comenzar a establecer límites rígidos con el exterior lo que provoca que sus miembros comiencen a perder contacto con otras personas; se comienzan a cerrar así las fronteras entre la familia y la comunidad; esto se presentó en tres de los casos estudiados. Según Rolland (2000) las pautas de apego excesivo pueden sacrificar las diferencias individuales para mantener la unidad, por lo que la familia pretende que todos sus miembros piensen o sientan igual. Notamos que esto se da mayormente en las familias en las que el paciente ha sido sobreprotegido y se muestra incapacitado en mayor grado; en dichos pacientes existe además una merma en el umbral de tolerancia a los estímulos y tienden a interpretar como señal de desafecto o desamor un gran número de respuestas dadas por sus familiares. Cuando el sistema es cerrado como sucede con las familias aglutinadas se afecta la emancipación de la descendencia y la posibilidad de que la familia reciba apoyo, aspectos que afectan notablemente la calidad de vida de los miembros. Dos de las familias estudiadas, por su mayor aglutinamiento, presentaron fronteras rígidas con la comunidad.

Entre otros fenómenos interaccionales que estructuran las relaciones en las familias, se puede manifestar que se encontraron alianzas funcionales que han permitido adaptación y cambio, por ejemplo permitiéndoles manejar negocios o cumplir con las tareas del hogar; sin embargo, en mayor grado, se identificaron alianzas disfuncionales generadoras de conflicto y tensión entre los miembros y varias triangulaciones que involucran incluso a miembros de la familia extendida. Un aspecto señalado por Rolland (2000) es que las enfermedades crónicas incrementan en gran medida el riesgo de triangulación, en particular cuando ya existen ciertas cuestiones familiares conflictivas sin resolver. Lo mismo sucedió con las coaliciones ya que solo se presentaron en los casos en donde previo a la existencia de la enfermedad ya existían crisis y que precisamente con la enfermedad se exacerbaban. En cuanto a los fenómenos de parentificación, se pudo identificar un caso de parentificación adaptativa y necesaria frente a la enfermedad ya que no implicó la sustitución total o permanente de las funciones del padre.

En lo referente al nivel de cambio se puede decir que en todas las familias de nuestro estudio, como respuesta a la enfermedad se han movilizad recursos, pero solamente en una han prevalecido las fuerzas morfogenéticas que le han llevado al cambio. Esta familia presenta una complementariedad adaptativa entre los procesos morfostáticos y morfogenéticos lograda en base a un modelo de comunicación funcional que les permitió aprovechar los recursos de forma óptima para luego ser capaces de volver a una estabilidad en la que el paciente reasumió sus roles y la familia se convirtió en un valioso acompañante en la lucha frente a la enfermedad. Concordamos con Villegas (1996) en que la adaptación óptima de una familia se reconoce por el

hecho de que cada uno de sus miembros tiene la posibilidad, según las situaciones, de participar de manera tranquila y equilibrada en las decisiones de la familia. Esta manera de adaptación óptima permite al sistema familiar negociar de manera aprovechable las diversas crisis o fases de cambio que marcan su ciclo evolutivo.

El resto de familias presentaron estilos de respuesta disfuncionales ante la enfermedad, tres de ellas basados en una cohesión intensa y una cuarta en el distanciamiento; Kornblit (1996) señala que estos dos estilos de respuesta son disfuncionales porque no permiten una adecuada adaptación de la familia a la enfermedad. Es importante señalar también que el estilo de respuesta de las familias estuvo relacionado con el sistema de creencias en torno a la enfermedad.

Se pudo evidenciar que existe un predominio de las fuerzas morfostáticas sobre las morfogenéticas y que las familias tienen dificultad para manejar la tendencia hacia la dependencia y los cuidados intensos propios de la fase crítica de la enfermedad, para poder así pasar a la etapa crónica (etapa en la que las familias de nuestra muestra se encuentran), y cumplir una tarea crucial de esta fase que es mantener la máxima autonomía de todos los miembros de la familia a través de un tipo de comunicación que permita la expresión de las necesidades individuales y las actividades independientes de cada miembro.

En la categoría de ciclo vital, que hace alusión a la ubicación del ciclo vital familiar entrelazado con el ciclo de vida del sujeto y con la fase de la enfermedad, se revela como una tendencia la que las familias no han podido cumplir con las tareas propias de la etapa en que se encuentran; esto provocado ya por un funcionamiento aglutinado desde antes de la enfermedad (estancamiento en el ciclo vital ya antes de la enfermedad) o aumentado por esta; la enfermedad sirve a una crisis ya existente de estancamiento de ciclo vital. “En general la aparición de una enfermedad fuerza un momento centrípeto” Rolland (1989), citado por Navarro (1995, p. 311).

Se evidenciaron auténticas regresiones a etapas anteriores, en la que conflictos no resueltos en aquellas, se constituyen puntos de fijación a los que la familia tenderá a volver. “Los mecanismos homeostáticos son los medios por los cuales se fijan las normas y se las hace cumplir para mantener una situación estable en el sistema de interacción” (Rolland, 2000, p. 99). En estos momentos es cuando cada uno de los miembros de la familia contribuye a la estabilidad a través de las alianzas, silencios, distanciamiento o acogimiento de la persona que está en desgracia. Sin embargo, la alternancia con procesos morfogenéticos o de transformación es indispensable en la familia; más aún frente a una enfermedad.

De todo lo analizado hasta aquí, se menciona que aunque en distinto grado y con algunas variaciones resultantes de las particularidades de cada familia, cuatro de las cinco familias estudiadas responden a un funcionamiento aglutinado y una se apega a la funcionalidad. Si se tiene en cuenta que un buen nivel de calidad de vida no implica vivir una vida de placeres y sin conflictos, sino por el contrario, de contar con las herramientas necesarias para afrontar y resolver los conflictos inherentes al vivir, se puede argumentar que es precisamente esta funcionalidad del sistema lo que demarcará el nivel del valor de la vida de alguien que debe convivir con una enfermedad, en este caso, la insuficiencia renal crónica.

Finalmente Alarcón (2004) señala que el nivel de calidad de vida del paciente no sólo responde al estado funcional desde el punto de vista somático o físico, sino depende en gran parte de la percepción que tiene el paciente de su propio bienestar, siendo este el componente subjetivo más importante de la calidad de vida.

Pensamos que esto está directamente relacionado al hecho de que el paciente forme parte de una familia funcional.

Conclusiones

La afectación en la calidad de vida de las familias estudiadas responde mayoritariamente a patrones disfuncionales interaccionales que estructuran y definen el funcionamiento del sistema. La negociación de los roles del enfermo mueve todo el mapa estructural de las familias y aunque se lleve a cabo de forma explícita y genere un mayor involucramiento entre los miembros, puede verse afectada por respuestas emocionales disfuncionales cargadas de incertidumbre y temor, que forman patrones rígidos de funcionamiento tales como la falta de flexibilidad en la respuesta y la sobreprotección del enfermo, que pueden provocar la pérdida de identidad del paciente, una regresión evolutiva en su conducta y neuroticismo. Así mismo, la enfermedad provoca la exacerbación de crisis normativas y paranormativas ya existentes en las familias, que se pueden tratar de silenciar por la condición física y psicológica de enfermo “conspiración en silencio” lo que causa disfuncionalidad en las mismas.

Pueden aparecer ciertas variables disfuncionales como alianzas generadoras de conflicto y tensión, triangulaciones relacionales y colaiciones, especialmente en aquellas familias que previo a la enfermedad presentaron crisis no resueltas y que con esta se exacerban. Las parentificaciones negativas transgreden fronteras generacionales entre los subsistemas parentales y filiales e incluso niegan o dificultan la realización personal de los hijos. Todos estos fenómenos interaccionales generan disfuncionalidad en el sistema porque introducen fuerzas morfoestáticas que forjan un estancamiento y dificulta la resolución de problemas.

Se estima que el hecho de que las familias no cumplan con las tareas propias de la etapa del ciclo vital en que se encuentran, es provocado por su funcionamiento aglutinado desde antes de la enfermedad y aumentado por esta; la enfermedad sirve a una crisis ya existente de estancamiento de ciclo vital. El que cuatro de las cinco familias de este estudio respondan a un funcionamiento aglutinado nos permite entender desde una perspectiva sistémica la afectación a la calidad de vida de los pacientes estudiados.

Finalmente es importante mencionar que el estilo de respuesta de la familia a la enfermedad depende de factores como las características de la enfermedad, el sistema de creencias familiares, las pautas de funcionamiento de la familia previo a la enfermedad, la edad del paciente al momento de inicio de su enfermedad y la relación que se establece entre la familia y el equipo de salud. De cómo responda la familia a la enfermedad va a depender su adaptación, afectándose la calidad de vida del enfermo renal en menor o mayor proporción.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, T., González, A., y Perez, A. (2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Aten Fam*, 21(2), 50–54. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30014-1](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30014-1)
- Alarcón P. (2004). Aspectos psicosociales del paciente renal, 2da. ed. Ed. La Autora: Bogotá-Colombia.
- Carrillo, A. , Duque, N. , & Nieto, K. . (2016). La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 19(2), 154–163. Retrieved from https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjK056784jVAhXF7iYKHAc7CoYQFghnMAk&url=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fpdf%2Fenfro%2Fv19n2%2F08_revision.pdf&usg=AFQjCNHtYYYLKleKB9N7Qgb9Q2zLnJezGA

- García, H., Remor, E. ., Del Peso, G. ., & Selgas, R. . (2014). El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adherencia al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: Revisión sistemática de la literatura. *Nefrología*, *34*(5), 637–657. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11959>
- Kornblit, A. Somática Familiar, Enfermedad Orgánica y familia, 2da. ed. Ed. Gedisa, 1996, Barcelona – España.
- Louro, I. La Familia en la determinación de la salud. Revista Cubana Salud Pública, 2003, México.
- Maldonado, E. Sinopsis de psicología médica, 1ª ed. Ed. Lillial, 1986, México.
- Navarro, J. Avances en terapia familiar sistémica, compilación. Ed. Paidós Ibérica, 1995, Barcelona-España.
- Oliveira, M. ., & Soares, A. . (2012). Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida profissionais de saúde nas últimas décadas . Isso se deve ao fato de serem um. *Enfermería Global*, *11*(28), 276–294. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014
- Pérez, G. . (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Psicología*, *6*(1), 69–76. Retrieved from http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2223-30322010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Reyes Saborit, A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. 2003, Noviembre, Internet: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
- Rivera, A. ., Montero, M. ., & Sandoval, R. . (2012). Desajuste psicologico, calidad de vida y Afrontamiento En Pacientes Diabéticos Con Insuficiencia Renal Crónica En Diálisis Peritoneal. *Salud Mental*, *35*(4), 329–337. <https://doi.org/rn2009398> [pii]
- Romero, E. ., Martínez, B. ., Makaisa, E. ., Guarín, A. ., y Pérez, J. . (2013). Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. cartagena 2010. *Revista Avances En Enfermería*, *31*(1), 32–41.
- Rolland, J. S. Familias, enfermedad y discapacidad, 1ra. ed. Ed. Gedisa, 2000, Barcelona-España.
- Romero, E. ., Segura, Y. ., y Solórzano, L. (2014). El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, *30*(2), 146–157. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200006
- Ruiz, M. R., Teresa, M., Pica, S., Dolores, M., Gutiérrez, G., Rodríguez, P. B., ... Beck, I. De. (2012). Ansiedad y depresión en el paciente renal. *Enfermería Nefrológica*, *15*(1), 164–165. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000500108
- Silva, S. ., Braido, N. ., Ottaviani, A. ., Gesualdo, G. ., Zazzetta, M. ., & Orlandi, F. . (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, e2752. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752>
- Vera, M. Estructura del sistema familiar. Modulo del Programa de Maestría en Terapia Familiar Sistémica. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2005, Ecuador.
- Villegas, J., (1996). Familia “Sana” y Disfuncional. Ciclo vital del Individuo y la Familia. Universidad de Deusto, Curso.España.
- Villegas, J. ., Vera, S. ., Jaramillo, M. ., Jaramillo, L. ., Martínez, L., Martínez, G. ., y Villegas, I. . (2016). L abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal : una alarma en salud pública . *Comunidad Y Salud*, *14*(2), 42–49. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200006

Separación-divorcio como crisis paranormativa del ciclo vital y su incidencia en el desarrollo social y afectivo de niños de 7 a 12 años

María Johanna Batallas Borja

Universidad Técnica de Machala
mbatallas@utmachala.edu.ec

Gerardo Xavier Peña Loaiza

Universidad Técnica de Machala
gpena@utmachala.edu.ec

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Universidad Técnica de Machala
ysanchez@utmachala.edu.ec

Resumen

Cuando una familia se fractura irremediamente sufre una crisis de la cual los hijos e incluso los padres y demás familiares no están preparados, en este sentido el estudio que se realizó "Separación - divorcio como crisis paranormativa del ciclo vital familiar y su incidencia en el desarrollo social y afectivo de niños de 7 a 12 años", abordó la incidencia social y afectiva en hijos de diez familias de diversos sectores de Machala que asisten a la Unidad de Atención Familiar. La investigación es de enfoque cualitativo y permite profundizar la vida de los grupos elegidos. Con los instrumentos aplicados como la observación, entrevista, test de familia y escala de satisfacción familiar, se identificó que las normas y reglas en la escuela y en la familia son quebrantadas, mostrando una actitud impulsiva y desafiante. Se definió que a nivel afectivo existe ambivalencia de todos los niños evaluados hacia su padre ausente, siendo el estilo de afrontamiento de padres y madres de familia defensivo y confrontativo. Es necesario que las familias continúen su proceso de psicoterapia familiar y reorganicen sus vidas.

Palabras claves: desarrollo social, nivel afectivo, estrategias de afrontamiento, familia, paranormativas.

Abstract

When a family is irretrievably fractured it suffers a crisis of which the children and even the parents and other relatives are not prepared, in this sense the study that was carried out "Separation - divorce as paranormative crisis of the family life cycle and its incidence in the development Social and affective behavior of children aged 7 to 12 years, "addressed the social and affective incidence in children of ten families from different sectors of Machala who attend the Family Care Unit. The research is qualitative approach and allows to deepen the life of the chosen groups. With the instruments applied such as observation, interview, family test and family satisfaction scale, it was identified that the norms and rules in the school and in the family are broken, showing an impulsive and defiant attitude. It was defined that at the affective level there is ambivalence of all children evaluated towards their absent father, being the style of confrontation of defensive and confrontational parents of parents. It is necessary for families to continue their process of family psychotherapy and reorganize their lives.

Keywords: social development, affective level, coping strategies, family, paranormativas.

Introducción

La familia es la instancia a la que históricamente se le ha delegado el cuidado y protección de los hijos, es también un espacio de crecimiento y donde se inscriben nuestros primeros aprendizajes, los cuales son la base para nuevos modelos de socialización e identificación. Como fuerza cambiante atraviesa una serie de fases; algunas esperadas y normativas, otras inesperadas que desorganizan a todos sus integrantes, la separación/divorcio de los padres es un conflicto sentido por toda la familia, en especial por los hijos quienes pasan a estar al cuidado y tutela de un solo progenitor.

La separación/divorcio implica una serie de reajustes a nivel económico y social, pues los padres necesariamente tendrán que acordar una pensión que cubra las necesidades básicas, horarios de vistas, normar las salidas en fechas especiales, involucrar a los hijos con las nuevas parejas, y otras negociaciones propias del nuevo estatus de vida, cambios a los que no siempre se llegan a acuerdos, y por los que en algunos casos se empiezan litigios, donde los hijos son los protagonistas del conflicto y disputa.

El estudio “Separación - divorcio como crisis paranormativa del ciclo vital familiar y su incidencia en el desarrollo social y afectivo de niños de 7 a 12 años”, toma los aportes de Minuchin explica que la estructura familiar puede sufrir cambios y cuando estos se dan traen serias consecuencias en su funcionamiento, pues en ocasiones los hijos ocupan un lugar que no les corresponde y los padres evaden las responsabilidades propias de su jerarquía. Otro de los aportes es el de la psicología de la familia.

Para Arés (2009), la familia es la organización más antigua de la sociedad humana, también constituye el núcleo más primario, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da un sentido a sus vidas. En ella es donde se van a poner de manifiesto las relaciones intra e interpersonales, cuyos lazos sanguíneos y filiales representa un distintivo único que lo caracteriza como grupo irrepetible.

La teoría general de los sistemas (TGS), considerada a la familia como un sistema abierto, formado por subsistemas en continua interacción. Independientemente de su funcionamiento como sistema vivo, atraviesa una serie de fases en el desarrollo de su ciclo vital, además posee capacidad para el desarrollo y tiene una estructura o formación organizativa compuesta por: el subsistema conyugal, parental, filial.

El subsistema parental es el encargado de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los hijos; es el encargado de transmitir valores, impartir normas, brindar seguridad y protección, promover la socialización e interacciones que les permitan a todos sus integrantes un nivel de funcionamiento adecuado.

El modelo interaccional de Andolfi (1984), se plantea que la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.

Desde el modelo estructural Minuchin (1986), habla de estructura familiar para describir el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, la cual está organizada de acuerdo a:

- Límites: Son las fronteras que establece la familia a través de las normas y reglas que se organizan al interior, definiendo en cada subsistema sus funciones y roles diferenciadores (hijos, padres, abuelos, entre otros), cuando los límites no están claramente establecidos puede haber invasión la estructura funcional de

la familia, en el caso de los sistemas cuyos padres están divorciados, los hijos pueden asumir el rol de cuidador y protector, función que está destinada a los progenitores. Los límites pueden ser de tres tipos:

- Claros: cuando las reglas y normas son expresados con claridad, no se sobreentiende nada, y cada integrante de la familia conoce que y cuando hacer.
- Difusos: las reglas que se establecen no son claras, poco consistentes y firmes, características de las familias amalgamadas, en la que otros miembros del sistema interfieren, subvaloran las reglas establecidas y descalifican la jerarquía de los padres.
- Rígidos: se caracterizan por el hermetismo de los límites al exterior del sistema, los integrantes de las familias tienen una autonomía total, esta es una característica de las familias desligadas.
- Jerarquía: Las familias se estructuran en base a relaciones de poder y su forma de distribución, no significa que este recaiga en el proveedor económico, sino aquel integrante que mantiene el control sobre los hijos, por lo general ambos padres son los que ejercen la autoridad sobre su prole, pero en las familias que han sufrido el fraccionamiento de los padres, existe una lucha de poder directa o encubierta por mantener el control.
- Roles: Son las asignaciones que en la familia se le da a cada integrante, que por lo general se centra en el cuidado de los hijos, la organización de la casa, la supervisión de tareas a la mujer, y la provisión de alimentos y necesidades de los hijos al hombre.
- Esta forma de organización está sostenida por los constructos sociales que delegan a la mujer roles domésticos y al hombre el aparente poder. En las familias divorciadas es común que la mujer ejerza el rol de proveedora económica y cuidadora de los hijos, teniendo que el hombre pasar incluso a la fuerza, una parte del dinero que la ley establece para la alimentación de los hijos.
- Centralidad: Es el integrante de sistema familiar sobre el cual se desarrolla la dinámica familiar, en esta investigación son los hijos de las familias que se han separado y divorciado. Otros autores lo mencionan como paciente identificado o chivo expiatorio, al integrante cuyo síntoma convoca a todo el sistema.
- Alianzas familiares: Son las uniones que se presentan en la familia para obtener un beneficio sin dañar a un tercero, se conoce que en algunas familias separadas las mujeres hacen alianzas con los hijos para que el padre retorne a la familia.
- Coaliciones familiares: Es una forma de alianza, en la que se toma partido, con el objetivo de dañar a un tercero, a través del conflicto, la exclusión, la indiferencia, entre otras, generalmente es oculta e involucra a personas de distintas generaciones.
- Hijo (a) parental: Es el hijo/a que en la familia asume el rol del progenitor ausente, situación conflictiva pues no se ubica en la estructura jerárquica que le corresponde. En el proceso terapéutico se debe centrar en tres axiomas (Minuchin, Nichols, & Yung Lee, 2007):
 - a. Presentación de la queja, paso en el que se identifica y focaliza las áreas de competencia del paciente identificado dándole un significado diferente al problema, también explora las formas en que el síntoma se presenta en la dinámica familiar.
 - b. Interacciones que mantienen el problema o síntoma, donde se explora los intentos de la familia para perpetuar el problema, haciendo énfasis en que ellos perciban sus interacciones sin provocar resistencia.
 - c. Los caminos para llegar al cambio, en el que se evalúa las posibilidades y áreas de cambio, que la familia está dispuesta a realizar.

Tipos de familia en los padres separados/divorciados: El estado civil y el tipo de constitución familiar son cosas diferentes, los hijos de padres separados/divorciado suelen provenir de tres tipos de familia: monoparental reconstruida y extensa cuyas características se detallan a continuación:

Familia monoparental en casos de separación /divorcio: Es cuando los padres no viven juntos y se encuentran separados o divorciados, quien ejerce la custodia de los hijos no permite al otro ejercer su rol y le pone un sin fin de barreras como si los niños no necesitaran al padre o madre ausente, este tipo de práctica limita el desarrollo familiar y personal de los hijos, además de constituirse una forma de violencia hacia ellos. En ocasiones los padres, posterior a la ruptura generan un estilo de crianza indulgente y permisiva para poder compensarlos por la ausencia y tener momentos “felices” en los encuentros. Algunos padres se desvinculan de los hijos o mantienen poco contacto con ellos, situación que afecta al niño y permite que el padre que ejerce el cuidado asuma todas las funciones.

Uno de los problemas en estas familias es que los hijos juegan el rol del padre ausente y en ocasiones hacen serias críticas en cuanto a la posibilidad de que uno de ellos reinicie una nueva relación de pareja, en otros momentos se ubican como mensajeros, espías, enviados por el padre/madre que se encuentra fuera como medio de control de ellos hacia la pareja que se mantiene con los hijos.

Las alteraciones emocionales de los hijos ponen el énfasis exclusivamente en la estructura familiar (familias biparentales vs. familias monoparentales divorciadas) sin contemplar el efecto de otros aspectos más vinculados a procesos intrafamiliares o personales, tales como el tipo de interacciones entre sus miembros, la edad o el sexo de los hijos o los recursos económicos tras la ruptura. En general, los hijos de padres divorciados suelen tener menos logros académicos, un peor autoconcepto y más problemas de conducta (Rodríguez, Del Barrio, y Carrasco, 2013).

Cantón y Justicia (2002), plantean que concretamente, en los niños de familia monoparentales a cargo de la madre es más probable que presenten puntuaciones más elevadas en conducta agresiva, comportamiento antisocial, conducta delictiva y consumo de alcohol y drogas. Estos autores citan a Farrell & White (1998), quienes explican que la presión de los pares y la exposición a modelos desviados se relaciona, en general, con este consumo de drogas, pero la relación es más fuerte en las chicas que en los chicos y en los/as adolescentes a los que les falta el padre.

Familia reconstruida: La constitución de una nueva relación de pareja conlleva un antecedente de “fracaso-perdida”, identificándose el dolor, sensación de vulnerabilidad, miedo y falta de confianza. Entre los problemas que se identifican es mayor rigurosidad en los límites, en ocasiones se excluye al progenitor que no vive con los hijos, se descalifica su rol e incluso se utiliza a los hijos para ello, además se compete por el afecto de padre e hijastros (Eguiluz, 2003).

En ocasiones es este nuevo estatus hace que los padres/madres inicien progresos legales, en el que se utilizan las aparentes “faltas” del otro para desvirtuar el rol, esta etapa suele ser de mucha ansiedad y el niño se encuentra en el dilema que guardar lealtad a ambos padres, situación que conlleva que en ocasiones se formen alianzas y coaliciones.

Familia extensa: Es la organización familiar en la que conviven más de tres generaciones pueden venir del mismo tronco familiar, sin embargo esta no es una condición exclusiva, pues pueden haber integrantes que no sean consanguíneos. Generalmente existen límites internos permeables, invasión de espacio y niveles de autoridad y jerarquía además de la delegación de funciones a terceros.

Las familias cuando se separan buscan como referentes a sus padres y otros familiares como red de apoyo inmediata, esta situación suele ser temporal, sin embargo en muchos casos la estancia se prolonga, ocasionando serios fraccionamientos en la autoridad familiar, que viene a ser menoscaba por la influencia de terceros.

Ciclo de vida familiar: Para Fishman (1995), la familia, como institución es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios.

La familia en su desarrollo atraviesa una serie de facetas predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de la posterior, este proceso es conocido como ciclo vital familiar. Según Minuchin (1986) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son:

Los integrantes de la pareja traen consigo sus historias, encuentros, desencuentros y expectativas, aportando a esta nueva familia las costumbres, tradiciones y mitos familiares, sumadas a las áreas que pueden ser negociadas, acomodándose y asimilando las preferencias de cada uno, siendo algunas conductas reforzadas. Entre las tareas más importantes está el elaborar las reglas y normas de funcionamiento de la pareja en todos los niveles de la convivencia, delimitar los límites de la nueva relación, sustituir y/o abandonar determinados comportamientos sociales no convenientes para la nueva etapa.

b. La familia con hijos pequeños: Marca el establecimiento de subniveles en la familia, estableciéndose diferencias en las funciones de la pareja, de padres e hijos. También implica elaborar nuevas reglas de funcionamiento, establecer roles, funciones y acordar cuestiones propias de la convivencia, entre sus funciones se encuentran: mantener al margen al hijo/a fuera de coaliciones intergeneracionales, negociar límites con la familia extensa, modificar las normas de acuerdo al crecimiento y necesidades del niño.

c. La familia con hijos en edad escolar o adolescentes: La escolaridad marca una etapa de profundos cambios en todo el sistema familiar, donde inician nuevos sistemas de relación de vital importancia para la socialización de los hijos. Las pautas que se establecen giran alrededor de las actividades escolares, definir quien asume la supervisión de tareas, normas y reglas para el estudio, el esparcimiento, relaciones con sus pares entre otras. Entre las tareas más relevantes esta flexibilizar y acomodar las disposiciones, mantener la comunicación entre los hijos independiente de su edad y resolver los nuevos procesos identificadorios.

d. La familia con hijos adultos: Inicia con la salida del último hijo, quien tras un proceso emancipatorio, alcanzado metas como la consolidación de la carrera, el trabajo, amigos y pareja, teniendo que los padres reajustarse, para ellos será necesario establecer nuevos roles y reglas y reglas tendientes a la satisfacción de las nuevas necesidades y el establecer relaciones con las nuevas generaciones y familia ampliada.

Crisis del ciclo de vida familiar: Cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay sistemas familiares que se estancan en una etapa en especial en los pasajes formativos, este desfase puede ser un indicador de disfuncionalidad familiar (Montalvo, Espinosa, y Pérez, 2013).

Cada fase del ciclo familiar está precedida por una crisis de desarrollo, cualquier acontecimiento puede ser un detonante para promover cambios en el modo de vida familiar y en la dinámica interna de su funcionamiento, una de las características de los sistemas familiares es su capacidad de enfrentar estos sucesos y adaptarse a las nuevas situaciones, eso no significa que no se desestabilice por las modificaciones, pese a ello cada familia tiene sus recursos de afrontamiento (Herrera, 2010).

Crisis normativas: También llamadas evolutivas, son situaciones planeadas en la evolución de la vida familiar, cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia, por lo que se llaman también intrasistémicas. Se pueden encontrar complejas transformaciones en los roles familiares. Los periodos de transición de las familias son fuentes de estrés intenso, y al mismo tiempo son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos, lo que va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.

Crisis paranormativas: Se definen como experiencias adversas o inesperadas, provenientes del exterior (inter sistémicas), que resultan impredecibles para la familia. Estas crisis se asocian con grandes periodos de disfunción, durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas (divorcio), éstas se dividen en las siguientes categorías:

- Desgracias inesperadas: son sucesos imprevisibles, cuyas causas suelen ser extrínsecas a la familia (fallecimientos, accidentes, etc.). Su resolución puede suponer un esfuerzo común para adaptarse a la situación, o puede implicar el riesgo de una búsqueda de culpables que genere mecanismos de ataque y defensa.
- Crisis de desarrollo: son universales y previsibles, forman parte de la evolución normal de cada familia (matrimonio, nacimientos de hijos, etc.). Una superación adecuada facilita el crecimiento, aunque los problemas pueden aparecer cuando una parte de la familia intenta impedirlo o provocarlo antes de tiempo.
- Crisis estructurales: son recurrentes y se insertan en las propias pautas intrínsecas de una familia (psicosis, alcoholismo, etc.). Suelen manifestarse en un solo miembro, aunque afectan directamente a todos los demás, de forma que dificultan cualquier posible proceso de cambio.
- Crisis de desvalimiento: ocurren en familias en las que los propios recursos se han agotado o son ineficaces, de tal forma que dependen de instancias externas para uno o varios aspectos de su supervivencia (familias que dependen de los recursos sociales, incapacidades crónicas, etc.).

La separación- divorcio como crisis paranormativa: La institución del divorcio es casi tan antigua como la del matrimonio, aunque muchas culturas no lo admitían por cuestiones religiosas, sociales o económicas. Es así que se lo considera como la disolución legal de un matrimonio, a solicitud de uno o de los dos cónyuges, cuando se dan las causas previstas por la ley.

Etimológicamente viene de la voz latina “divortium”, en la legislación del Ecuador se llama divorcio a la acción o defecto de divorciarse, es decir el efecto de separarse, cuya declaración le hace el juez competente por sentencia; de tal modo que el divorcio es la ruptura del matrimonio (Congreso Nacional, 2005).

West (2005), plantea que el divorcio es la separación legal de un hombre y su mujer, producida por alguna causa justificada según la ley, por sentencia judicial y que disuelve completamente las relaciones matrimoniales o suprime los efectos en lo que se refiere a la cohabitación de las partes.

Como crisis, en la separación-divorcio, la salida de un integrante del subsistema conyugal, produce un impacto estructural importante, puesto que cambia la composición familiar, exigiendo un cambio en su repertorio usual, y permitiendo, además, la entrada de influencias externas de una forma incontrolada. Los hijos de padres divorciados pueden ser protegidos del estrés de la separación si cuenta con suficiente afecto de su familia y si es educado con una disciplina consistente y supervisión adecuada y en el caso de necesitarlo ayuda profesional.

Metodología

Este estudio ahonda en la vida de un grupo de familias, que están separadas/divorciadas y que a partir de este hecho los hijos han tenido desajustes en lo social y afectivo. Se vale del enfoque cualitativo, que permite realizar el estudio de casos a profundidad, la población participante es parte de los usuarios atendidos en la Unidad de Atención Especial de la ciudad de Machala, este grupo en su mayoría asiste a psicoterapia familiar como medida judicial.

Las categorías desarrollo social, desarrollo afectivo y estrategias de afrontamiento han sido analizadas mediante la aplicación de la observación, entrevistas semiestructuradas a las familias, de la aplicación del test de la familia a los niños y de la aplicación de la escala de satisfacción familiar (ESFA) a los padres de familia, test del dibujo de la familia.

Resultados

Cuando se habla del desarrollo social este estudio se refiere a las habilidades que los niños han desarrollado para interactuar con su entorno escolar y familiar, las frases como “él es el culpable de todo, no entiendo porque me hace todo esto y no me deja ser feliz con mi hija”, “ella no hace nada por Enzo y todavía se atreve a criticar”, “se fue con su marido y dejo al bebe solo”, dan cuenta que existe en los padres un discurso que tiende a descalificar, minimizar y criticar la conducta de la madre y padre, siendo esto escuchado por los hijos, lo cuales asumen un comportamiento inadecuado en la escuela, como lo explica las expresiones “hay que retarla para que se suelte y participe”, “se pelea con sus compañeros sin ningún motivo”, “les pega a sus compañeros y los amenaza con la pistola de su padre”, en esta área hay un deterioro importante, como forma de protesta frente a la indiferencia de sus padres.

A nivel afectivo, nos referimos al vínculo que se establece, a la capacidad de transmitir y recibir positivamente los sentimientos, el sentirse cuidado y atendido. En los hijos de las familias participantes existen marcados sentimientos de culpa, alianzas madre-hijas, ambivalencia y confusión generadas por la influencia del padre/madre con quien conviven los hijos, los entrevistados comúnmente decían “nosotras no le interesamos”, “soy el hombre de la casa”, “no quiero que Ángel me lo quite”, “ella realmente no me quiere, creo que es muy mala”. Estas expresiones dan cuenta de la existencia de afectos movilizados y emociones negativas que deteriora la autoestima en los niños y en la familia.

Otra categoría de análisis son las estrategias de afrontamiento, que son los recursos con los que la familia cuenta para hacer frente a las situaciones frustrantes, en estas familias se identifican que la mayoría ha buscado en el sistema de justicia un aliado para conseguir cosas que por sus medios ha sido imposible, otras familias evitan la confrontación, el litigio, pues están cansadas del problema y asumen una postura de evitación, es así que la mayoría de la familia presenta un nivel bajo de satisfacción familiar y por ende su funcionamiento se ve deteriorado.

Conclusión

Es importante citar que en cualquier momento de la vida, la familia es la que proporciona la fuerza para enfrentar los problemas, es necesario que las familias culminen su proceso psicoterapéutico, el cual les dará nuevas formas de percibir el problema y estrategias diferentes que permitan a los hijos mantener relaciones saludables con ambos padres y desarrollar plenamente todos los aspectos de su vida.

Referencias bibliográficas

- Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ángel Valdés Cuervo, Ernesto Martínez, Maricela Urías Murrieta, Beatriz Guadalupe Ibarra. (2011). El efecto del divorcio de los padres en el desempeño académico y el rendimiento de los hijos. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2-16.
- Arés, P. (2006). *Psicología de la familia, una aproximación a su estudio*. La Habana.
- Asebey, A. (2009). La figura paterna y su ausencia en la familia. En M. Marco, & O. Maricela, *Psicología de la familia en los países latinos del siglo XXI* (págs. 215-226). México: Amapsi Editorial.
- Barraca, J., López, L., & Elizalde, Y. (2010). *Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Madrid: Tea ediciones.
- Canessa, B. (2002).
[http://fresno.ultima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/\\$file/08-PERSONA5-canessa.pdf](http://fresno.ultima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/08-PERSONA5-canessa.pdf). Obtenido de [http://fresno.ultima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/\\$file/08-PERSONA5-canessa.pdf](http://fresno.ultima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/08-PERSONA5-canessa.pdf)
- Cantón, J., Cortés, M., & Justicia, M. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 47-66.
- CNNA. (2008). *Código de la niñez y adolescencia*. Quito: Biblioteca Jurídica.
- Congreso Nacional. (2005). *Código de procedimiento civil. Libro I*. Quito: Biblioteca Jurídica.
- Dolto, F. (1989). *Cuando los padres se separan*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Donoso, A. (2007). *Una perspectiva interdisciplinaria de la separación de pareja*. Instituto Chileno de Terapia Familiar.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia, Un enfoque familiar y sistémico*. México: Pax México.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Minuchin, S., Nichols, M., & Yung Lee, W. (2007). *Assessing Families and Couples: From Symptom to System*. Obtenido de http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205470122.pdf.

Afrontamiento familiar en pacientes diabéticos del Hospital Teófilo Dávila

Ana Marina Vaca Gallegos

Universidad Técnica de Machala
avaca@utmachala.edu.ec

Carlos Patricio Carpio Mosquera

Universidad Técnica de Machala
ccarpio@utmachala.edu.ec

Katherine Jazmín Morán Quinteros

Universidad de Guayaquil
katherinej.moranq@ug.edu.ec

Nube Isabel Pesantez Hurtado

Universidad de Guayaquil
nubepesantezh@ug.edu.ec

Resumen

La cronicidad de la diabetes afecta de manera directa a sus cuidadores, que son generalmente las figuras más representativas en el entorno inmediato. A nivel familiar, los problemas más relevantes están vinculados a la alteración del homeostasis familiar con modificaciones en la estructura organizativa, cohesión, adaptabilidad y afectividad. La investigación presentada es de corte cualitativo y descriptivo, profundiza en el análisis de diez familias en la que uno o varios integrantes hacen el rol de cuidador en el paciente diabético. En las categorías de análisis se identifican relaciones interpersonales rígidas, de estructura ampliada con dificultad para adaptarse, resurgiendo conflictos, que dificulta el afrontamiento funcional de la enfermedad, adicionalmente existe una sobrecarga de uno o dos miembros del sistema familiar no ayudando al tratamiento y recuperación del paciente diabético. Una de las tareas indispensables en la casa de salud es la creación de espacios de acompañamiento con grupos de apoyo a las familias de los pacientes diabéticos.

Palabras claves: diabetes, afrontamiento, salud, estructura, familia.

Abstract

The chronicity of diabetes directly affects their caregivers, who are generally the most representative figures in the immediate environment. At the family level, the most relevant problems are related to the alteration of the family homeostasis with modifications in the organizational structure, cohesion, adaptability and affectivity. The research presented is qualitative and descriptive, deepening the analysis of ten families in which several members play the role of caregiver in the diabetic patient. The categories of analysis identify rigid interpersonal relationships, the extended structure with the difficulty to adapt, resurgent conflicts, that hardly the functioning of the disease, also added an overload of one of the members of the family system not helping the treatment and The recovery of the diabetic patient One of the indispensable tasks in the home of health is the creation of spaces of support with groups of support to the families of the diabetic patients.

Keywords: Diabetes, coping, health, structure, family.

Introducción

La Diabetes Mellitus o de tipo II, es un trastorno metabólico que se manifiesta cuando los niveles de glucosa en sangre se encuentran por encima de los límites normales, de no tratarse adecuadamente estos niveles alcanzan valores excesivamente altos, dando lugar a las complicaciones agudas o crónicas (GeoSalud, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2016) explica el número de muertes por problemas cardiovasculares (17.7 millones), el cáncer (8, 8 millones), dificultades respiratorias (3, 9 millones) y la diabetes representa el 1.6 millones de muertes, que en su conjunto son enfermedades no transmisibles (ENT) matando alrededor de 40 millones de personas cada año.

Anselmo, Maritza, & Oswaldo (2012) explica la existencia de factores de riesgo no modificables: etnia e historia familiar, edad y sexo, historia de diabetes gestacional y síndrome de ovarios poliquísticos, y los factores modificables: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, factores dietéticos, ambiente intrauterino, estados inflamatorios, hipertensión arterial entre otros. Estos autores señalan que a partir de los 45 años los sujetos son propensos a la diabetes mellitus II.

En todas las sociedades la familia es el grupo social de apoyo por excelencia. En su proceso de desarrollo atraviesa crisis evolutivas, las que están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, éstos provocan inicialmente desequilibrio por el cambio de las pautas de interacción, sin embargo las crisis tienen la característica normativa que permite adaptarse y cohesionarse a cada integrante del Sistema familiar, además de la asunción de nuevas funciones y roles permitiendo el crecimiento individual y grupal (GeoSalud, 2016).

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; en la que toda la familia se ve afectada, que implica perder privacidad, autonomía, generar dependencia, alterando la dinámica de todos.

Para muchos sistemas familiares herméticos en sus límites, el cambio es percibido de manera negativa llevando a los pacientes diabéticos a incrementar su estado de morbilidad al ocultar el diagnóstico e intentar llevar por sí solo su proceso de tratamiento y recuperación, siendo esto un indicador de pronóstico poco favorable para el mejoramiento de la salud.

Con estos antecedentes no preguntamos ¿De qué manera influye el afrontamiento familiar en el mejoramiento de la salud en el paciente diabético?

El término "afrontamiento" aparece en la literatura científica en estrecha relación con el estrés y su influencia en el proceso salud-enfermedad. Se destacan los estudios de Cohen y Lazarus que definen el afrontamiento a la enfermedad desde una perspectiva individual: "Los esfuerzos mentales orientados hacia la acción, que realiza la persona para tolerar, minimizar, las demandas internas y del ambiente que cargan o sobrepasan sus recursos para darle solución" (Serrano, Rodríguez, & Louro, 2011, pág. 132).

El Afrontamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes; no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso (Crabay, 2007). También es conocido como la capacidad de entendimiento de la familia

para aceptar, comprender, conocer, asumir y sobrellevar la situación de enfermedad del familiar en pro de la toma de decisiones acertadas (Montoya, Monsalve, & Forero, 2015).

Las estrategias de afrontamiento pueden agruparse, como las que se orientan directamente a mantener la cooperación y la integración familiar; no obstante, cuando el afrontamiento se ubica dentro del contexto de la acumulación de demandas, parece más útil y relevante verlo como una respuesta generalizada que como una conducta específica. Isabel Louro Bernal plantea el abordaje para este problema desde una concepción familiar sistémica y desde una posición teórica metodológica y lo define como:

“La capacidad que tiene la familia de interactuar con la realidad, movilizándose y tomando decisiones en la búsqueda de la solución a los problemas; en cuyo proceso interactivo establece un estilo predominante para afrontar dicha realidad en dependencia de la experiencia al afrontamiento a otras crisis y del funcionamiento familiar. El afrontamiento puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud o destructivo, cuando ocurre lo contrario” (Serrano, Rodríguez, & Louro, 2011, pág. 133).

McCubbin, Larsen y Olson (2001) proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento: internas, relativas de reconocimiento y a la aplicación de los recursos existentes en la propia familia, y externas, orientadas a obtener recursos en fuentes externas a la familia. Las estrategias externas son de tres tipos:

- Búsqueda de apoyo social, usando recursos de la familia, amigos y vecinos.
- Búsqueda de apoyo espiritual, acudiendo a las actividades y a la autoconfianza de cada familia.
- Movilización familiar para obtener y aceptar apoyo profesional del equipo de salud.

Importancia del problema

Afrontamiento Familiar en pacientes diabéticos es una temática de relevancia que poco ha sido abordada, pues la familia es el sistema de apoyo más relevante para el paciente, se sustenta en la Constitución Política de la República del 2008 Art. 32. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos” (Asamblea Nacional, 2008, pág. 17), siendo el Ministerio de Salud Pública el organismo rector del Sistema de Salud. Así mismo el Art. 69. Explica la importancia de la atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónicas degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Adicionalmente ayuda a mejorar las intervenciones que hace el Club de Diabéticos en el Hospital Teófilo Dávila, donde se involucre a la familia en el proceso de recuperación en el paciente.

Metodología

El trabajo realizado responde a una investigación de tipo cualitativo, con estudios de casos, su objetivo general es la caracterización del afrontamiento familiar en el mejoramiento de la salud en el paciente diabético.

El grupo seleccionado asiste al Club de diabéticos del Hospital Teófilo Dávila, pertenecen a los estratos socio económicos bajos de la ciudad de Machala y provienen de diferentes tipologías y organización familiar.

En el proceso se indagan las categorías cohesión, adaptación, comunicación y roles en las familias de pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II. Para el propósito de este estudio se utilizaron entrevistas a profundidad en los familiares y pacientes, se ha considerado el contenido discursivo de familiares de personas diagnosticadas con diabetes, quienes consintieron hablar de la significación de madre, esposa e hija, a partir de

la representación en el psiquismo el diagnóstico clínico y su procesos de mantenimiento de la salud individual y familiar.

Adicionalmente se aplicó la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FFSIL) aplicada al familiar que ejerce el rol de cuidador y apoyo en el paciente.

Resultados

Tabla 1. Síntesis de las entrevistas realizadas

Familias	CATEGORIAS				
	Cohesión Positiva	Adaptación a cambios	Roles de provisión económica del paciente	Roles de cuidado	Comunicación funcional
A			X	X	
B	X			X	
C	X	X	X	X	
D				X	
E	X	X		X	X
F	X	X		X	X
G		X		X	
H				X	X
I		X	X	X	X
J		X		X	

Autores: Vaca, Carpio, Pesantez, & Morán, 2017

Tabla 2. FFSIL

Casos	Funcional	Disfuncional
A		X
B		X
C		X
D		X
E	X	
F	X	
G	X	
H		X
I	X	
J	X	

Autores: Vaca, Carpio, Pesantez, & Morán, 2017

Discusión

La cohesión es la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de crisis se caracteriza en los casos B, C, E, F e I, por la contención, nutrición emocional y dar respuesta al paciente en las dificultades cotidianas y las propias en el proceso de enfermedad.

En las familias A, D, G, H, presenta debilitamiento en la cohesión, existe poco acompañamiento y participación el cuidados y recuperación en el paciente, provocando tensiones en las interacciones e inestabilidad emocional.

La adaptación ha sido compleja, en especial cuando el paciente es el padre, quien mantiene el rol de proveedor económico y jefe de familia, situación que afecta la dinámica y funcionamiento familiar de los casos A, B, C, D, G, H. En estos casos existe una percepción negativa de sí mismo y sentimientos de minusvalía que prefieren ocultar. En las diez familias existen cambios constantes en las normas y límites que afecta al paciente.

Las familias son de organización extensa, conviven tres generaciones (abuelos, hijos, nietos), existiendo una sobrecarga de roles en los roles de cuidadoras a las mujeres es decir hijas, nueras y nietas, situación que es frecuente en las culturas patriarcales, en ocasiones el paciente suele ser invasivo y cuestionador afectando a la dinámica familiar.

Los pacientes ejercen un rol de proveedores, aun se mantienen activos económicamente y aportan a la economía de la familia, en tres de los casos A, C e I, estos ingresos representan una parte imprescindible en la sustentación del hogar.

Referente a la comunicación, seis familias (A, B, C, D, G, J), se comunican de manera obstruccionista, utilizan un lenguaje culpabilizado, que descalifica y en otros casos devalúa, las acciones de un miembro de la familia, situación que afecta al paciente.

Las familias E, F, H, I, utilizan el estilo de comunicación funcional y democrático, en sus narrativas expresan ideas y sentimientos de manera clara y directa, que permite que los integrantes pueda afrontar las dificultades propias de la enfermedad del paciente con diabetes Mellitus II.

Conclusiones

El afrontamiento en las familias de los pacientes de este estudio, se caracteriza por nivel positivo de cohesión, donde cinco de los diez sistemas han logrado realizar cambios y adaptaciones en la organización de su estructura que es predominantemente extensa, se mantienen el vínculo afectivo en la familia.

Los pacientes de este estudio se encuentran centralizados, el sistema realiza cambios en función de esto sobrecargando emocionalmente a seis familias, quienes usan la queja, culpa y descalificación para expresar su malestar, afectando de manera negativa en la recuperación de la salud familiar e individual.

La mayoría de estas familias son extensas, el enfermo ocupa una posición de poder desde una cultura jerárquica tradicional, siendo incluso el paciente enfermo el proveedor económico, más aún cuando estos recursos son indispensables para solventar los gastos de todo el sistema familiar, esta situación es un factor de riesgo y vulnerabilidad en los pacientes atendidos, quienes descuidan su tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- Anselmo, P., Maritza, D., & Oswaldo, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 35-38.
- Asamblea Nacional. (2008). Constitución Política de la República. Quito: Registro Oficial 449 de 20-oct-2008.
- Crabay, M. (2007). *Adolescencia y juventudes, desafíos actuales*. Córdova: Brujas .

- GeoSalud. (17 de Febrero de 2016). *Geosalud.com*. Obtenido de <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/diabetes.htm>
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista cubana de medicina integral*, 280-285.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del Caribe*.
- McCubbin, H., Larsen, A., & Olson, D. (2001). Family Crisis Oriented Personal Evaluation Escala. *Universidad de Minesota*.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles*. Quito: MSP.
- Montoya, D., Monsalve, T., & Forero, C. (2015). Significa que la familia entienda, comprenda, acepte, conozca, asuma, se someta, sobrelleve la situación y por consiguiente tome buenas decisiones para el cuidado del paciente en las unidades de cuidados intensivos adulto. *Enfermería intensiva*.
- Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Serrano, A., Rodríguez, N., & Louro, I. (2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 132.
- Vaca, A., Carpio, C., Pesantez, N., & Morán, K. (2017).

Prospectiva para el desarrollo personal

Msc. Diana Rodríguez Guerrero.

Centro de Rehabilitación Integral – TAGUA.

rodriguez665@gmail.com

Msc. Kevin Jiménez

Universidad Técnica Particular de Loja.

kmjimenez1@utpl.edu.ec

Resumen

El trabajo busca a partir de la definición de variables, consideradas en el desarrollo personal, en base corrientes psicología positiva, efectuar una matriz estructural, en base a metodologías de construcción de escenarios. Esto permitirá identificar aquellas más influyentes y desestabilizadoras del sistema (desarrollo personal). Esta propuesta permite analizar las influencias ejercidas, por cada una de las variables sobre las demás, de manera que es factible identificar aquellas que tendrían una mayor incidencia sobre los escenarios de desarrollo personal futuros. Luego es posible construir una visión de futuro, en base a las relaciones identificadas, que proyecta los deseos de las personas para alcanzar un futuro mejor, en base a los recursos físicos, financieros, etc. que se disponen. Además, la metodología permite definir planes de acción en función de las variables estructurales del sistema, lo que resulta innovador al mezclar metodologías de prospección con las de desarrollo personal.

Palabras claves: Prospección, Psicología, Desarrollo Personal

Abstract

Considering variables used in personal development, this proposal presents a structural matrix, based on methodologies of scenario construction. This will identify the most influential and destabilizing of the system (personal development). This proposal also allows analyzing the influences exerted by each variables, and identifies those that would have a greater impact on the future personal development scenarios. Then it is possible to construct a vision of the future, based on the identified relationships, that projects the desires of the people to reach a better future. In addition, the methodology allows defining action plans based on the structural variables of the system, which is innovative when mixing prospecting methodologies with those of personal development.

Keywords: Prospective, Psychology, Personal Development

Introducción

Los diferentes cambios a los cuales nos enfrentamos en la actualidad indudablemente han generado transformaciones en la visión global del individuo y su desarrollo personal desde una perspectiva biopsicosocial. Las nuevas facetas del ser humano en cada contexto han suscitado modificaciones significativas en la dinámica no solo de desempeño sino de estilo de vida, ocasionado una alta incidencia psicopatológica.

Cabe recalcar que el tema de salud mental tiene una historia muy extensa, al parecer este interés en lo patológico tuvo gran influencia desde la Segunda Guerra Mundial, período en el que la psicología era considerada como una disciplina que propiciaba la curación y a la reparación de daños. No obstante antes de la guerra, los objetivos de la psicología no solo estaban orientados hacia la curación de los trastornos mentales,

sino que sus acciones debían contribuir a que la vida de las personas fuera más productiva y plena, lo que implicaba identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Tras la guerra y por diferentes circunstancias, estos últimos objetivos fueron rezagados y la psicología se dedicó exclusivamente al tratamiento del trastorno mental y a aliviar el sufrimiento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Es importante conocer el cómo las emociones guían nuestras acciones a través de impulsos que lógicamente tendemos a seguir, las emociones en general tiene un función positiva, por ejemplo el temor, la angustia o ansiedad se manifiestan como un mecanismo de defensa que permite al individuo huir del peligro por lo tanto su supervivencia, incluso emociones como la tristeza o estados de depresión nos conduce a pedir ayuda.

En este sentido, surge la necesidad de generar una nueva metodología como herramienta en el campo psicológico, coaching, consejería, etc. que permita, de una manera sistemática, fortalecer la adquisición de capacidades y habilidades enfocadas en mejorar las condiciones, partiendo desde su individualidad, fundamentada en el estudio de comportamientos y esquemas mentales para fomentar el desarrollo personal y colectivo, con el gran objetivo general de viabilizar el incremento de calidad de vida.

Esta metodología no pretende ser un instrumento rígido o estricto en su aplicación, sino un testimonio de que el desarrollo personal centrado en el individuo no solo tiene implicaciones de participación y empoderamiento, sino también de concientización y planificación a futuro, convirtiéndose en una práctica terapéutica que favorezca el desarrollo de potencialidades, para un verdadero proceso de ayuda, su aplicación no es como instrumento único de intervención, más bien es necesario que vaya acompañado de técnicas y estrategias psicoterapéuticas que garanticen la funcionalidad del individuo mediante una atención integral.

Marco Teórico

Existen varias teorías enfocadas en el desarrollo personal, basadas fundamentalmente en el cambio de comportamiento y actitudes de las personas independientemente de los ámbitos en los cuales se quiera trabajar todos parten de la necesidad de generar conciencia del cambio o transformación de los esquemas mentales, los cuales están ligados de forma directa a hábitos, creencias, autoconcepto, conductas, autoestima, etc., incluso a la crianza que han recibido o la ambiente en cual han permanecido la mayor parte de sus vidas.

Actualmente existe un enfoque basado en el mejoramiento de los aspectos negativos, sin embargo ya se ha considerado como alternativa el poder trabajar sobre el fortalecimiento de potencialidades, en los últimos años destacan los aportes de autores como Seligman en el desarrollo de la psicología positiva, proponiendo este proceso como una nueva perspectiva de la psicología, basándose tanto en la experiencias positivas como en los rasgos individuales positivos.

Para la presente investigación se considerarán las siguientes variables:

Familia: Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”. Para Flaquer la familia es “un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos” (1998, p. 24).

Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” OMS, 1946

Dinero/ Ingresos: Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc. (McConnell, Campbell R. y BRUE, Stanley L., Economía, McGraw-Hill, 1997).

Ocio: "El ocio es el conjunto de operaciones a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente; sea para descansar o para divertirse, o para desarrollar su información o formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora, cuando se ha liberado de su obligación profesionales, familiares y sociales" (Dumazedier,1966).

Amor: Iturralde de Ardevin (1994) define el amor como algo limpio, sincero, inteligente y que busca siempre el bien de la persona que se ama.

Hogar / Entorno Físico: De acuerdo con el Instituto Español de Estadística (INE), un hogar es una vivienda en la que sus habitantes comparten una relación de convivencia. (Saralegui, 2001: p. 159).

Aprendizaje: Knowles y otros (2001:15) se basan en la definición de Gagné, Hartis y Schyahn, para expresar que el aprendizaje es en esencia un cambio producido por la experiencia, pero distinguen entre: El aprendizaje como producto, que pone en relieve el resultado final o el desenlace de la experiencia del aprendizaje. El aprendizaje como proceso, que destaca lo que sucede en el curso de la experiencia de aprendizaje para posteriormente obtener un producto de lo aprendido. El aprendizaje como función, que realza ciertos aspectos críticos del aprendizaje, como la motivación, la retención, la transferencia que presumiblemente hacen posibles cambios de conducta en el aprendizaje humano.

Aptitud: De acuerdo a la Real Academia Española (2001) es la “capacidad para operar competentemente en una determinada actividad. Cualidad que hace que un objeto sea apto, adecuado o acomodado para cierto fin. Suficiencia o idoneidad para obtener y ejercer un empleo o cargo” y se deriva de la palabra en latín aptitudo.

Actitud: La Real Academia Española (2001) define actitud como la “disposición de ánimo manifestada de algún modo” y se deriva de la palabra en latín actitudo. Además define la palabra eficacia como “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.

Espiritualidad: La religión se considera como algo más comunal, más propia del grupo que del individuo. Englobaría a las vivencias compartidas por el grupo y por ello, de alguna forma, consiste en ponerle límites a la libertad espiritual de cada cual, pues, como bien ha señalado Testerman (1997)

Motivación: Se refiere al lazo que lleva esa acción a satisfacer la necesidad. En este sentido, la motivación se convierte en un activador de la conducta humana. Los estados motivacionales, lo mismo que los actitudinales, se generan por efecto de un conjunto de factores o variables que se interaccionan. Maslow (1991).

Una vez definidas las variables, vamos a presentar algunos elementos de la prospectiva. La prospectiva es un conjunto de herramientas, que permiten analizar posibles escenarios futuros o futuribles, que en los últimos años está teniendo aplicaciones en el sector privado y público relacionadas con la planificación estratégica. No obstante, su desarrollo aún no se ha profundizado a nivel de ejercicios personales, de planes de vida o de desarrollo personal.

Según (Godet, 2007) el análisis estructural, que es una herramienta de reflexión colectiva, que ofrece la posibilidad de describir un sistema, que relaciona todos sus elementos constitutivos, permitiendo identificar las variables esenciales para la evolución del sistema. En este caso, entendemos por sistema a los ámbitos relacionados con la persona.

Metodología

El primer paso consiste en la delimitación del sistema, en este caso nos referimos a los ámbitos de desarrollo personal, luego se definen las variables asociadas a cada uno de estos ámbitos.

Esta metodología permite analizar las influencias ejercidas, por cada una de las variables sobre las demás, de manera que es factible identificar aquellas que tendrían una mayor incidencia, para lo cual se utiliza una matriz de doble entrada y el software MICMAC, que permite analizar las influencias/dependencias en 4 zonas: i) Variables influyentes: que ejercen una alta influencia sobre las demás y dependen poco del resto; ii) Variables independientes: no tienen mayor influencia sobre las demás y dependen poco del resto; iii) Variables desestabilizadoras: que poseen alta influencia sobre las demás, pero al mismo tiempo dependen mucho del resto; iv) variables dependientes: que tienen una débil influencia sobre las demás y dependen mucho del resto (Prospectiva, 2017)). Esto permitirá identificar aquellas más influyentes y desestabilizadoras del sistema, considerando el principio de Pareto, el 80% del escenario estará siendo gobernado por aproximadamente el 20% de esas variables Balbi, E. R., & Aires, B. (2010)

Posteriormente, al combinar las evoluciones de las variables, es posible dotar de insumos para la construcción de la visión alcanzable para el mejoramiento personal, así como, de los escenarios más factibles, de lo cual es posible derivar líneas de intervención, los que deberían trabajarse para alcanzar el escenario de desarrollo personal deseado.

La visión de futuro puede definirse como “el estado al cual se pretende llevar al sistema en el intervalo de tiempo considerado”. Se refiere a la imagen en el presente de una realidad futura deseable y ambiciosa... Son proyectos sueños y esperanzas; persigue un futuro mejor y expresa resultados positivos; apela a valores e intereses comunes. Su declaración debe ser amplia clara y detallada capaz de inspirar confianza (Pinto, 2011)

Luego es posible descomponer los problemas (técnica común utilizada en proyectos “breakdown structure”) asociados a las variables más importantes del sistema, lo que facilita el establecimiento posterior de lineamientos de intervención y propuestas específicas. Esto permite vincular las variables sistémicas más importantes a los problemas antes identificados y a las soluciones potenciales. De esta forma, es posible también construir distintas visiones personales fundamentadas en las variables estratégicas consideradas.

Resultados

El listado de variables utilizadas en el sistema, se presentan a continuación:

1. Ocio (Oci)
2. hogar (hom)
3. aptitud (apt)
4. salud (Hea)
5. dinero (Mon)
6. aprendizaje (apre)
7. actitud (acti)

8. Espiritualidad (Espí)
9. Motivación (Mot)
10. amor (amor)
11. familia (Fam)

La valoración efectuada de las variables consideras, conforme lo descrito en la metodología, se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro No 1: Valoración de las variables

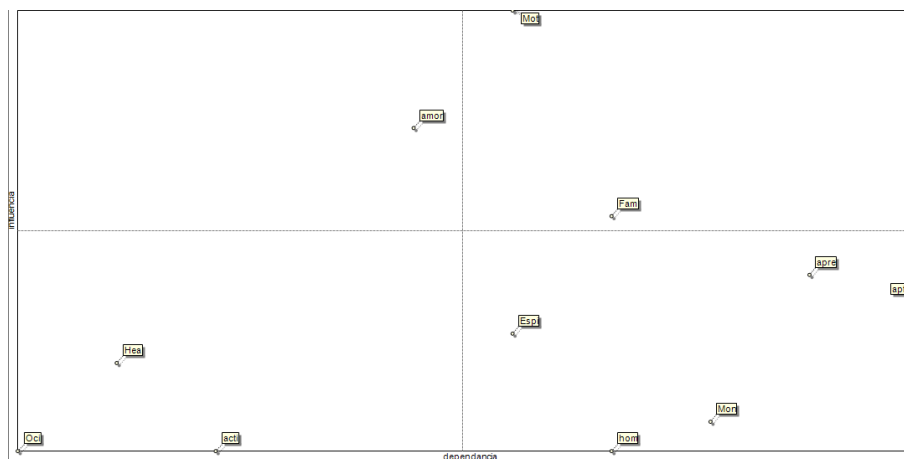
	1 : Oci	2 : hom	3 : apt	4 : Hea	5 : Mon	6 : apre	7 : acti	8 : Espi	9 : Mot	10 : amor	11 : Fam
1 : Oci	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 : hom	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
3 : apt	1	1	0	1	3	2	1	2	2	2	1
4 : Hea	1	1	2	0	2	2	1	1	2	1	1
5 : Mon	1	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1
6 : apre	1	2	2	1	2	0	1	2	2	2	2
7 : acti	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1
8 : Espi	1	2	2	1	2	2	1	0	1	1	2
9 : Mot	2	3	3	2	2	3	2	3	0	3	3
10 : amor	1	2	3	1	2	3	2	2	3	0	3
11 : Fam	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0

Elaboración: Propia

Los detalles del análisis efectuado realizado con el MICMAC, denota que la tendencia de llenado de información alcanza el 100% y es un sistema que se estabiliza en la segunda iteración.

Derivado de la matriz de impacto cruzado se realiza la identificación de variables clave, es decir, aquellas esenciales a la evolución del sistema, mediante una clasificación directa (mediante sumas de valores de influencia y de dependencia para cada una de las variables). De aquí se obtiene el plano de influencias directas que se presenta a continuación.

Gráfico No 1: Plano de influencias directas MICMAC



Fuente: Software MICMAC, http://www.prospectiva.eu/curso-prospectiva/programas_prospectiva/micmac

Elaboración: Propia

Para la interpretación del plano y la clasificación de variables se hace referencia de la metodología de la prospectiva estratégica que determina la tipología de variables.

Por ende, en el presente estudio la clasificación es la siguiente.

Variables-clave: Situadas en la zona superior derecha, son muy influyentes y muy dependientes, perturban el funcionamiento normal del sistema, son por naturaleza inestables y se corresponden con los retos del sistema, en definitiva, son variables de extraordinaria importancia e integran el eje estratégico de actuación. Para el presente estudio las variables de este tipo son: Motivación y Familia.

Variables determinantes, situadas en la zona superior izquierda, son poco dependientes y muy influyentes, según la evolución se convierten en frenos o motores del sistema, de ahí su denominación. En el presente estudio las variables de este tipo es la variable Amor:

Variables objetivo, se ubican en la parte central son muy dependientes y medianamente influyentes, de ahí su carácter de objetivos, su denominación viene dada porque su nivel de dependencia permite actuar directamente sobre ellas con un margen de maniobra que puede considerarse elevado, ayudando a su vez a la consecución de las variables clave. Para este ejercicio no hay variables que cumplan con esta función

Variables reguladoras, son las situadas en la zona central del plano, se convierten en "llave de paso" para alcanzar el cumplimiento de las variables-clave y que estas vayan evolucionando tal y como conviene para la consecución de los objetivos del sistema. En el presente estudio no se cuentan con estas variables.

Variables resultado: se caracterizan por su baja motricidad y alta dependencia y suelen ser tomadas como indicadores descriptivos de la evolución del sistema. Se trata de variables que no se pueden abordar de frente sino a través de las que depende en el sistema. En el presente estudio la variable que se adapta a estas características es: Espiritualidad, aprendizaje, aptitudes, hogar, dinero, etc.

Variables autónomas: Se ubican en la zona próxima al origen, son poco influyentes y poco dependientes, se corresponden con tendencias pasadas o inercias del sistema; el nombre le viene dado porque quedan un tanto al margen del comportamiento del sistema, siempre en relación con las restantes. Las variables de este tipo son: ocio, salud y actitud.

Con este ejercicio lo que se pretende también identificar las “restricciones” asociadas en este caso a las variables: amor, motivación y familia.

Cuadro No 2: Variables sistémicas relevantes y problemáticas

Variables objetivo /reguladoras del sistema	Problemática
Familia	Disfuncionalidad familiar.
Motivación	Baja motivación personal.
Amor	Comunicación inadecuada.

Elaboración: Propia

Posteriormente, según la necesidad de cada individuo, se puede definir preguntas orientadoras que permitan detonar la discusión en torno a las referidas problemáticas. Por ejemplo: en cuanto a familia, se debe

considerar tipos de familias, procesos de comunicación, ingresos, etc.; en motivación, depende de cada individuo la identificación de los factores que detonan las acciones y planes; en amor, puede analizarse elementos como comunicación, incompatibilidad, etc.

Esta metodología, debería usarse complementariamente a otras técnicas terapéuticas según cada caso. En el presente investigación hemos ejemplificado cómo se podrían obtener los resultados y los siguientes pasos necesarios.

La visión en este ejercicio deberá considerar estas tres variables fundamentales. Además es posible establecer, algunos escenarios, como los que se describen en la parte inferior.

Discusión y conclusiones

Grant y Sandberg (2016) en la obra “Originals: How Non-Conformists Move the World”, destaca la necesidad de considerar en el proceso de crianza el establecer o incorporar valor a las reglas de convivencia y sugiere la necesidad de explicar el ¿por qué? de las normas. Esto podría contribuir a conducir al paciente en el proceso de análisis sistemático de sus propias variables en los diferentes contextos.

Lipton (2015) sugiere que las funciones de crecimiento o protección de las personas no se hacen simultáneamente, si tenemos miedo se apagan las funciones de crecimiento, para poder reaccionar, si el estrés es negativo se activa al pituitaria y decae el sistema de defensa y nuestro crecimiento se detiene, el estrés apaga el sistema inmunológico, además hay menos activación del cerebro, bajo estas condiciones somos menos inteligentes. ¿Qué estamos percibiendo?. La vida tiene de todo, amor y odio, pero sólo vemos lo que los filtros de percepción nos permiten ver, nos enseñaron estos filtros de percepción (padres, maestros, la sociedad). La buena noticia es que se pueden remover esos filtros, que interfieren con nuestra vida, entonces lo que se debe entender es ¿qué creencias estamos seleccionando? Y cambiar los filtros de percepción. En ese sentido un ejercicio de visualización de escenarios, como guías referenciales, de lo que podría suceder en el futuro, si mejoras o potencias las variables del sistemas, puede generar beneficios importantes a quién los desarrolla, lo que debe estar acompañado también de decisiones adecuadas.

Existen técnicas terapéuticas tradicionales en relación al desarrollo personal por ejemplo el círculo de realización personal propuesto por Francisco Gimenez, que indudablemente ha tenido resultados positivos como estrategia para cambiar los enfoques mentales del individuo, a través de un acompañamiento permanente. Sin embargo el considerar la prospectiva dentro de esta propuesta permitirá sistematizar procesos a corto mediano y largo plazo (futuros) con resultados de concientización inmediatos o de primer impacto, además de trazar una ruta para iniciar los cambios, ya que es un fenómeno recurrente el que la persona al buscar ayuda y a pesar de conocer sus problemas o factores débiles no sabe o no comprende por dónde empezar el proceso de transformación.

El presentar de manera gráfica (visual) la relación que existe entre las variables que rigen la vida del individuo permite realizar un abordaje de la situación actual ya sea consciente o inconsciente, y es en ese momento donde inicia el acompañamiento para modificar los estilos de vida de acuerdo a la necesidad individual (sin dejar de considerar su influencia familiar o grupal) de mejorar las variables débiles o problemáticas, de mantener las que se encuentran en equilibrio o potencializar las que están bien.

Además es importante mencionar que la presente propuesta no reemplaza las metodologías o tratamientos, sino más bien constituye un complemento importante que permite analizar de manera sistémica los elementos relacionados con el desarrollo de las personas.

Así mismo, se debe considerar que las valoraciones del sistema son particulares a cada individuo, es decir, la escala y jerarquización de los elementos analizados, puede variar según cada persona o grupo de personas. En ese sentido es recomendable contar con una valoración individual inicial y luego analizar si existen modificaciones a lo largo del tiempo, ya que a medida que se trabaja con las diferentes problemáticas que se ha priorizado, se pueden observar modificaciones de las valoraciones del sistema.

Referencias bibliográficas

- Balbi, E. y. (2010). *Metodo MEYEP de Prospectiva. RED EyE (Escenarios y Estrategias)*. Editorial Electronica
- Dumazedier, J. (2010). *Le loisir et la ville Tomo 1. Loisir*. Paris: De Seul.
- Godet, M. y. (2007). *Prospectiva Estrategica: problemas y metodos* . Lipsor.
- Iturralde, A. (1994). *Adolescencia y Personalidad*. Mexico: Trillas.
- Knowles, S. H. (2001). *Andragogía , El aprendizaje en los Adultos* . Mexico: Oxford.
- Lipton, B. (2015). *The Biology of Belief 10th Anniversary Edition : Unleashing the power of Consciousness, Matter and Miracles*. Hay House.
- Maslow, A. (1991). *Motivation and Personality*.
- McConnell, R. y. (1997). *Economia*. McGraw-Hill.
- Prospectiva, E. (15 de Julio de 2017). *Software. Programas y métodos de Prospectiva*. Obtenido de Software.
- Programas y métodos de Prospectiva: http://www.prospectiva.eu/curso-prospectiva/programas_prospectiva/micmac
- Saralegui, J. (2001). *Seguimiento Estadístico de las formas dde Convivencia*. Madrid: Canovas del Castillo.
- Seligman, M. (2014). *Positive psychology*. Springer Netherlands.
- Testerman, J. (1997). *Spirituality vs religion:Implications for Healthcare*. California.
- Torrabadella, P. (1998). *Como desarrollar la inteligencia emocional* .
- Torres, L. (2008). Dinamica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicologia y Educacion* , 31-56.
- Valverde, C. (2013). *Psicologia Positiva aplicada*. Desclèe de Brouwer.

Factores determinantes entre el auto concepto emocional y el auto concepto académico en escolares

MSc. Kerly Angela Álvarez Cadena

MSc. Amelia del Carmen Viera Pico

Ing. Alex Guillen Bonilla

Resumen

En el presente estudio se determinaron los factores relacionales de autoconcepto emocional y autoconcepto académico, las mismas que se muestran en las relaciones familiares, la cultura y la sociedad como determinante en el desarrollo de la personalidad del niño el mismo que desde la imitación establece nuevas conductas las mismas que son percibidas como propias, para demostrarlo se efectuó un estudio a 96 niños y niñas de 10 y 11 años, de los cuales son 51 niños y 46 niñas de la ciudad de Milagro que asisten a instituciones educativas fiscales cuyo nivel socioeconómico bajo a los que se les aplicó la escala de autoconcepto AF5, García y Musitu, (1999), la misma que consta de 30 ítems cuya fiabilidad de .81. Su consistencia interna para cada una de sus dimensiones es la siguiente: .88 para Autoconcepto Académico y .73 para Autoconcepto Emocional; La escala discrimina entre chicos y chicas (Tomás y Oliver, 2004); (2011) los chicos muestran puntuaciones mayores en autoconcepto emocional y físico que las chicas, mientras que éstas muestran mayor puntuación en autoconcepto académico (2013) El autoconcepto académico correlaciona positivamente con el apoyo parental, la comunicación familiar abierta, la percepción del profesor del rendimiento escolar del alumno en clase y el nivel de integración del adolescente en la escuela Cava y Musitu, 2000; Cava, Musitu y Murgui, 2006; Musitu y García, 2004 (2013), demostrados en la aplicación de resultados mediante el análisis de correlación bivariado de Pearson cuyo resultado es de ,333**.

Palabras claves: Autoconcepto, Autoconcepto Emocional, Autoconcepto Académico, familia, sociedad y cultura.

Introducción

Actualmente se le ha dado mucha importancia al tema de autoconcepto, el mismo que se lo define como “un término que puede entenderse como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, basados en sus experiencias con los demás y en las atribuciones de su propia conducta. Involucra componentes emocionales, sociales, físicos, familiares y académicos” (Musitu Gonzalo, Garcia Fernando, Gutierrez Melchor, 1994).

Desde esta perspectiva en la formación del autoconcepto se deben considerar factores sociales, familiares individuales, se conformaría por las respuestas, o mejor, las interpretaciones subjetivas de las respuestas que uno recibe de las otras personas, según lo refiere Musitu, Román y García, (1988)

Considerando el factor familiar como uno de los más importantes en el desarrollo del autoconcepto y tomando en cuenta que por medio de las personas significativas que se encuentran alrededor y largo de la vida en los individuos se pueden obtener experiencias positivas y de fracaso las mismas que permitirán dirigir conductas, ser estables a nivel emocional y desarrollarse de mejor manera a nivel social.

En los estudios desarrollados por Reyes García Caneiro (2003) mediante la teoría del simbolismo interaccionista se considera el desarrollo del autoconcepto como consecuencia de las evaluaciones de su entorno próximo por medio de lo que percibe de las personas cercanas al individuo como actitudes,

comentarios o todo tipo de información, de lo que dependerá el valor que se le da a esa información, tomando en consideración de que todos los seres humanos tenemos la capacidad de pensar y razonar utilizando la introspección para desarrollar un concepto propio. La teoría del aprendizaje social considera que el autoconcepto se puede desarrollar por que las personas adquieren por medio de la imitación e interacción conductas y actitudes que las asumen como propias tomándolas de las personas que para ellas son significativas, con lo que se entiende al autoconcepto como algo dinámico y que consiente modificarse con las experiencias sociales y de las personas significativas, lo que permite la comprensión del pensamiento, sentimientos, comportamientos y conductas.

Entre los diversos tipos de autoconcepto que han sido estudiados los que más significación han tenido son el autoconcepto físico y el académico, por lo contrario, los autoconceptos personales y sociales no presentan mucha relevancia, con lo que se han construido pocos instrumentos dejando así más importancia a los primeros descritos.

El autoconcepto académico positivo es condición imperante para lograr un rendimiento académico satisfactorio, pero no es suficiente, Machargo, S. (1991), la interrelación nuevamente con las personas significativas en el medio escolar como lo son sus maestros formarán otro componente para aumentar el autoconcepto académico.

El docente debe de saber que puede afectar directamente sin darse cuenta en sus estudiantes, al demostrar desaires, desánimos o desprecios afectará el concepto que presente de forma actual ese estudiante, logrando así provocar inseguridad y cambiando o reforzando juicios propios sobre lo que cada uno de los estudiantes piensan de si mismo, en la escuela es donde los niños pasan la mayor parte de tiempo, aproximadamente entre 6 y 7 horas donde conviven con sus docentes y compañeros.

Antecedentes relevantes del presente trabajo son los estudios del desarrollo de la personalidad encabezados por Holtzman, Díaz-Guerrero y Swartz, (1975) donde se destacan las diferencias entre mexicanos y estadounidenses, y la producida en el estudio multicultural del significado semántico de los conceptos de Osgoo, May y Mirón, (1975) entre otros resultados, destaca la construcción social del yo del mexicano, ratificando en recientes estudios sobre el autoconcepto que han mostrado, además, la presencia de diferencias interculturales producidas por los diversos ecosistemas presentes en la República Mexicana Valdez- Medina, (1994)

Focalizando el factor cultural como componente de ayuda a la conformación de autoconcepto se debe recalcar que cada sujeto posee un tipo de ideología dependiendo del medio cultural en el que ha sido criado tomando en cuenta a que estrato pertenece, tradición y religión que profesa.

El medio socio - cultural influye en el factor emocional, que desarrollado de manera óptima permitirá el progreso de habilidades adecuadas mientras que el desarrollo emocional inadecuado impedirá el desarrollo óptimo permitiendo así a los estudiantes encasillarlos como vulnerables.

Todo individuo presenta emociones y sentimientos que se podrán observar en las diferentes etapas de vida, los sujetos emocionalmente competentes reflexionarán reaccionaran de manera efectiva sobre cómo controlar y utilizar de manera asertiva los mismos, obteniendo al máximo el rendimiento de sus capacidades. En primer lugar, encontramos aquellos trabajos que buscan explicar cómo distintas conductas de los padres influyentes

en la motivación, autoconcepto, concentración, esfuerzo, actitud, etc. De sus hijos, asumiendo que tales variables son condiciones fundamentales que, sensibilizando al individuo hacia la utilización de sus procesos y estrategias cognitivas, incidirán significativamente sobre el aprendizaje y rendimiento posterior Bempechat, (1990); Perez y Castejón, (1998); Fantuzzo, Davis y Ginsburg, (1995) ; Pineda, (2002); Hokoda y Fincham, (1995); Keith y Ketih, (1993); Klebanov y Brooks-Gunn, (1992); Marjoribanks (1975); Morvitz y Motta (1992); Patrikakou (1996) ; Reynols y Walberg (1992); Veiga, (1997).

Desde años atrás el autoconcepto paso a formar parte de estudio central de la psicología llamando la atención de James o Wallon llegando así este interés hasta la década de los 70 otorgándole el concepto de multidimensional del sí mismo siendo así modelo de estudio emblemático de Shavelson, Hubner y Stanton 1976 (2007) cuya estructura se ha visto confirmada en diversas investigaciones de Harter, 1982, 1986; Marsh y Hattie, 1996; Marsh, 1986 (2007)

El autoconcepto es un constructo con varias dimensiones, es decir, una evaluación general de uno mismo, pero al mismo tiempo, se posee diferentes autoevaluaciones específicas, es un constructo con organización jerárquica a partir de una dimensión general, siendo que las dimensiones están relacionadas, no ortogonales, con diferentes áreas del comportamiento humano, por ello el autoconcepto es considerado como un constructo con varias dimensiones, y los cuestionarios diseñados para evaluarlos deberán recoger todas sus dimensiones y no tanto una visión unidimensional, Costa y Taberno. (2012)

El autoconcepto no se hereda, sino que se va formando a lo largo de la vida según las experiencias que cada individuo vive en su entorno. Las personas que más van a influir en la formación del mismo son la familia y los docentes, por tanto, los padres y las madres, junto con el profesorado y las amistades, van a jugar un papel fundamental tanto en el proceso de aprendizaje como en el concepto que de sí mismo tenga el escolar. La familia juega un papel fundamental no solo dentro de su grupo familiar sino en la sociedad, son los que ayudan a conformar el autoconcepto de manera directa desde la infancia y lo van reafirmando hasta la adultez quedando marcado con este para toda la vida, el rol que cada uno de los del núcleo familiar tiene representara la importancia o significancia que tenga en el sujeto, al igual que los maestros, pues son quienes comparten mayor número de horas y desarrollo de tareas con lo que podrán reafirmar el autoconcepto concebido en el hogar o a la vez modificarlo A. Pantoja y M. Alcaide, (2013)

Método

La investigación planteada determina la metodología a utilizar la misma que se establece mediante un estudio no experimental con un enfoque cuantitativo con finalidad descriptiva.

Población

La población utilizada en esta investigación es de 96 participantes que comprenden edades entre 10 y 11 años, de los cuales son 51 niños y 46 niñas de la ciudad de Milagro que asisten a instituciones educativas fiscales cuyo nivel socioeconómico es bajo, en la mayoría de los casos los padres trabajan en la agricultura y sus madres se hacen cargo de los quehaceres del hogar.

Instrumentos

El instrumento aplicado es el cuestionario AF5- Autoconcepto forma 5 de Musitu y García (1999), el mismo que presenta 30 ítems a evaluar, que miden diferentes dimensiones del autoconcepto tales como aspectos académicos AF1 que es la percepción que el sujeto tiene sobre su desempeño en el campo educativo como

estudiante, el aspecto social AF2 que es la percepción sobre sus relaciones sociales, el aspecto emocional AF3 que es la percepción del sujeto sobre su propio estado emocional y su respuesta a ciertas situaciones, el aspecto familiar AF4 que es la percepción de cómo el individuo se integra en su núcleo o medio familiar y el aspecto físico que es la percepción sobre su aspecto físico basado en su condición física. Todas estas escalas están basadas en 6 afirmaciones cada una.

Análisis de datos

Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 (SPSSINC, CHICAGO, USA) desde donde se han realizado correlaciones de Pearson, frecuencias, estadística de muestra única, prueba de muestra única, procesamiento de casos y estadística de fiabilidad

Resultados

Los resultados van hacer presentados en función al análisis estadístico descrito en el programa Spss, el cual se detalla a continuación.

Correlación de Pearson

En la tabla 1 se podrá apreciar la correlación bivariada entre la variable autoconcepto emocional y el autoconcepto académico.

Tabla 1. Correlación bivariada de pearson

Correlaciones							
		AUTOCONCEPTO ACADÉMICO	AUTOCONCEPTO EMOCIONAL	AUTOCONCEPTO FAMILIAR	AUTOCONCEPTO FISICO	AUTOCONCEPTO SOCIAL	AUTOCONCEPTO TOTAL
AUTOCONCEPTO ACADÉMICO	Correlación de Pearson	1	,333**	,281**	,682**	,439**	,707**
	Sig. (bilateral)		0,001	0,008	0	0	0
	N	89	89	88	89	89	88
AUTOCONCEPTO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	,333**	1	,380**	,400**	,486**	,748**
	Sig. (bilateral)	0,001		0	0	0	0
	N	89	90	89	90	90	88
AUTOCONCEPTO FAMILIAR	Correlación de Pearson	,281**	,380**	1	,407**	,537**	,659**
	Sig. (bilateral)	0,008	0	0	0	0	0
	N	88	89	89	89	89	88
AUTOCONCEPTO FISICO	Correlación de Pearson	,682**	,400**	,407**	1	,551**	,759**
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0	0
	N	89	90	89	90	90	88
AUTOCONCEPTO SOCIAL	Correlación de Pearson	,439**	,486**	,537**	,551**	1	,798**
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0	0
	N	89	90	89	90	90	88
AUTOCONCEPTO TOTAL	Correlación de Pearson	,707**	,748**	,659**	,759**	,798**	1
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0	0
	N	88	88	88	88	88	88

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Como es posible apreciar existe una correlación significativa entre las puntuaciones de cada dimensión cuya correlación significativa es ($P < .05$ ò $P > .01$)

Análisis Descriptivo

La tabla 2 muestra la descripción de las variables en relación al Rango, media, desviación estándar, varianza, asimetría y curtosis.

Tabla 2. Análisis descriptivo

Estadísticos Descriptivos											
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
AUTOCONCEPTO ACADÉMICO	89	,63	,20	,83	,3251	,12864	,017	1,226	,255	1,831	,506
AUTOCONCEPTO SOCIAL	90	,47	,20	,67	,3607	,11575	,013	,653	,254	,154	,503
AUTOCONCEPTO EMOCIONAL	90	,53	,17	,70	,3407	,13746	,019	,783	,254	-,152	,503
AUTOCONCEPTO FAMILIAR	89	,43	,20	,63	,3513	,09848	,010	,112	,255	-,637	,506
AUTOCONCEPTO FISICO	90	,53	,20	,73	,3356	,11381	,013	,766	,254	,363	,503
AUTOCONCEPTO TOTAL	88	2,03	1,00	3,03	1,7894	,47493	,226	,543	,257	-,384	,508
N válido (por lista)	88										

Ciertos resultados muestran un valor significativo en un rango de 0.63 para autoconcepto académico y 0.70 para autoconcepto, con una media de 0.3251 para autoconcepto académico y una media de 0.3407, una varianza de 0.017 para autoconcepto académico, y 0.019 en una varianza en autoconcepto emocional.

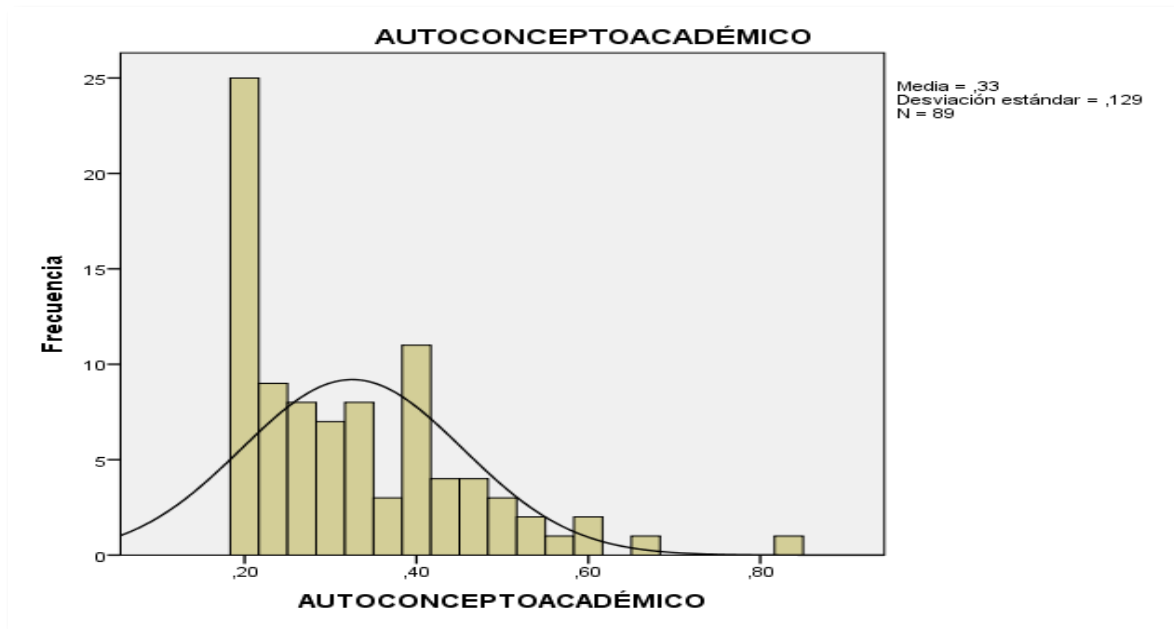
Análisis de frecuencia

En la tabla 3 se puede evidenciar un análisis de la frecuencia del autoconcepto académico donde la frecuencia relativa es de 25.

Tabla 3. Análisis de frecuencia de autoconcepto académico

AUTOCONCEPTO ACADÉMICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,20	25	27,8	28,1	28,1
	,23	9	10,0	10,1	38,2
	,27	8	8,9	9,0	47,2
	,30	7	7,8	7,9	55,1
	,33	8	8,9	9,0	64,0
	,37	3	3,3	3,4	67,4
	,40	11	12,2	12,4	79,8
	,43	4	4,4	4,5	84,3
	,47	4	4,4	4,5	88,8
	,50	3	3,3	3,4	92,1
	,53	2	2,2	2,2	94,4
	,57	1	1,1	1,1	95,5
	,60	2	2,2	2,2	97,8
	,67	1	1,1	1,1	98,9
	,83	1	1,1	1,1	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,1		
Total		90	100,0		

En el gráfico se puede evidenciar que el autoconcepto académico tiene una frecuencia 0.38 con una media de 0.33 y una desviación estándar 0.129.

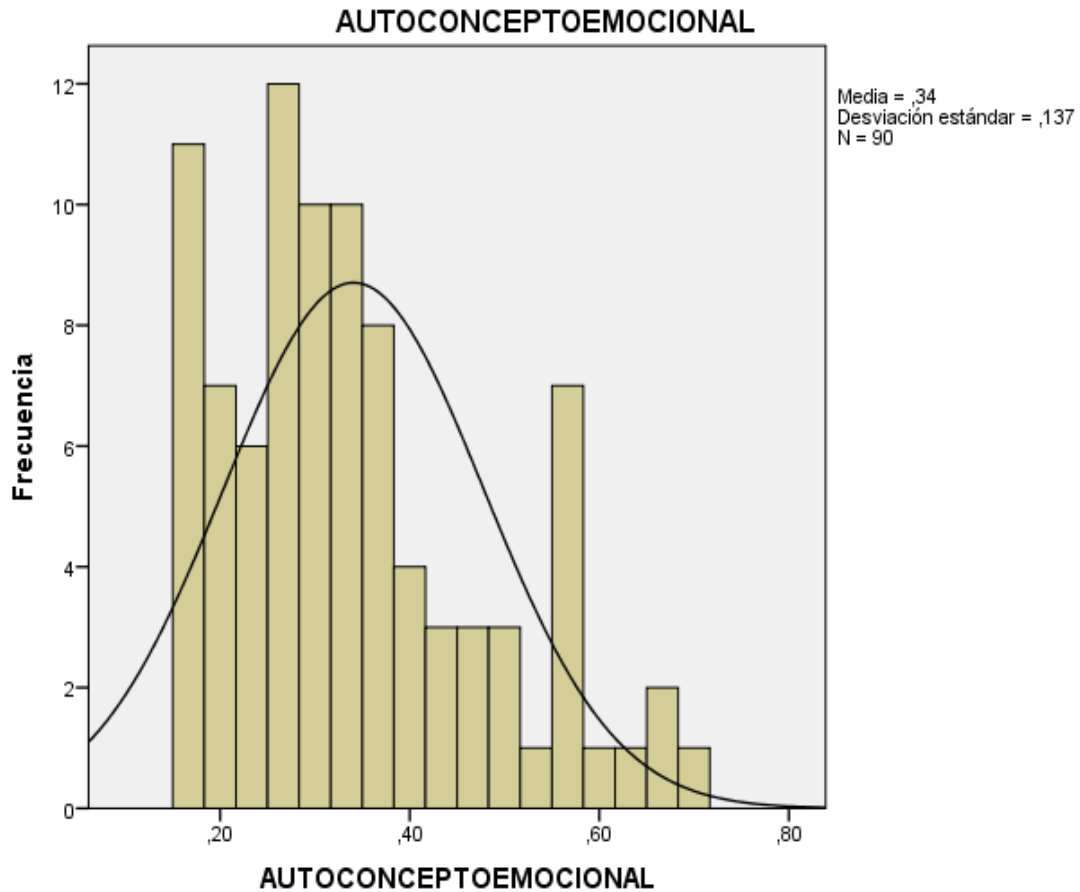


Dentro del análisis de frecuencia de autoconcepto emocional se establece una puntuación de 12.2

Tabla 4. Análisis de frecuencia de autoconcepto emocional

AUTOCONCEPTO EMOCIONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,17	11	12,2	12,2	12,2
	,20	7	7,8	7,8	20,0
	,23	6	6,7	6,7	26,7
	,27	12	13,3	13,3	40,0
	,30	10	11,1	11,1	51,1
	,33	10	11,1	11,1	62,2
	,37	8	8,9	8,9	71,1
	,40	4	4,4	4,4	75,6
	,43	3	3,3	3,3	78,9
	,47	3	3,3	3,3	82,2
	,50	3	3,3	3,3	85,6
	,53	1	1,1	1,1	86,7
	,57	7	7,8	7,8	94,4
	,60	1	1,1	1,1	95,6
	,63	1	1,1	1,1	96,7
	,67	2	2,2	2,2	98,9
	,70	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Es notorio que de acuerdo a la curva se puede evidenciar q la frecuencia oscila en 0.40 cuya media es de 0.34 y una desviación estándar de 0.137.



Varianza

Se establece una varianza total, un porcentaje de varianza y una varianza combinada la misma que se describe en la medida de dispersión definida como la esperanza del cuadrado de la desviación de dicha variable respecto a su media. O en pocas palabras, la media de los residuos al cuadrado

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,357	67,135	67,135	3,357	67,135	67,135
2	,819	16,370	83,505			
3	,440	8,802	92,307			
4	,301	6,016	98,324			
5	,084	1,676	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

De acuerdo a los resultados obtenidos el componente 1 que corresponde al autoconcepto académico tiene una varianza de autovalores iniciales que va desde un total de 3.357 un porcentaje de varianza 67.135 y una varianza acumulada de 67.135, siendo los mismos valores la suma de extracción de cargas al cuadrado.

Discusión y conclusiones

Mediante el análisis de los factores sobre autoconcepto emocional y autoconcepto académico se puede afirmar que mantienen una relación directa siendo el primero una de las razones fundamentales para que el niño responda adecuadamente a sus emociones y mejore la imagen en sus estudios, lo cual puede ser explicado y confirmado por diversos autores, en este sentido se puede mencionar investigaciones previas como la desarrollada por María del Carmen Pegalarja Palomino (2017) donde propone el desarrollo de experiencias de aprendizaje basadas en técnicas de atención consiente que deben incluir todos los docentes en sus planes de trabajo para las aulas de clases, el desarrollo de técnicas que provoquen felicidad, alegría, sentimientos de bienestar o cualquier tipo de emoción positiva de forma regular aumentará el desarrollo mental, físico y las relaciones sociales satisfactorias, desarrollando así una repercusión positiva para el desarrollo de su futuro profesional y personal, entendiéndolo así por el desarrollo de una imagen y conceptos positivos. Todo futuro profesional debe de desarrollar competencias emocionales que le permitan potenciar sus aprendizajes.

Los niños de educación inicial poseen valores en el autoconcepto y realización personal positivos, lo que representara a futuro un mejor desarrollo profesional personal y mental con su entorno, estos estudiantes afirman las mejoras de su relación con los demás, evaluaciones positivas sobre sí mismo situando las correlaciones más altas en las dimensiones de autoconcepto, amistad y amor, actitudes ante la tarea y fuerza del Yo, con lo que se puede entender que a desarrollado una predisposición ante las tareas, seguir normas. Puede ejecutar proyectos, disponibilidad al esfuerzo, tolerancia social y búsqueda de alternativas.

Bisquerra (2017) muestra que las competencias emocionales de los docentes permiten la relación estable y el respeto con el estudiante y su comunidad educativa, mediante la cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol permitiendo la demostración de emociones en las transacciones sociales, la competencia emocional madura incluye los valores éticos de su propia cultura y con esta aceptación se establece un acuerdo a las creencias del individuo constituyendo un balance emocional.

En este estudio se puede identificar una correlación de Pearson altamente significativa entre autoconcepto y amistad – amor de 0.781 de la misma manera entre el autoconcepto y actitud ante la tarea de 0.719 encontrando una similitud en el autoconcepto emocional de 0.748 en relación con el antes mencionado.

Según las investigaciones de Reyes García Caneiro (2003) que estudia la relación entre autoconcepto académico y percepción familiar se establece una estrecha relación entre rendimiento académico entendiéndolo, así como que a mayor autoconcepto se obtendrán mejores rendimientos escolares, desarrollarán adecuadas percepciones hacia el entorno familiar.

En este mismo estudio se describe la diferencia significativa que se da en jóvenes que perciben o provienen de hogares equilibrados donde les permite tener autoconceptos académicos positivos, así como también es el caso de jóvenes que provienen de hogares o familias ideales.

En las investigaciones de Cazalla-Luna, Ortega- Álvarez., Molero, D. (2015) le otorga relevancia al autoconcepto como importante variable para el bienestar personal, un punto de relevancia es la valoración y el lugar que le otorga a los docentes pues para él son quienes influyen en la formación del autoconcepto de los estudiantes, sumando la actuación de la familia y amigos también en este. Este estudio destaca una diferencia significativa en la relación del autoconcepto socio - emocional y el género masculino mientras que el de las mujeres es el autoconcepto familiar. En su estudio se puede evidenciar una correlación altamente significativa entre autoconcepto emocional y autoconcepto académico con una puntuación de 0.226** lo que se relaciona con el presente estudio el mismo que tiene una correlación entre autoconcepto emocional y autoconcepto académico de 0.333**; de la misma manera se evidencio una correlación de Pearson altamente significativa entre el autoconcepto total y el autoconcepto emocional con una puntuación de 0.622**, a diferencia de esta investigación con una puntuación altamente significativa 0.748**

Según Valdez-Medina, et al.,1996 (2001) en el desarrollo de sus estudios muestra las diferencias dadas en las distintas culturas y su relación con el autoconcepto, notando así ciertas características halladas en la investigación como la diferencia significativa entre niños españoles que se definieron como rebeldes, los mexicanos y peruanos como sociales normativos y expresivos afectivos con personalidad obediente afiliativo, con convivencia respetuosa hacia figuras de autoridad, dentro de los resultados a los que se llegó en este estudio que existe una Inter-correlación de Person donde no se obtuvieron valores mayores a $r = .60$ lo que evidencia una favorable independencia entre el autoconcepto de niños mexicanos y peruanos, con una varianza total de 54.2%, a diferencia del presente estudio donde se observa una varianza total de 67.13%.

En las investigaciones de Sandra Costa y Carmen Tabernero (2012) muestra que el autoconcepto académico y el familiar tienen correlaciones altas demostrando al autoconcepto como predictor de rendimientos académicos, sociales, académico, emocional y físico.

Los estudios analizados sobre autoconcepto enmarcan desde la concepción que se tiene sobre si mismo incluyendo la imagen, los pensamientos, sentimientos, actitudes, aptitudes, valores, concepciones dadas por la experiencia y los otros significativos que son los principales protagonistas quienes desarrollan la reafirmación o transformación.

Dándose una transformación y logrando un cambio en el mismo se podrá mejorar el sentido de identidad que permitirá manejar de mejor forma las experiencias externas mejorando las expectativas y dando motivación con lo que se podrán conseguir metas, logros y objetivos futuros que mejorarán el bienestar emocional de los individuos.

El entorno familiar y escolar son los primeros formadores de autoconceptos en las personas por lo que serán los personajes más significativos para la construcción del mismo, con lo que se podría decir que estableciendo marcos conceptuales comunes permitirán desarrollar actitudes y conductas que favorezcan un autoconcepto sano, alejado de creencias negativas y concepciones que deterioren imágenes corporales que repercuten con el convivir de los individuos.

Las concepciones del autoconcepto no deberían ser tomadas a la ligera dentro de las entidades educativas, al contrario, deberían ser parte de las actividades a desarrollar dentro de los salones y como actividad de vinculación con padres, donde se les permita conocer sobre cómo desarrollar y potenciar en casa el autoconcepto de sus hijos.

De acuerdo a este estudio el autoconcepto académico muestra una relación de 0.45 con el rendimiento académico y el autoconcepto familiar una relación de 0.13 con el rendimiento académico, el presente estudio sugiere que existen una diferencia entre las relaciones de autoconcepto académico y escolar entre los chicos y las chicas teniendo una puntuación alta entre las dimensiones de familia y sociedad a diferencia del presente estudio donde se evidencia un valor en el autoconcepto académico de 0.34.

Referencias Bibliográficas

- A.Pantoja, & M.Alcaide. (2013). La variable género y su relación con el autoconcepto y el rendimiento académico del alumnado universitario. Revista científica electrónica de Educación y comunicación en la sociedad del conocimiento .
- Bempechat, J. (1990). The role of parental involmenten in children s academic achievement. New York.
- Cazalla, N., Álvarez, F. O., & Molero, D. (2013). Autoconcepto e inteligencia emocional de docente en prácticas. Revista electrónica de investigación y docencia , 43-64.
- Costa, S., & Tabernero, C. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de educación secundaria. Córdoba.
- Fantuzzo, J., Davis, G., & Ginsburg, D. (1995). Effects of parental onvovement in Isolation or in combination with peer tutoring on student. Journal of Educational Psychology , 87, 272 -281.
- Garcia, F., & Mísitu, G. (1999). Manual de Autoconcepto Forma 5.AF5. Manual de Autoconcepto Forma 5.AF5.
- García, R. (2003). Autoconcepto académico y percepción familiar. Revista Galego, 1138-1663.
- Gonzalez, J., Núñez, J., Álvarez, L., González-Pumariega, S., Rocés, C., González, P., & Bernardo, A. (2002). Inducción parental a la autorregulación, autoconceptoy rendimiento académico . Oviedo .
- Gutiérrez, M., & López, J. (2015). Autoncepto, Dificultades interpersonales, Habilidades sociales y Conductas Asertivas en adolescentes. Madrid.
- Hokoda, A., & Fincham, F. (1995). Origins of children s helpless and mastery achievement pstteeeceerns in the family. Journal of educational Psychology , 87, 375-385.
- Holtzman, W., Díaz-Guerrero, R., & Swartz, J. (1975). El desarrollo de la personalidad de dos culturas: México y Estados Unidos. México : Trillas.
- Jimenez, M., & López, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Jaén .
- Keith, T., & Keith, P. (1993). Does parental involment influence academic achievement of American middle school youth? Nijmegen : The Netherlands.
- Klebanov, P. K., & Brooks-Gunn, J. (1992). Impact of maternal attiitudes, girls adjustment and cognitive skills upon academic perfomance in middle and high school . Journal of reseach onadolescent .
- Machargo, S. (1991). El profesor y el auoncepto de sus alumnos. Escuela Española, 62.
- Marjoribanks, K. (1975). Ethnic families and childrens achievement . Boston : George Allen y Urwin .
- Morvitz, & Motta. (1992). Predictors of self-esteem: The roles of parent- child perceptions, achievement, and class placemnt. Journal of Learning Disavilities .
- Musitu Gonzalo, Garcia Fernando, Gutierrez Melchor. (1994). AFA: Autoconcepto forma A. Madrid: Tea.
- Musitu, G., Román, J., & Gracia, E. (1988). Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona.
- Osgood, C., May, W., & Miron, M. (1975). Cross- cultural universals of efective meaning. Chicago: University of Illinois Press.
- Padilla, M. T., García, S., & Suarez, M. (2010). Diferencias de género en el autoconcepto general y académico de estudiantes de 4º de ESO. Madrid.

- Palacios, E. G., & Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto . Bilbao .
- Patrikakou. (1996). Investigating the academic achievement of adolescents with learning disabilities . Journal of educational .
- Pegalajar, M. d. (2017). Análisis del autoconcepto y realización personal:Nuevos desafíos en la formación inicial del profesorado . CONTEXTOS EDUCATIVOS, 95-111.
- Pérez, A., & Castejón, J. (1998). Un modelo causal - explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico . Bordón .
- Pineda, G., Nuñez, -Pumariega, G., Álvarez, Rocés, & García. (2002). A structural equation model of parental involvement, motivational and aptitudinal characteristic. The journal of experimental education , 70, 3, 257-287.
- Reynolds, J., & Walberg, H. (1992). A structural model of science achievement and attitude : An extension to high school.
- Váldez, J., González, N., Fuentes, A., & Reusche, R. (2001). El autoconcepto en niños mexicanos y peruanos. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA, 199-205.
- Valdez-Medina, J. (1994). El autoconcepto del Mexicano . México .
- Veiga, F. (1997). Autoconceito dos jovens : Analise em funcao de variaveis do contexto familiar.

La relación de las conductas antisociales y las relaciones interpersonales

Karla Mora Alvarado

Universidad Estatal de Milagro- Ecuador
kmoraa@unemi.edu.ec

Jefferson Mendoza Carrera

Universidad Estatal de Milagro- Ecuador
jmendozac4@unemi.edu.ec

Elka Almieda Monge

Universidad Estatal de Milagro- Ecuador
ealmeidam@unemi.edu.ec

Kerly Álvarez Cadena

Universidad Estatal de Milagro- Ecuador
kalvarezc@unemi.edu.ec

Resumen

El presente estudio tiene por objeto analizar la relación, la conducta antisocial y las relaciones interpersonales de adolescentes. Teniendo en consideración que la conducta antisocial incluye en actos que claramente infringen las reglas sociales y se dirigen contra los demás (Stoff, Breinling, & Maser., 1997). La muestra estuvo constituida por 83 participantes de ambos sexos con edades comprendidas entre 14 a 17 años. Todos los colaboradores del estudio pertenecían a la Unidad Educativa "17 de Septiembre". El estudio emplea un diseño correlacional y utiliza 2 instrumentos para medir las variables objeto del estudio. En primer lugar, se realizó una revisión de la Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en adolescentes cuyo autor es Andreu y Peña (2013) para el análisis de factores ligados a la conducta antisocial, conducta delictiva. Los resultados de los análisis correlacionales (Pearson) sugieren que los adolescentes que tienen muchas conductas antisociales disponen de pocas conductas de consideración hacia otros, muchas conductas violentas y baja adaptación social. Además estos adolescentes muestran falta de confianza en sí mismos, una percepción negativa de sus compañeros, la fiabilidad de la prueba es de .86, la consistencia interna de los factores es de .46. Comportamientos predelictivos (Factor I) .67. Comportamientos vandálicos (Factor II), .66 Infracciones contra la propiedad (Factor III), .58 Comportamiento violento (Factor IV) y, finalmente, .61 Consumo de alcohol y drogas (Factor V).

Palabras claves: Conducta antisocial, adolescencia, personalidad.

Abstract

The present study is to analyze the relationship, antisocial behavior and interpersonal relationships of adolescents. Bearing in mind that antisocial behavior includes acts that clearly violate social rules and are directed against others (Stoff, Breinling, & Maser., 1997). The sample consisted of 83 participants of both sexes, aged between 14 and 17 years. All the collaborators of the study belonged to the Educational Unit "17 de Septiembre". The study uses a correlational design and uses 2 instruments to measure the variables studied. First, a review of the Scale of Antisocial and Delicate Behavior in adolescents authored by Andreu and Peña (2013) for the analysis of factors linked to antisocial behavior, criminal behavior. The results of the correlational analysis (Pearson) suggest that adolescents with many antisocial behaviors have few behaviors of

consideration for others, many violent behaviors and low social adaptation. In addition, these adolescents show a lack of confidence in themselves, a negative perception of their peers, the reliability of the test is .86, the internal consistency of the factors is .46. Predecessive Behaviors (Factor I) .67. Vandalism (Factor II), .66 Violations of property (Factor III), .58 Violent behavior (Factor IV), and finally .61 Alcohol and drug use (Factor V).

Keywords: Antisocial behavior, adolescence, personality.

Introducción

La delincuencia juvenil es uno de los fenómenos sociales que se evidencia con mayor frecuencia en nuestra sociedad. Las manifestaciones de la conducta que llaman la atención de forma negativa pueden observarse, por lo general, mejor entre los adolescentes, dado que es allí donde comienza el trastorno antisocial que es el infringir normas establecidas por la sociedad. Las consecuencias de estas conductas pueden ser variadas a corto plazo, le puede significar una pérdida de amistades, dificultades académicas e incluso ser suspendido o expulsado del colegio Gaeta & Galvanovskis (2011) entonces estos adolescentes estarían en alto riesgo para otros problemas, como consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de riesgo, debido a ello se involucran en actividades marginales y de alto riesgo psicossocial Moffitt y Caspi (1993) mientras que, a largo plazo, pueden continuar con las mismas conductas y de mayor gravedad durante la edad adulta Gendreau, Little, y Goggin (1996). Conductas de tipo criminal, alcoholismo, afectación psiquiátrica, problemas en el trabajo y problemas familiares Kazdin (1993).

Existen diversas definiciones de lo que son las conductas antisociales para Otero (1997). Esta dificultad podría estar relacionada, entre otros factores, con el distinto enfoque teórico del que parten los autores en sus investigaciones a la hora de definir conceptos tan multidimensionales. Por las distintas interpretaciones que surgen desde los diferentes campos de estudio, tratan de explicar la naturaleza y el significado de la conducta antisocial que generan orientaciones diversas.

Uno de los principales problemas que surgen a la hora de abordar el estudio de la conducta antisocial desde cualquier aproximación, es sin lugar a duda es el de Kazdin (1988) él nos dice que la conducta antisocial trae consigo una serie de consecuencias inmediatas, así como a propios agresores como para las otras personas con quienes interactúan y, estas conductas se manifiestan en la niñez y se van desarrollando hasta a la adolescencia y adultez.

Según Loeber (1990) el término antisocial se reservaría solo para aquellos actos más graves, como asesinatos y robos deliberados. Para aquellos actos como rabietas, las denominó conducta problemática. Aunque estas conductas antisociales surgen de alguna manera durante el desarrollo normal del niño.

Saldade Rodriguez (2014) describe que la conducta antisocial, son todas aquellas tácticas que buscan infringir, dañar y volver vulnerables todas aquellas normas sociales establecidas para la colectividad. Esta conducta va dirigida en contra del bien común, con el fin de atacar cada uno de los valores esenciales de una colectividad. Es evidente que este tipo de conducta comienza en la adolescencia, pero hay más probabilidad de que este tipo de trastorno se de en niños o adolescentes de condiciones vulnerables, por el entorno en el cual se encuentran o por los abusos que posiblemente sufrieron durante su desarrollo.

Existen diversos criterios acerca de cuál es el origen de la conducta antisocial, este tipo de trastorno se lo puede encajar en un ente bio-psico-social.

Garzón (2007) menciona que las personas con trastorno de personalidad antisocial tienen un modelo de conducta simbolizado por la falta de arrepentimientos y un alejamiento de las restricciones que imponen la sociedad. Es por ello que en un estudio realizado de neuroimagen, se encontró que las personas con TPA (trastorno de la personalidad antisocial) mostraban una disminución en el volumen de la masa pre-frontal que se correlaciona positivamente, con una reducción en la respuesta independiente frente a un acontecimiento estresante. Esto significaría que su manera de responder a factores estresantes está afectada y no logran encontrar la manera adecuada de trabajar en una respuesta adecuada para dicha situación que le causa malestar.

Además Garzón (2007) afirma que una activación de la corteza pre-frontal y del área de Brodmann lesión bilateral de esta corteza, produce cambios permanentes en la personalidad del individuo, produciendo así la incapacidad en la toma de decisiones. Las personas con trastornos antisociales, suprimen el dolor emocional ante una situación de estrés, ya que esta área del cíngulo posterior izquierdo, es la encargada de la formación de emociones. Además está relacionada con la conducta, aprendizaje y memoria. Es por ello que en el TPA, el individuo no es consciente de la frialdad afectiva que presenta, con la incapacidad de tener una memoria sensorial y de adquirir nuevas costumbres.

Garzón (2007) menciona que desde la etapa de la niñez, es común notar cierto tipo de comportamiento en los pacientes que presentan rasgos de personalidad antisocial, tales como la mentira constante, el robo, el exceso de travesuras y conductas agresivas, que sobresalen una vez que se avanza en la etapa de la niñez.

Es importante recalcar la diferencia entre el trastorno antisocial, que es el quebrantamiento de normativas de manera inconsciente, por una lesión del cíngulo posterior izquierdo del cerebro y el trastorno disocial que transgrede las normas de manera consciente.

Las diferentes investigaciones informan que la corteza prefrontal puede relacionarse con el comportamiento agresivo, como lo es el córtex orbitofrontal y las regiones ventromedial y dorsolateral, pero todavía no se le puede atribuir un papel específico a cada una de estas áreas con respecto a una conducta agresiva. Sin embargo juega un papel muy importante en el comportamiento, si una de estas áreas se ve lesionada. Alcazar, Verdejo y Bouso (2010).

Peña Fernández (2010) afirma que las teorías del aprendizaje donde se habla sobre las conductas delictivas como un comportamiento aprendido, puede ser por un condicionamiento clásico, el operante o el aprendizaje observacional. El aprendizaje observacional supera, en general, las limitaciones impuestas por el condicionamiento clásico y el operante; aunque podrían explicar la génesis y el mantenimiento de algunas conductas delictivas, presentan notables dificultades para explicar la totalidad de dichas conductas (la aparición de respuestas que no existen previamente en el repertorio conductual de los sujetos). La teoría del aprendizaje social Bandura (1969) se la proponen desde que el sujeto puede adquirir nuevas conductas a través la observación de modelos, que pueden ser tanto reales o simbólicos; figurando una vía rápida y para aprender de las múltiples y complejas conductas que el ser vivo es capaz de mostrar a una sociedad. El rol a seguir jugaría un papel transcendental en el aprendizaje al cumplir las conductas delictivas. Por consiguiente, los niños y adolescentes aprenderían principalmente aquello que pueden observar en sus padres, maestros, compañeros, incluso los mismos personajes de la televisión a los cuales no se les da importancia o cualquier otro modelo significativo para el niño o adolescente.

La adolescencia es un período caracterizado por diversos cambios, uno de ellos son las relaciones interpersonales porque los adolescente están expuestos a nuevos círculos sociales como lo son los compañeros de estudio y fiestas. Es en estos lugares donde se relacionan con diversas personas desconocidas o no allegadas Armas y Kelley (1989); Fereing y Lewis (1989); Flores y Díaz (1995).

En esta etapa de búsqueda del yo que a traviesan todos los adolescentes, viene acompañada de la necesidad de independencia de los adultos, es por ello que las relaciones con los compañeros se incrementan Buhrmester y Furman (1992); Mayselless, Wiseman y Hai (1998), y del inicio de las relaciones románticas con el otro sexo Bracken y Crain (1994); Hansen, Christopher y Nangle (1992). Es por ello que las relaciones que establezcan son de suma importancia para desarrollar habilidades sociales y de sentimientos de competencia personal, fundamentales para el funcionamiento apropiado en la adultez Hansen (1992) ; La Greca y López (1998).

El constructo de dificultad interpersonal se refiere a la capacidad que tienen las personas para relacionarse y la dificultad que experimentan al hacerlo. Las dificultades interpersonales tienen consecuencias negativas para el adolescente, el déficit de habilidades sociales conducen a una relación disfuncional con los padres y autoridades en general.

Existen diferentes teorías que explican las conductas antisociales. Terrie Moffitt propone una teoría taxonómica de la conducta antisocial, dividiendo esta en dos tipos: la que persiste en el curso de la vida y se origina en la niñez, como efecto de genética y biológica puede presentar problemas neurológicos Nagin, Farrington y Moffitt, (1995) y el segundo tipo está limitada a la adolescencia, esta se caracteriza por un factor ambiental más que de tipo individual Morales (2008).

Es importante tratar la transgresión juvenil en la actualidad como potencial delincuencia adulta de mañana. Estamos en una época en la cual la sociedad se encuentra en constantes cambios, es así que los adolescentes buscan una independencia a muy temprana edad, la alta participación de adolescentes en actos antisociales y delictivos se ha vuelto una amenaza potencial para el desarrollo individual, social y económico de un país Morales (2008); La Organización Mundial de la Salud (2003) percibe que la sociedad se presenta a sí mismo de manera muy ofensiva, en contextos poco relevantes. Esto se debe a que con el pasar de los años, la sociedad ha ido prefiriendo ciertas condiciones antes que a la familia. Es en el núcleo familiar donde comienzan los problemas, porque está profundamente relacionada con el desarrollo del adolescente. Belsky (2005) asegura que la familia es la principal influencia en cuanto al desarrollo psicológico de niños y adolescentes, además promueve la sensación de seguridad en los hijos.

Es significativo la influencia de la familia en el desarrollo de las conductas antisociales, los factores están divididos en dos grupos: los de tipo estructura familiar, desintegrada por separaciones o divorcios y las familias uniparentales Torrente y Rodríguez (2004) y aquellos enfocados en el funcionamiento familiar Antolín y Oliva, (2009); Quiroz del Valle, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador y Medina-Mora (2007) ,se basan en la ausencia del cuidador, insuficiencia de ingresos Cuevas del Real, (2004) ;Quiroz del Valle, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador y Medina-Mora (2007); Rodríguez y Torrente, (2004).

Las relaciones interpersonales son siempre necesarias para el desarrollo de la persona, la dificultad interpersonal que pueda presentar el adolescente para relacionarse (Inglés, Méndez, Hidalgo, 2001) suele terminar aislándolo del mundo que lo rodea.

Las relaciones interpersonales ponen en riesgo la aparición de dificultades en la vida social del adolescente

Wagner, Pereira y Oliveira, (2014). La evitación de las relaciones con los compañeros genera aislamiento, sentimientos de soledad López, (2015).

Todas las conductas mencionadas generan discrepancia con sus padres, amigos y tutores en el colegio impidiendo la comunicación, la otra consecuencia de tener dificultades interpersonales es el consumo de drogas legales e ilegales Inglés, Méndez e Hidalgo, (2001) . Por ello el adolescente necesita ser capaz de enfrentar sus problemas y emociones, así como los que surjan durante la interacción López, (2015); Zupančič; Ingles; Bajec y Levpušček (2011); Redondo, Delgado, Inglés, Hidalgo, García y Martínez (2014).

Metodología

Método

Para la investigación se utilizó un estudio transversal de corte cualitativo, ya que tiene por objeto de estudio el comportamiento en su ámbito natural. Se propone descubrir el significado del comportamiento, más que su cuantificación y no experimental, utilizando el análisis de correlación de Pearson, desde ahí se pretende explicar la relación que existe entre una variable sobre otra, las mismas que se proponen analizar, la relación entre conducta antisocial y las relaciones interpersonales

Además, será también de tipo descriptiva, pues servirá para analizar detalladamente las características de las variables encontradas en la situación presentada, es decir ver la realidad del problema.

Participantes

La muestra de este estudio estuvo constituida por 83 adolescentes que cursan el 2º y 3º curso de educación básica, estudiantes de la Unidad Educativa “17 de Septiembre”. De ellos, 24 son mujeres (29%) y 59 son varones (71%), cuyas edades fluctúan entre los 14 y 17 años. Nuestro tipo de muestra está basada en el modelo no probabilístico, ya que estamos estratificando la clase de muestra de acuerdo a las causas relacionadas entre ellos.

Instrumentos

Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en adolescentes cuyos autores son Andreu y Peña (2013). Esta escala consiste en 25 ítems los cuales se agruparon en las siguientes dimensiones o factores: Comportamientos predelictivos (Factor I), Comportamientos vandálicos (Factor II), Infracciones contra la propiedad (Factor III), Comportamiento violento (Factor IV), Consumo de alcohol y drogas (Factor V).

Adicionalmente, los autores realizaron un análisis factorial que confirmó la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,86 para el instrumento en general. La consistencia interna de los factores fue de .46 (Factor I), .67 (Factor II), .66 (Factor III), .58 (Factor IV) y, finalmente, .61 (Factor V).

El Segundo instrumento utilizado es la Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes (EDIA) esta analiza las áreas en las que habitualmente se desenvuelve el adolescente: instituto, amigos, familia y calle. Los sujetos evalúan su grado de dificultad interpersonal mediante una escala Likert de 5 puntos: 0 (ninguna dificultad), 1 (poca dificultad), 2 (mediana dificultad), 3 (bastante dificultad), 4 (máxima dificultad) un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,96 para el instrumento en general de manera interna 0,95 (Situaciones de Calle), 0,92 (Relaciones Familiares), 0,89 (Cortesía), 0,89 (Relaciones con el Grupo de Iguales) y 0,88 (Asertividad).

Procedimiento

Se obtuvieron las autorizaciones legales para el ingreso a la Unidad Educativa, se les explicó los objetivos, la importancia de la investigación así mismo se obtuvo la autorización de los padres de los de adolescentes de la institución.

Se aplicaron dos instrumentos y la evaluación tuvo una duración aproximada de 25 y 15 minutos, respectivamente. Se explicó a los estudiantes en qué consistía la evaluación. Los adolescentes tuvieron conocimiento sobre la confidencialidad y anonimato de la información.

Conductas antisociales, para la evaluación de esta variable utilizamos la Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en adolescentes cuyos autores son Andreu y Peña (2013). Escala de Dificultad interpersonal para Adolescentes (EDIA) cuyos autores son Mendez, Ingles e Hidalgo (2001), identifica adolescentes socialmente incompetentes.

Análisis de datos

Para analizar los datos fue utilizado el programa estadístico SPSS versión 20 (SPSSINC, CHICAGO, USA) desde donde se han realizado correlaciones de Pearson, frecuencias, estadísticas de muestra única, prueba de muestra única, procesamiento de casos y estadística de fiabilidad.

Resultados

Los resultados van hacer presentados en función al análisis estadístico descrito en el programa SPSS, el cual se detalla a continuación.

Correlación Bivariada de Pearson

En la tabla 1 se podrá apreciar la correlación que existe entre comportamiento delictivo vs comportamiento vandálico con una puntuación de ,625** , además una correlación significativa entre comportamiento vandálico e infracción en contra de la propiedad cuyo valor es de ,854** , sin dejar de lado el comportamiento violento y el consume de alcohol el mismo que puntúa con ,705** y drogas, identificando dificultades con los padres y compañeros lo mismo que de acuerdo al grado de significación oscilan entre ($P < .05$ ò $P > .01$).

Estadística Descriptiva

Dentro de la descripción de las variables factoriales se puede evidenciar que la variable, dificultades interpersonales con padres, tiene una media de 1.5530 entre un valor máximo de 3.34 y un valor mínimo de ,5265; u una desviación estándar que oscila, 29429.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
Sexo	1,29	,456	83
Edad	2,59	1,060	83
Comportamiento predilectivo	,4728	,13254	83
Comportamiento vandalico	,5634	,21570	83
Infracciones contra la propiedad	,7880	,30525	83
Comportamiento violento	,98	,247	83
Consumo de alcohol y droga	,53	,258	83
Comportamiento total	3,34	,939	83
Dificultades interpersonales con tutor estudio	1,5530	,40344	83
Dificultades interpersonales con padres	1,9747	,25559	83
Dificultades interpersonales compañeros	,4410	,29385	83
Dificultades interpersonales compañeras	,5265	,29429	83
Dificultades interpersonales total	1,1238	,15420	83

Anova

Para analizar la anova se tomó como referencia la edad y el sexo identificado dentro de la suma cuadrática. Del total de sujetos encuestados el 3,78 se encuentran entre grupos con respecto a sexo y el 13.27 corresponde a dentro de grupos, dando como resultado una significación de ,311 en sexo, y con respecto a la edad entro de a suma cuadrática entre grupos se encuentra el 19,44 y dentro de grupos un 72.62 con un valor significativo de ,369.

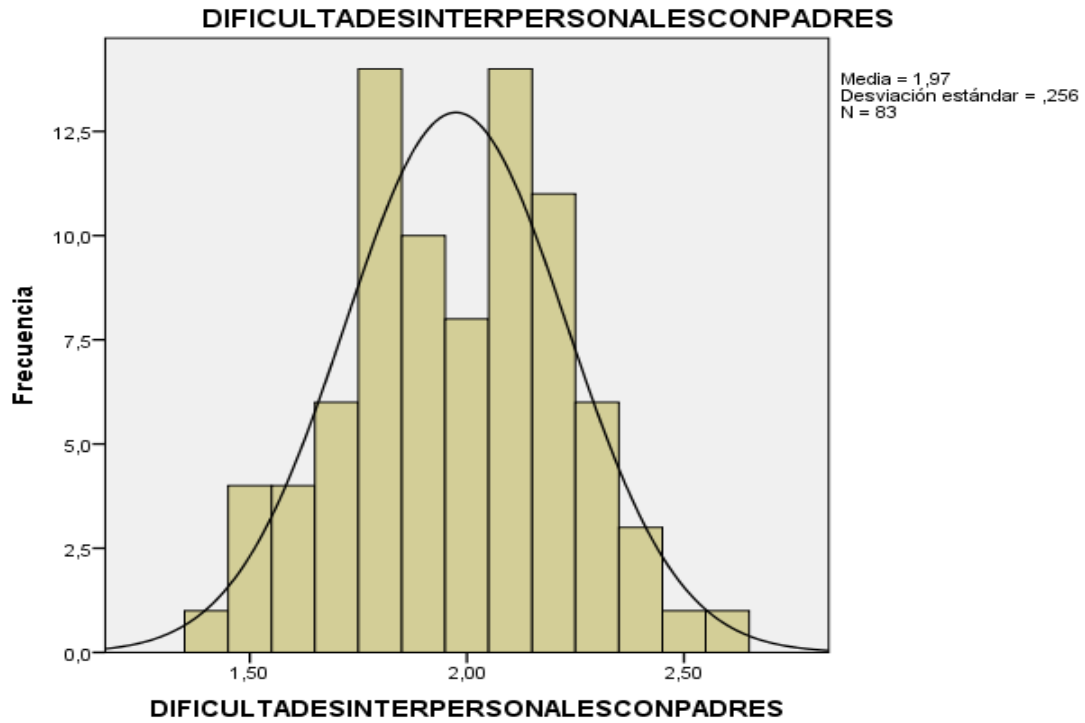
Tabla 3

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SEXO	Entre grupos	3,783	16	,236	1,175	,311
	Dentro de grupos	13,277	66	,201		
	Total	17,060	82			
EDAD	Entre grupos	19,448	16	1,216	1,105	,369
	Dentro de grupos	72,624	66	1,100		
	Total	92,072	82			

Frecuencia

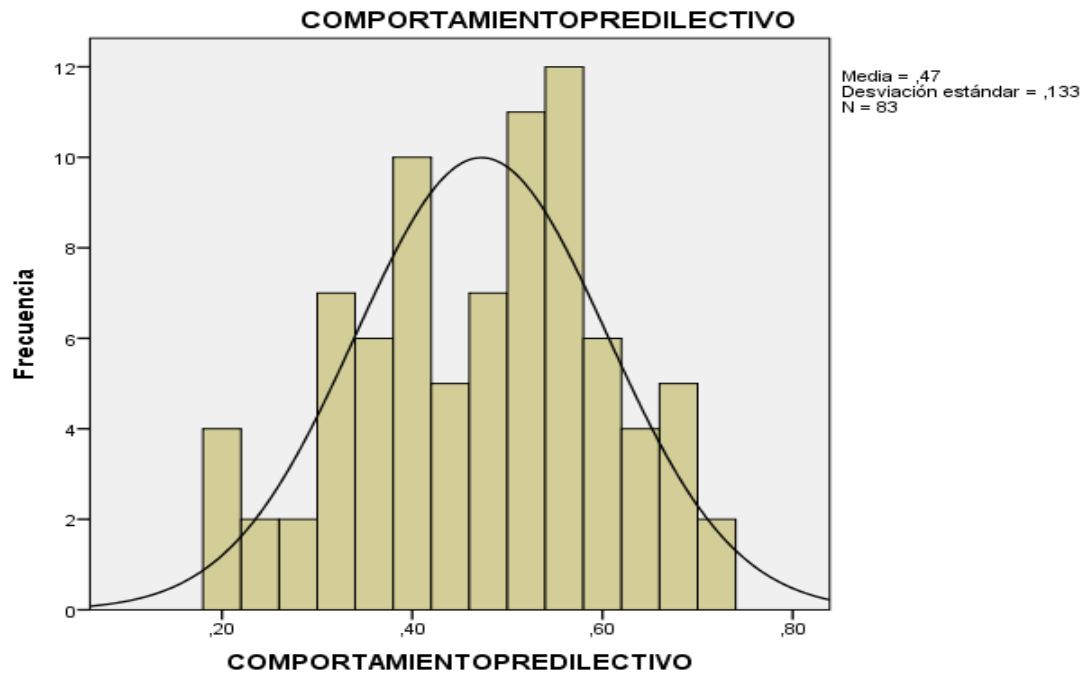
En el análisis de frecuencia de la variable dificultades interpersonales con los padres, se puede evidenciar una frecuencia de 12.5, con una media de 1.97 y una desviación estándar de ,256.

Gráfico 1



A diferencia del análisis de frecuencia existente, en la variable comportamiento predilectivo se presenta una frecuencia de 12 y como media, un valor negativo de $-,47$ y una desviación estándar negativo de $-,133$.

Gráfico 2



Discusión y conclusiones

Mediante el análisis de los factores de las conductas antisociales y las relaciones interpersonales se puede afirmar que existe una relación directa, siendo las relaciones interpersonales una de las razones principales para que los adolescentes presenten un comportamiento delictivo. El estudio de Renzo Rivera (2016) otorga gran relevancia que los varones tienden a: alborotar ($t(927) = -3.646$, $p < .001$), entrar en lugares prohibidos ($t(927) = -2.994$, $p = .003$), decir groserías ($t(927) = -3.406$, $p = .001$), hacer bromas pesadas ($t(927) = -4.457$, $p < .001$), enfrentarse a figuras de autoridad ($t(927) = -2.747$, $p = .006$) y pelearse con otros ($t(927) = -6.305$, $p < .001$); mientras que las mujeres tienden a llegar tarde al colegio o alguna reunión ($t(927) = 1.995$, $p = .046$) encontrando así una relación con el presente estudio donde se identifica una correlación Bivariada de $.625^{**}$

Se puede mencionar investigaciones previas como la desarrollada por Renzo Rivera (2016) en la cual se menciona que las conductas antisociales según el sexo de los adolescentes ($t(927) = 3.611$, $p < .001$, d Cohen = $.24$) encontrando que los varones cometen con más conductas antisociales que las mujeres. Los datos obtenidos en este estudio realizado, señalan una mayor participación de los adolescentes del sexo masculino en conductas agresivas y en conductas delictivas en relación con el sexo femenino. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de otros investigadores Bellido, Rivera, Salas, Bellido, Peña (2013); Gaeta y Galvanovskis, (2011), en el sentido de que los varones tienden a presentar mayores conductas antisociales que las mujeres; sin embargo, aunque las mujeres no presentan una conducta antisocial tan marcada, la evidencia sugiere la participación activa en estos hechos Scandroglío, Martínez, Martín, López, Martín, San José, y Martín, (2002).

En las investigaciones de Ana Sanabria y Uribe-Rodríguez (2009) indica diferencias significativas en función de la edad en la conducta antisocial $F(3,157) = 9,233$; $MSE = 353,81$; $p < 0,000$ y, en la conducta delictiva $F(3,154) = 5,438$; $MSE = 150,55$; $p < 0,001$, se encontraron diferencias significativas mínimas en la conducta antisocial entre los adolescentes de 12 a 13 años y los de 14 y 15 años; y diferencias significativas entre los adolescentes de 12 a 13 años y los de 16 a 17 años y 18 años se evidencia que a menor edad las conductas tienden a ser vandálicas en relación a los adolescentes entre 12 y 15 años, al aumentar la edad en la adolescencia entre 15 y 18 años las conductas se vuelven más delictivas.

En este estudio de Salgado- Jiménez; Álvarez-Aguirre; Hernández Rodríguez; Herrera- Paredes y Mercedes Sánchez Perales (2016) se puede identificar las dificultades interpersonales fueron: aserción 25.19 (DE=13.78), relaciones con los iguales 15.17 (DE=12.72), relaciones con el otro sexo (Media=35.21, DE= 20.86), relaciones con los familiares 19.51 (DE=15.20), hablar en público (Media=30.58, DE=18.14) existiendo una diferencia entre aserción, relaciones con el otro sexo y hablar en público donde no se identifica una relación directa con este tipo de factores a diferencia de relaciones con los iguales donde se observa una Media= 1,5530, DE= ,403 y relaciones con los padres Media=1.9747, DE= ,293 demostrando mayor dificultad con los padres en relación a sus otros círculos sociales. Esto se debe a que los padres, hermanos y amigos suelen funcionar como figuras de seguridad y apoyo emocional; además, las relaciones con los amigos desempeñan un papel crítico para el desarrollo de habilidades sociales y de sentimientos.

El aporte del estudio es la relación de las conductas antisociales y las dificultades en relaciones interpersonales. Se realizó las diferencias por sexo y por grupos de edad en la manifestación de estos comportamientos. Sin embargo, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones, porque la muestra de población masculina es mucho mayor a la femenina, sería necesario replicar este estudio teniendo en cuenta una muestra representativa de la población en cuestión, para incrementar la validez y la confianza en los resultados obtenidos.

No obstante, la muestra fue seleccionada aleatoriamente y los resultados de este estudio son interesantes desde el punto de vista de la exploración del comportamiento antisocial y delictivo y su relación con variables evolutivas y demográficas, en los adolescentes.

Teniendo en cuenta las diferencias encontradas en la presentación de las conductas antisociales y las dificultades en las relaciones interpersonales, es necesario que en futuras investigaciones se tomen en cuenta las variables individuales que han demostrado funcionar como mediadoras o catalizadoras entre los factores familiares y la conducta antisocial, las cuales pueden reducir o incrementar su influencia como son: personalidad, impulsividad o búsqueda de sensaciones Sobral, Romero y Luengo y Marzona (2000), autoconfianza en sí mismo, actitudes hacia la agresión Garaigordobil, (2005); Kazdin, (1993).

Referencias bibliográficas

- Alcazar, V., & Bouso. (2010). Trastornos de la personalidad y comorbilidad depresiva. . Revista de Psiquiatría y Salud Mental.
- Antolín, & Oliva. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. . Anuario de Psicología, 40(3), 313-327.
- Armas, & Kelly. (1989). Social relationships in adolescence: Skill development and training. En J. Worell y F. Danner Educational Psychology (pp. 83-109).
- Bandura. (1969). Principles of Behaviour Modification. New York.
- Bellido, R. S., & Casapia. (2013). Actitudes hacia el Bullying y sus diversas manifestaciones en escolares de educación secundaria en Arequipa Metropolitana. Trabajo presentado en XVI Congreso Peruano y VI Congreso Internacional de Psicología, Arequipa.
- Belsky. (2005). Family influences on psychological development. . Psychiatry, 4(7), 41-44. doi: 10.1016/j.mppsy.2008.05.006.
- Bracken, & Crain. (1994). Children's and adolescents' interpersonal relations Do age, race, and gender define normalcy? Journal of Psychoeducational Assessment, 12,14-32.
- Buhrmester, & Furman. (1992). The development of companionship and intimacy . Child Development, 58,1101-1113.
- Feiring, & Lewis. (1989). The social networks of females and males from early through middle childhood. En D. Belle Children's social networks and social supports (pp. 119-150). . New York: Wiley.
- Flores, & Díaz. (1995). Desarrollo y validación de una Escala Multidimensional de Asertividad para Estudiantes. Revista Mexicana de Psicología, 12, 133-144.
- Gaeta, & Galvanovskis. (2011). Propensión a conductas antisociales y delictivas en adolescentes Mexicanos. Psicología Iberoamericana , 19(2), 47-54.
- Gaeta, & Galvanovskis. (2011). Propensión a conductas antisociales y delictivas en adolescentes mexicanos. . Psicología Iberoamericana , 19(2), 47-54.
- Garaigordobil. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. . Psicología Conductual, 13(2), 197-215.
- Garzón. (02 de marzo de 2007). revista Psicologica Cientifica. . Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/personalidad-antisocial-factores-neurobiologicos/>
- Gendreau, Little, & Goggin. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works? Criminology, 34, 575-606.
- Greca, L., & López. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and firfriendships. . Journal of Abnormal Child Psychology, , 26, 83-94.
- Hansen, C., & Nangle. (1992). Adolescent heterosocial interactions Adolescent heterosocial interactions

- Hersen (Eds.). Handbook of social development: A lifespan perspective, pp. 371-394.
- Inglés, M. e. (2001). Dificultades Interpersonales en la Adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? . Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6(2), 91-104.
- Jiménez, C. S., Aguirre, A. Á., Rodríguez, V. M., Paredes, J. M., & Perales, M. S. (2016). Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas en adolescentes. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud.
- Kazdin. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: avances de la investigación. . Psicología Conductual, 1(1), 111-144.
- Kazdin. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: avances de la investigación. . Psicología Conductual, 1(1), 111-144.
- Kazdin. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: avances de la investigación. . Psicología Conductual., 1(1), 111-144.
- López. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. . Implicaciones para la intervención Adolescere, 3(2), 9-17.
- López. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. Adolescere, 3(2), 9-17.
- Maysless, W., & Hai. (1998). Adolescents' relationships with father, mother, and same-gender friend. . Journal of Adolescent Research, 13,101-123.
- Méndez, H. I. (s.f.). The Matson Evaluation of Social Skills with Young ters: Psychometric properties of the Spanish transltranslation . European Journal of Psychological Assessment.
- Mendez, I. y. (2001). Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes (EDIA):Estructura factorial y fiabilidad. anales de psicología, 23-36.
- Moffitt. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. . Psychology, 100 674-701.
- Morales. (2008). Factores asociados trayectorias del desarrollo del comportamiento antisocial durante la adolescencia: implicaciones para la prevención de la violencia juvenil en América Latina. . Interamerican Journal of Psychology., 42, 129-142.
- Nagin, F., & Moffitt. (1995). Life course trajectories of different types of offenders. Criminology, 33 (1),11-139.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. . Washington.
- Quiroz del Valle, V. J., & Medina-Mora. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. . Salud Mental, 30(4), 47-54.
- Real, C. d. (2004). Los factores de riesgo y la prevención de la conducta antisocial. En A. Silva. En Conductas antisociales: un enfoque psicológico (págs. Vol I, pp. 372)). México, D.F: Pax, México.
- Redondo, D. I. (2014). Cuestionario de dificultades interpersonales para adolescentes: evidencia de fiabilidad y validez en una muestra colombiana. . Universitas Psychologica, 13(2), 467-476.
- Rivera, R. (2016). INFLUENCIA DE LA FAMILIA SOBRE LAS CONDUCTAS ANTISOCIALES EN ADOLESCENTES DE AREQUIPA-PERÚ. ACTUALIDAD EN PSICOLOGÍA, 85-97.
- Rodríguez, A. M. (2009). Conductas Antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. Pensamiento Psicológico, 203-218.
- RODRIGUEZ, S. (2014). Tipos de conducta desde una perspectiva criminológica. . Mundo Forense, 1.
- Scandroglio, M. M. (2002). Violencia grupal juvenil. una revisión crítica. Psicothema, 14, 6-15.
- Sobral, R. y. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. . Psicothema, 12(4), 661-670.
- Stoff, Breinling, & Maser. (1997). Handbook of Antisocial Behavior. . New York: Wiley & Sons.
- Torrente, & Rodríguez. (2004). Características sociales y familiares vinculadas al desarrollo de la conducta

delictiva en pre-adolescentes y adolescentes. . Cuadernos de Trabajo Social, 17, 99-115.

Wagner, P., & Oliveira. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. , 22(3), 423-440.

Zupančič, I. B., & Levpušček. (2011). Reliability and validity evidence of scores on the Slovene version of the Questionnaire about interpersonal difficulties for adolescents. . Child Psychiatry and Human Development, 42, 349-366.

Configuraciones familiares de mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial

Fabiola Ximena Jiménez Guzmán

Fiscalía General del Estado
jimenezx@fiscalia.gob.ec

Andrea Steffanie Cueva Rey

Universidad Técnica de Machala
acueva@utmachala.edu.ec

Carlos Patricio Carpio Mosquera

Universidad Técnica de Machala
ccarpio@utmachala.edu.ec

Resumen

El estudio realizado responde a un problema que tiene soluciones a medias. Se enmarca en determinar las configuraciones familiares en un grupo de mujeres adolescentes víctimas de delitos sexuales, las cuales han sido rescatadas y se encuentran en acogimiento institucional. La metodología cualitativa permite realizar una investigación retrospectiva, se utilizan entrevistas a profundidad y el test de la persona de Karen Machover, permitiendo caracterizar la dinámica de las familias de las adolescentes explotadas con fines sexuales, que se caracterizan por una estructura generalmente reensamblada, la forma de unión es libre, en las que la fidelidad, el afecto y el compromiso son valores poco practicados, todos los jefes de familia tienen trabajos inestables con remuneraciones económicas son limitadas. La explotación sexual comercial hacia las adolescentes mujeres es un problema que pone en relieve las fallas estructurales, funcionales, de valores de la familia, la sociedad y el estado. Refleja un entramado de silencios, complicidades, ignorancias, creencias, desigualdades, violaciones y vacíos que a diferentes niveles confluyen en la vulnerabilidad psicológica, social y familiar de las víctimas. Siendo indispensable crear programas de prevención de carácter educativo en las comunidades dirigidos a la familia que permita la disminución progresiva de la problemática.

Palabras claves: Configuraciones, familia, víctimas, explotación, sexual.

Abstract

The study responds to a problem that has half solutions. It is framed in determining the family configurations in a group of adolescent women victims of sexual crimes, who have been rescued and are in institutional care. The qualitative methodology allows to carry out a retrospective investigation, interviews are used in depth and the test of the person of Karen Machover, allowing to characterize the dynamics of the families of the adolescents exploited for sexual purposes, that are characterized by a generally reassembled structure, the form of union is free, in which fidelity, affection and commitment are little practiced values, all heads of families have unstable jobs with economic remunerations are limited. Commercial sexual exploitation of female adolescents is a problem that highlights the structural, functional failures of family values, society and the state. It reflects a framework of silences, complicity, ignorance, beliefs, inequalities, violations and voids that at different levels converge in the psychological, social and family vulnerability of the victims. It is essential to create prevention programs of an educational nature in the communities directed to the family that allows the progressive reduction of the problem.

Keywords: Configurations, family, victims, exploitation, sexual.

Introducción

La Explotación sexual comercial, se constituye en una forma de violencia sexual en contra los niños, niñas y adolescentes (NNA), menores de dieciocho años, según la Organización Mundial de la Salud es:

“Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Organización Mundial de la Salud, 2013, pág. 2).

Otro nombre con el que podemos definir la explotación sexual con fines comerciales, es “trata”, la cual es definida como: la acción de captar, transportar, trasladar, acoger o recibir personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza, a la coacción, al raptó, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión de pagos o beneficios a una persona que tenga autoridad sobre la víctima, cuando es con fines de explotación, lo que incluye como mínimo la explotación de la prostitución ajena, la explotación sexual, los trabajos forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud y la extracción de órganos, en estos casos no existe el consentimiento de la persona, pues se trata de un uso indiscriminado de poder y además de un delito (Organización internacional para las migraciones, 2011).

La presente investigación, se enmarca en determinar las configuraciones familiares de las mujeres adolescentes, víctimas de violencia sexual en la tipología explotación sexual, que fueron rescatadas por agentes de la Dirección Nacional de Policía Especializada en Niñez y Adolescencia (DINAPEN), que forman parte de la red contra la explotación sexual y trata que opera en Machala provincia de El Oro, éstas fueron ingresadas al hogar de protección y acogimiento temporal de la localidad.

La investigación trata de entender la problemática de adolescentes, víctimas de explotación sexual, desde la óptica de la familia, determinando características socio históricas y psicológicas que promueven patrones interrelacionales que las expone, en algún momento a estos eventos, interés que nació durante la ejecución de acciones de intervención, prevención y sanción en la Provincia de El Oro hace ya 5 años, luego de que pese a lograr reajustes en el código penal, que ya tipifica el delito, lograr sancionar legalmente a los explotadores sexuales, se continuaba evidenciando incrementos en los índices de adolescentes captadas para este fin ilícito, lo cual supone que dada la complejidad del tema, multicausalidad y las variadas manifestaciones en que la problemática se expresa en la actualidad, ésta se vuelca a otros factores de índole estructura familiar que posicionan a nuevas adolescentes a situación de alta vulnerabilidad.

El presente trabajo, permite visualizar el contexto socioeconómico de las familias, la forma como ésta responde frente a determinadas situaciones propias del ciclo de vida y otras circunstancias que llegan de imprevisto, ahonda en los patrones culturales de relación, los mismos que inciden de manera directa en la problemática, para lo cual fue necesario tener entrevistas en profundidad con los participantes de este estudio, utilizar herramientas de evaluación familiar como Genograma, dibujo de familia y realizar observaciones *in situ* en los hogares de las adolescentes para establecer la realidad social en la que se desenvuelven las familias.

Las familias provienen de diversas tipologías, los padres han transitado por varias uniones conyugales, teniendo dificultades en ejercer un rol funcional para con los integrantes del sistema. La pobreza económica y los vínculos, juegan un papel fundamental en promover la captación de las adolescentes.

Las funciones de apoyo, protección son afectadas severamente por la incapacidad de los adultos en transmitir emociones positivas, que fortalezcan la insipiente personalidad de los hijos e hijas. Esto, sumado al entorno social en que se desenvuelven, tiende a ser albergue de chulos, proxenetas y demás delincuentes, desfavorece el desarrollo saludable de las adolescentes, agudizándose los problemas de relación, comunicación y afectividad.

Otra situación, que ancla la relación al interior de las familias, es el escaso bagaje comportamental que limita a las familias a tener un afrontamiento constructivo, centrado en la búsqueda de soluciones, que permitan que el trauma sea mínimo y que tanto la adolescente como la familia sigan con su vida, de la manera más saludable que éstas puedan.

Importancia del problema

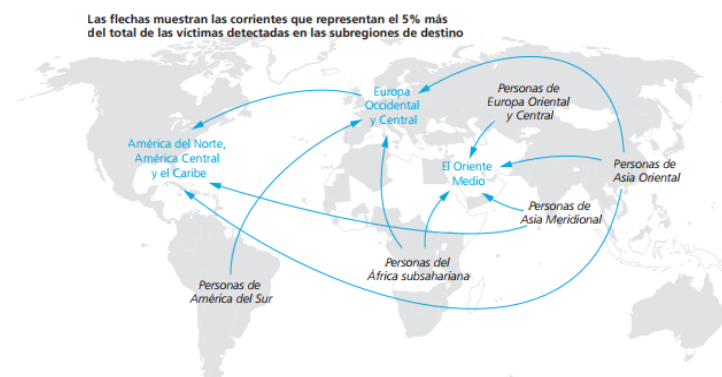
La explotación sexual comercial, deriva de la trata de personas, que busca la captación y traslado de mujeres, con fines de prostitución en contra de su voluntad, con el objetivo de realizar prácticas sexuales comerciales.

La problemática es compleja debido a factores sociales, psicológicos y familiares que explican su existencia, compromete la vida, integridad, dignidad, sano desarrollo de la sexualidad y la salud mental de quienes son captadas, además, de sus familias. Al experimentar estos eventos paranormativos, se propicia la aparición de variada sintomatología como temores de atentados a la integridad física por la alta carga de violencia física, psicológica y sexual, con la que las adolescentes son sometidas, antes, durante y posterior a la vivencia.

La problemática a nivel mundial comienza a visibilizarse en 1996, en el 1er. Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial Infantil, realizado en Estocolmo (OMS, 1996). En este evento se denunció la utilización del cuerpo de NNA en el comercio sexual e incitó a los gobiernos locales a fortalecer las políticas sociales. A partir de esto, la lucha contra la explotación sexual hacia estos grupos etéreos, se ha venido fortaleciendo llegando incluso a tipificarse dentro de los códigos de procedimiento penal en diferentes países.

La explotación sexual afecta regularmente a todos los países del mundo, identificándose víctimas de 152 nacionalidades diferentes en 124 países de todo el mundo. No existen datos reales de la problemática, sin embargo, la dinámica es habitualmente la misma, las víctimas de explotación sexual suelen ser trasladadas desde países pobres hasta otros más ricos (en relación con el país de origen) dentro de una misma región. Las corrientes transregionales de la trata, se detectan principalmente en los países ricos del Oriente Medio, Europa Occidental y América del Norte.

Ilustración 7. Corrientes transregionales de Explotación sexual con fines comerciales



Fuente: UNDOC, 2014

Desde el año 2005, la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes constituye un delito de violencia sexual tipificado en el Código de Procedimiento Penal del Ecuador, que se encuentra en crecimiento; representa la expresión máxima de desigualdad social, violencia de género, abuso de poder físico, psicológico y atropello de derechos humanos. Atenta contra el bienestar y posibilidades de desarrollo de quienes son atrapadas por este circuito que a nivel nacional opera siguiendo una ruta crítica, que inicia desde su lugar de origen siguiendo hasta la provincia de El Oro, Guayas, Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Napo, hasta llegar a Sucumbíos, por ser provincias donde existe circulación de capital económico y/o ser lugares turísticos o limítrofes, llegando incluso a atravesar las fronteras de Colombia y Perú (Observatorio Colombo Ecuatoriano de Migraciones, 2008).

De la misma manera, los explotadores pueden actuar solos, con un socio o mediante grupos y redes de diversas índoles (UNDOC, 2014), en muchos casos son personas de la misma familia y conocidos, lo que hace que la problemática sea compleja de abordarla.

La explotación sexual, es un problema social, que involucra además la participación de la familia; de acuerdo a Ares (2006), es el grupo social cuya función primaria es la protección, por ser éste un grupo vector de la funcionalidad de todos sus miembros, tiene como base factores de vulnerabilidad, como el debilitamiento de estructuras, funcionamiento familiar, el aumento del fenómeno migratorio interno o transnacional y los problemas económicos. Los patrones culturales, estereotipos que la familia transmite a las hijas, formas de relacionamiento, de comunicación, afrontamiento son indicadores relacionados directamente con la incidencia de la problemática.

En consecuencia, el tema de esta investigación, apunta al estudio de una nueva modalidad de violencia sexual, escasamente explorada, que está inmersa en la Política 4, Agenda Social de la Niñez y Adolescencia, desde 2006, el tema en cuestión se encuentra incluido dentro del Plan Nacional contra la trata de personas, el tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual, laboral y otros modos de explotación. También, se ampara en el Plan Nacional Decenal de Protección Integral (2004), en la Política 9, establece la necesidad de prevenir y atender a toda forma de maltrato, violencia, abuso y explotación (Registro Oficial No. 375, 2006).

La investigación, permite entender la problemática de la explotación sexual, desde el contexto familiar, no solo desde su estructura como ya se lo ha hecho, sino a partir del estudio de factores psicológicos que las caracterizan, lo cual resultará beneficioso posteriormente para mejorar estrategias de intervención con adolescentes rescatadas con sus familias, que ingresarán a los programas de prevención y atención directa, logrando establecer con todos ellos, planes de vida saludables basados en la aplicación de nuevas, mejores formas de comunicación, de vinculación entre sus miembros y afrontamiento ante este evento.

Metodología

La presente investigación, constituye un estudio de corte cualitativo, cuyos procedimientos inductivos utilizados se basaron en la recolección de datos, mediante la técnica de entrevistas a profundidad para describir la complejidad en las configuraciones familiares de las mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial de la Provincia de El Oro con el estudio de componentes socio-económico, estructural, funcional, desde una mirada retrospectiva de las adolescentes y sus familias.

Los procedimientos utilizados en esta investigación, estuvieron regidos a principios éticos, basados en la autorización del Hogar de acogimiento “Casalinda”, aquellos casos en donde existió desbordamiento

emocional, se brindó atención psicológica con la finalidad de promover el sostenimiento emocional para lo cual se contó con el apoyo del equipo interdisciplinario del centro.

Resultados

Categoría

Edad:

Tabla 3 Edad de la adolescente víctima de ESC

Edad	Cantidad
11	1
12	4
13	2
14	9
15	13
16	29
17	17
Total	76

Autores: Jiménez, Cueva, Carpio (2017)

Categoría: Educación

Tabla 4 Nivel de escolaridad de las adolescentes

Nivel de educación	Cantidad
Bachillerato (1ero a 3ero de bachillerato)	7
Educación general básica media (3ero-7mo de ed. Básica)	1
Educación general básica superior (8vo-10mo ed. Básica)	67
Desconocida	1

Autores: Jiménez, Cueva, Carpio (2017)

Categoría: Tipología familiar

Tabla 5. Tipos de estructura familiar

Tipología	Cantidad
Ampliada	26
Extensa	1
Monoparental	27
Reensamblada	17
Nuclear	1
Desconoce	4

Autores: Jiménez, Cueva, Carpio (2017)

Categoría: Lugar de origen

Tabla 6 Origen de las adolescentes víctimas de ESC

Origen	Cantidad
Arenillas	1
Bahía de Caráquez	1
Chone	1
Colombia	2
Esmeraldas	1
El Carmen	1
Guayaquil	6
Huaquillas	1
La Mana	1
Lago Agrio	1
Loja	1
Machala	16
Pasaje	1
Perú	2
Piñas	2
Portoviejo	4
Pucara	1
Quevedo	22
Sacha	1
Santa Rosa	3
Santo Domingo	2
Ventanas	1
Vinces	1
Zamora	1

Autores: Jiménez, Cueva, Carpio (2017)

Categoría: Empleo familiar

Tabla 7 Empleo

Fuente de ingresos	Cantidad
Empleo	11
Subempleo	46
Desempleo	19

Autores: Jiménez, Cueva, Carpio (2017)

Discusión

Las adolescentes con edades de mayor vulnerabilidad son 15 a 17 años de edad, acorde a lo planteado por la teoría de Erickson una de las tareas es buscar la identidad a través de nuevos modelos identificatorios, haciéndoles mayormente vulnerables (Phillip Rice , 2012). Otra característica es el bajo nivel de escolaridad, que en muchos casos es menor a décimo de educación básica, que se relaciona directamente con la tipología familiar que es monoparental, ampliada y reensamblada, es decir, que hay factores de estructura, organización

que desfavorecen la protección y la seguridad que debe brindar la familia a sus hijas, proviniendo de hogares con una economía familiar crítica donde los padres buscan en fuentes informales los medios para satisfacer las necesidades básicas, en este sentido los informes de la región explican esta dinámica de manera amplia siendo entonces la pobreza un factor de riesgo importante en las familias con hijas víctimas de explotación sexual (Research Initiative Sexual Violence, 2010). Finalmente, las ciudades de origen donde han sido captadas las adolescentes, corresponden a Quevedo y Machala, en estos casos existen antecedentes de abuso sexual, hecho que se relaciona con la investigación realizada por Mejía (2006).

Conclusión

La explotación sexual comercial hacia las adolescentes, es un problema que pone en relieve fallas estructurales, funcionales, de valores familiares, la sociedad y el Estado. Refleja un entramado de silencios, complicidades, ignorancias, creencias, desigualdades, violaciones y vacíos, que a diferentes niveles confluyen en la vulnerabilidad psicológica, social y familiar de las víctimas.

Las familias de las mujeres adolescentes, pertenecen a los estratos sociales de bajos ingresos, la economía familiar es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de los hijos.

No existe sentido de responsabilidad parental, teniendo la mujer que insertarse en espacios de trabajo con sueldos menores a lo establecido en la ley.

Existe una subvaloración de la educación, los padres no han concluido la educación primaria, en la mayoría de los casos apenas saben leer y escribir, sus hijos se encuentran en la misma situación, perpetuándose así, la pobreza y la marginalidad en dos generaciones. La edad de mayor vulnerabilidad o riesgo es de 15 a 17 años, para las adolescentes víctimas de explotación sexual.

En las familias monoparentales, se evidencian fuertes estereotipos de género, culpa y creencias con las que se intenta justificar las inconsistencias en la educación de los hijos.

Las provincias de mayor captación son Los Ríos y El Oro, siendo importante que se implementen acciones de prevención para disminuir la captación de las adolescentes.

Referencias Bibliográficas

- Ander-Egg, E. (2016). Diccionario de psicología tercera edición. Córdoba: Brujas.
- Ares, P. (2006). Psicología de la Familia. La Habana: Universidad de La Habana.
- Mejía, W. (2006). La utilización de niños, niñas y adolescentes en la prostitución en el Departamento de Risaralda. Pereira: Organización internacional para las migraciones. Misión Colombia.
- Observatorio Colombo Ecuatoriano de Migraciones. (2008). Raíces de la trata de personas. Bogotá.
- Organización internacional para las migraciones . (2011). La trata de personas desde un enfoque de derechos humanos. Quito: Organización internacional para las migraciones .
- Organización Mundial de la salud . (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Primer Congreso Mundial contra ESCI. Estocolmo.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
- Phillip Rice . (2012). Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital. México: PrenticeHall.
- Registro Oficial No. 375. (2006). Plan Nacional para combatir la trata de personas, el tráfico ilegal de

migrantes, explotación sexual laboral y otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niños, niñas y adolescentes, pornografía infantil y corrupción de menores. Quito: Ediciones legales.

Research Initiative sexual violence. (Marzo de 2010). Obtenido de http://www.oas.org/dsp/documentos/observatorio/violencia_sexual_la_y_caribe_2.pdf

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 . Quito: Senplades.

UNDOC. (2014). Informe mundial de la trata de personas. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito.

Familia y educación diabetológica

Dra. Johanna Mabel Sanchez Rodríguez

Universidad Estatal del Sur de Manabí
dramabelsan25@hotmail.com

Lic. Dolores Mirella Cedeño Holguin

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Dr. Javier Tibau Iturralde

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí

Resumen

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica que demanda atención médica perenne y la educación para el autocuidado del paciente en curso de la patología, soporte y apoyo para prevenir las complicaciones agudas y para disminuir el peligro de complicaciones a largo plazo, siendo éste el problema científico de la investigación, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos sobre el cuidado que deben tener las familias de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos, determinando de forma indirecta el desarrollo de la educación diabetológica que poseen. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, no experimental y transversal, retrospectiva, documental, se analizó la participación de la familia en el tratamiento y cuidado del paciente diabético, y su relación con el seguimiento y control de la enfermedad, se obtuvo como resultado principal que la mayoría de casos de diabetes son hereditarios, mantienen una vida sedentaria y consumen poca agua, concluyendo que la educación diabetológica tiene una importante repercusión social, dada por cambios favorables en el estilo de vida en relación con la dieta y la realización de ejercicios físicos, así como el incremento de la cultura sanitaria a las personas con diabetes, individuos en riesgo, familia y población en general.

Palabras clave: Diabetes mellitus, diabetología, insulina, nutrición, ejercicio físico.

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease requiring perennial medical care and education for the patient's self-care in the course of pathology, support and support to prevent acute complications and to reduce the risk of long-term complications, which is the scientific problem Of the research, whose objective was to identify the level of knowledge about the care that the families of patients who have been diagnosed as diabetic should have, indirectly determining the development of the diabetes education they have. The methodology used was descriptive, non-experimental and cross-sectional, retrospective, documental, the participation of the family in the treatment and care of the diabetic patient was analyzed, and its relation with the follow-up and control of the disease was obtained as the main result That the majority of cases of diabetes are hereditary, they maintain a sedentary life and consume little water, concluding that the diabetológica education has a significant social repercussion, given by favorable changes in the lifestyle in relation to the diet and the accomplishment of physical exercises , As well as the increase of the health culture to people with diabetes, individuals at risk, family and population in general.

Keywords: Diabetes mellitus, diabetology, insulin, nutrition, physical exercise.

Introducción

La diabetes fue registrada por los antiguos egipcios, que lo inspeccionaban como una rara condición en la que una persona orina desmedidamente y pierde peso de manera continua. El significado de diabetes mellitus, refleja el hecho de que la excreción urinaria de los enfermos tenía un sabor dulce, lo cual fue conocido por primera vez por el médico griego Aretaeus. Alrededor del año 1776, el médico Matthew Dobson, midió realmente la concentración de glucosa en la micción de los pacientes con esta condición y demostró que sus niveles se encontraban incrementados. La diabetes fue una entidad clínica reconocida cuando el *New England Journal of Medicine and Surgery* fue fundado en 1812 (Department of Medicine University of Chicago, 2017). Su prevalencia en ese momento no estaba documentada, y básicamente no se sabía mucho acerca de los mecanismos responsables de la enfermedad. No existía tratamiento efectivo, y la diabetes era considerada una enfermedad fatal dentro de las semanas a meses luego de su análisis como consecuencia de la deficiencia de insulina.

La enfermedad radica en la resistencia a la insulina y deficiencia de insulina, la diabetes es un trastorno complejo y heterogéneo. La diabetes tipo 1 ocurre con mayor frecuencia o de manera predominante en los jóvenes y tiene como causa la destrucción autoinmune selectiva de la célula de tipo beta de los islotes pancreáticos, que conlleva a la deficiencia de insulina. La diabetes de tipo 2 se presenta con mayor frecuencia, y el gran conjunto de las personas con esta condición tienen sobrepeso u obesidad. La crecida del peso corporal en la generalidad de la población, es el resultado de las dietas ricas en calorías y un modo de vida sedentario, es el componente más importante asociado con la extensión de la prevalencia de la diabetes de tipo 2 (Antonetti, Klein, & Garner, 2012).

Los adultos mayores representan los pacientes más propensos a tener diabetes tipo 2, sin embargo la edad de inicio ha estado bajando en los actuales años, y la diabetes tipo 2 es más habitual entre los adolescentes y adultos jóvenes. Harold Himsworth, propuso en 1936 que muchos pacientes con diabetes tienen resistencia a la insulina en lugar de deficiencia de insulina. (Wild y col., 2014) Ahora se sabe que la resistencia a la insulina es fundamental en la patogénesis de la diabetes tipo 2 y que el padecimiento es resultado tanto de la resistencia a la insulina como de la función de las células de tipo beta del páncreas.

Los patrones de alimentación, combinaciones de alimentos y grupos de alimentos son aceptables en el tratamiento de la diabetes. El uso del sistema de equivalentes es favorecedor en la vigilancia de la glucemia en los pacientes con diabetes mellitus y surgió como instrumento para dar diversidad a la dieta individual de las personas con esta condición. La organización de los menús a través del control de porciones y la potestad de escoger los alimentos para la ingesta es una estrategia segura y efectiva en pacientes diabéticos adultos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

Lo ideal para la persona diabética, es que debe ser referido a un dietista registrado o un nutricionista acreditado, de manera similar debe derivarse a este tipo de profesional para el tratamiento nutricional posterior del diagnóstico (Franz y col., 2013) y para un rastreo continuo de su enfermedad. Otra alternativa para varias personas es la unión a un programa de educación integral de autocontrol de la diabetes, la cual incluye prestación de conocimiento sobre la terapia nutricional a seguir. Por desgracia, gran porcentaje de las personas con diabetes mellitus no reciben ningún tipo de educación diabética ordenada o estructurada, mucho menos aun una terapia de nutrición adecuada (Siminerio y col., 2015). Muchas personas con diabetes, así como su veedor de atención médica, no son conscientes de que estos servicios están disponibles para las personas con este padecimiento (American Diabetes Association, 2013).

La dieta debe contener hidratos de carbono provenientes de cereales, frutas, verduras, granos, leguminosas y productos lácteos. El consumo de hidratos de carbono provenientes de algunos alimentos, debe comunicarse sobre el consumo de fuentes de hidratos de carbono con adición de grasas, azúcares o sodio para poder prevenir el alto consumo. El mayor porcentaje de los hidratos de carbono de la dieta conviene que provengan de granos integrales para que los picos de concentración de glucosa sean más bajos en sangre. Los cereales de tipo grano entero que necesitan ser consumidos realizan su efecto por la baja de la respuesta postprandial de glucosa en sangre, haciendo más lento el vaciado gástrico, lo cual retrasa la digestión del almidón y de la absorción de glucosa procedente del almidón. (American Diabetes Association, 2013) Actualmente se recomienda una cena rica en hidratos de carbono no digeribles lo cual produce la capacidad de reducir la glucosa postprandial después de un desayuno de carga glucémica alta, se cree que esta respuesta es producida por los ácidos grasos de cadena corta (acetato, propionato y butirato) producidos por la fermentación de hidratos de carbono no digeribles por la microbiota colónica (The British Medical Journal, 2010). En las personas con diabetes tipo 2 la proteína ingerida acrecienta la respuesta a la insulina sin elevar las concentraciones de glucosa en el plasma, por lo que no corresponden utilizarse para tratar la hipoglucemia severa pero sí para prevenirla (American Diabetes Association, 2013). Numerosos estudios sobre los efectos del consumo de productos lácteos o sus componentes (calcio, vitamina D y magnesio) en la diabetes mellitus tipo 2, han reportado efectos benéficos del aumento del calcio y de la ingestión de vitamina D en la mejora de la sensibilidad a la insulina y la prevención de diabetes mellitus tipo 2 (Cândido y col., 2013).

Existen actualmente otros factores predictores de complicaciones de la diabetes como la hemoglobina glicosilada, a parte de los niveles de glucosa, la cual es una proteína de la hemoglobina unida a cadenas carbonadas de glúcidos, lo cual se representan como la memoria del tratamiento a seguir por el diabético, lo cual está ligada a la educación del paciente (Eid, Kanaan, Chaaya, & Azar, 2015). La medición de la Hemoglobina glicosilada es un análisis de laboratorio muy utilizado en la diabetes para estar al tanto si el control que cumple el paciente sobre la enfermedad ha sido correcto durante los últimos tres o cuatro meses (American Diabetes Association, 2014).

Los pacientes con intolerancia a la glucosa o con valores de hemoglobina glicosilada de 5.7 a 6.4% deben ser enviados a un programa de apoyo perenne de focalización efectiva para fomentar la pérdida de peso, un aproximado de 7% del peso corporal y aumentar la actividad física de mínimo 150 min / semana de actividad moderada, como el ejercicio de caminata (Kumar, y otros, 2013). El manejo de pacientes con metformina para la prevención de la diabetes tipo 2, consigue ser apreciado en aquellos con intolerancia a la glucosa, insuficiencia renal crónica, o hemoglobina glicosilada de 5.7 a 6.4%, en especial para aquellos pacientes con un IMC > 35 kg / m², edad < 60 años, y las mujeres con diabetes gestacional previa (American Diabetes Association, 2014).

Materiales y métodos

La investigación fue de tipo descriptivo, no experimental, transversal, retrospectiva, documental, se analizó la participación de la familia en el tratamiento y cuidado del paciente diabético, su relación con el seguimiento y control de la enfermedad, la población estuvo constituida por 97 pacientes diabéticos con 44 con afectaciones de diabetes e hipertensión, pertenecientes al cantón Jipijapa de la provincia de Manabí – Ecuador, el proyecto de investigación comprende en el periodo mayo 2015 a mayo del 2017, presentando en este trabajo resultados parciales de la investigación que aún no ha concluido.

Uno de los objetivos de la investigación fue identificar el nivel de conocimientos sobre el cuidado que deben tener las familias de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos, revelando de esta manera la educación diabetológica que se tiene para proponer acciones concretas, propiciando el mejoramiento de su estilo de vida. Se aplicaron encuestas relacionadas, en las cuales una sección correspondía a la participación de la familia en el tratamiento y nociones básicas que debían conocer tanto el paciente como la familia con respecto a la diabetes y los factores de riesgos, que influyen en la salud de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), dentro de ellas la diabetes mellitus, teniendo en cuenta que los problemas relacionados con los inadecuados hábitos dietéticos son los que más afectan a la población incluida en el estudio, se aplica una segunda encuesta para obtener más información al respecto, con el objetivo de dirigir mejor las acciones de salud, que se incluirán en el modelo alternativo de salud y que será propuesto al final de la investigación. La información fue procesada con el software SPSS y con un nivel de significancia $P < 0.05$.

Los pacientes fueron informados previamente de acuerdo con las normas éticas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se obtuvo, el consentimiento informado de los pacientes seleccionados para la investigación. A través de la revisión de historias clínicas, el examen físico, encuestas, visitas al hogar realizadas se obtuvieron los datos personales, hábitos, estilos de vida y evaluación nutricional. A su vez se realizó toma de muestra de sangre venosa en ayuna para la realización de análisis clínicos en el laboratorio, que posteriormente fue evaluados por los respectivos especialistas.

Resultados

Los resultados obtenidos de las encuestas muestran información contundente que permitió identificar el nivel de educación diabetológica que poseen los pacientes diagnosticados con diabetes así como sus familiares más allegados. Se trabajó con una muestra de 141 pacientes (97 con diabetes y 44 con diabetes e hipertensión). La encuesta constó con 23 ítems, de los cuales 5 guardan relación con la familia y la educación diabetológica.

Inicialmente se buscó conocer el tiempo en el que habían sido diagnosticados con diabetes, de los cuales el 10% manifestó que tenían menos de un año de haberles hecho este diagnóstico, el 35% indicó que su diagnóstico había sido dado entre 1 y 5 años; el 24% ya lo sabían desde hace 5 a 10 años, mientras que el 31% concluyó indicando que habían sido diagnosticados hace más de 10 años.

Una pregunta contundente fue aquella que hacía referencia a los antecedentes familiares sobre el padecimiento de la diabetes, ante lo cual se descubrió que el 33% de los pacientes diabéticos tenían antecedentes familiares de esta misma enfermedad y el 28% tenían referencias familiares de casos de hipertensión.

Un dato importante que destacar el consumo de comidas rápidas, ítems que fue incluido también en la encuesta, ante lo cual se determinó que el 84.86% no consume comida rápidas, esto se debe a que en el contexto donde se realizó la investigación no existen muchos establecimientos de comida de esta naturaleza, prevaleciendo el consumo de comida de hogar.

Sobre el consumo de agua, se conoció que el 23.51% toma entre uno y dos vasos de agua diariamente; el 42.23% consumen de 4 a 6 vasos de agua al día; el 32.67% consume la dosis recomendada por los nutricionistas, es decir 8 vasos y más durante un día; un dato preocupante fue que el 1.59% manifestó que no consume agua.

Finalmente, la última pregunta de esta sección de familia y educación diabetológica hizo referencia sobre la frecuencia con la que los pacientes diabéticos realizan actividad física, identificando que solamente el 29.48% lo hacen todos los días, mientras que el resto lo hace de manera esporádica pocas veces a la semana y lo realmente impactante es que el 33.86% manifestaron que nunca realizan actividad física, es decir que llevan una vida totalmente sedentaria.

Discusión

Investigaciones internacionales demuestran claramente que es posible, mediante un adecuado tratamiento, retrasar o incluso prevenir las complicaciones a largo plazo de la enfermedad, siendo uno de los pilares principales la educación diabetológica, considerada la piedra angular para el control de estos pacientes, ya que la diabetes mellitus es una entidad nosológica que exige una mayor participación por parte del enfermo, éste debe hacerse las pruebas de Benedict e Imbert, ingerir tabletas o inyectarse y responsabilizarse con la dieta indicada, pero esta participación será poco probable si antes no se ha cumplido todo un proceso educacional, encaminado a lograr un estilo de vida propio de la condición diabética.

Han sido ensayados diferentes métodos para adiestrar idóneamente al individuo y su familia en el control de su afección, particularmente en cuanto a aspectos relacionados con el cumplimiento de las exigencias nutricionales que no sólo concierne al enfermo, sino también a la familia y a la comunidad.

En este empeño se requiere un acercamiento a las personas para dirigir el aprendizaje, así como tratar el problema integralmente, tomando en cuenta la forma de pensar, las ansiedades, las creencias de salud de esas personas, el entorno familiar y social en el cual se desarrolla su vida diaria.

Con el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, logrado por la existencia del médico y enfermera de la familia, están sentadas todas las condiciones para la educación continua de los diabéticos, personas con riesgos y población en general, ya sea a través del contacto individual o de pequeños grupos donde se usa la participación interactiva para identificar las necesidades, dificultades personales, así como buscar diferentes vías de solución a partir de la experiencia cotidiana del grupo.

Por todo lo anteriormente expresado, los autores del presente trabajo se han sentidos motivados a realizar esta investigación con la finalidad de describir la repercusión social de la educación diabetológica en las personas con diabetes mellitus y sus familias más allegadas.

Conclusiones

Aunque la diabetes todavía se asocia con una esperanza de vida reducida, la perspectiva para los pacientes con esta enfermedad ha mejorado dramáticamente, los pacientes llevan generalmente vidas activas y productivas por muchas décadas después de que se ha hecho el diagnóstico. Existen muchas terapias eficaces para tratar la hiperglucemia y sus complicaciones. El estudio de la diabetes, los aspectos relacionados del metabolismo de la glucosa ha sido un terreno tan fértil para la investigación científica que 10 científicos han recibido el Premio Nobel para las investigaciones relacionadas con la diabetes desde 1923. Por lo tanto, como resultado de los esfuerzos de los últimos 200 años, hay muchas buenas noticias para informar sobre la diabetes.

La educación diabetológica tiene una importante repercusión social, dada por cambios favorables en el estilo de vida en relación con la dieta, la realización de ejercicios físicos, el abandono del hábito de fumar y de la ingestión de bebidas alcohólicas, así como el incremento de la cultura sanitaria a las personas con diabetes,

individuos en riesgo, familia y población en general; previene o retrasa las complicaciones a largo plazo en los pacientes afectos y eleva la esperanza de vida de estas personas, también proporciona mejor control metabólico y cambios positivos en los principales indicadores clínicos (reducción del peso corporal en los sobrepesos u obesos y reducción de la tensión arterial); reduce los ingresos hospitalarios con la consiguiente disminución de los costos que esto implica (en alimentación, medicamentos, pérdidas de días laborables, entre otros); mejora la economía del paciente y de su familia (se reducen los gastos empleados en la adquisición de medicamentos); aumenta el nivel de conocimientos, destrezas y habilidades para poder convivir con su enfermedad, mejorando la calidad de vida de estas personas.

Referencias Bibliográficas

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Dietoterapia y alimentos pacientes con diabetes mellitus*. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D. F.
2. American Diabetes Association. (2008). Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study. *Diabetes Care*.
3. American Diabetes Association. (Noviembre de 2013). Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care*.
4. American Diabetes Association. (Enero de 2013). Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*.
5. American Diabetes Association. (Marzo de 2014). International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*, 14-18.
6. American Diabetes Association. (Marzo de 2014). Prevalence of Diabetes and High Risk for Diabetes Using A1C Criteria in the U.S. Population in 1988–2006. *Diabetes Care*, 112-116.
7. Antonetti, D., Klein, R., & Garner, T. (2012). Mechanisms of Disease Diabetic Retinopathy. *The New England Journal of Medicine*.
8. Cândido, F., Silva, W., & Gonçalves, R. (Septiembre de 2013). Dairy products consumption versus type 2 diabetes prevention and. *Nutrición Clínica*, 28(5).
9. Department of Medicine University of Chicago. (Marzo de 2017). The Past 200 Years in Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 52-60.
10. Eid, J., Kanaan, M., Chaaya, M., & Azar, T. (Abril de 2015). Fluctuations in glycosylated hemoglobin (HbA1C) as a predictor for the development of diabetic nephropathy in type 1 diabetic patients. *International Journal of Diabetes Mellitus*, 2, 23-38.
11. Franz, M., Powers, M., & Leontos, E. (Marzo de 2013). The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2 diabetes in adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33, 88-92.
12. Kumar, P., Bhansali, A., Ravikiran, M., Bhansali, S., Dutta, P., Thakur, J., . . . Bhadada, S. (Junio de 2013). Utility of glyated hemoglobin in diagnosing type 2 diabetes mellitus: a community-based study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6, 72-78.
13. Siminerio, L., Piatt, G., & Zgibor, J. (2015). Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Education*.
14. The British Medical Journal. (Agosto de 2010). Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *The British Medical Journal*, 341.
15. Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (Mayo de 2014). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 74-78.

Crecimiento postraumático en mujeres universitarias

Javier Óscar Mogrovejo

Universidad de Guayaquil
javier.mogrovejog@ug.edu.ec

Victoria Michelle Zambrano

Universidad de Guayaquil
victoria.zambranof@ug.edu.ec

Luis Eduardo Maquilón

Universidad de Guayaquil
luis.maquilonni@ug.edu.ec

Resumen

Las vivencias que experimentan las personas producen transformaciones en su vida, éstas colaborarán en la realización personal o provocan situaciones traumáticas que limitan la productividad, relaciones interpersonales y el propio existir. El objetivo “es identificar en mujeres víctimas de violencia física o sexual, los principales aspectos en las cuales obtuvieron el crecimiento postraumático”, el método que se usó consistió en: 1. Identificación del hecho traumático por medio de la entrevista clínica; 2. Exteriorización asertiva del trauma utilizando habilidades sociales; 3. Confrontación imaginaria del sujeto con el dolor producido de su vivencia negativa; 4. Construcción de una realidad subjetiva empoderada expresada en una narrativa más funcional. Un aspecto importante del procedimiento consistió en la actitud terapéutica del no saber; al final del proceso se le aplicó el Índice de Crecimiento Postraumático de Calhoun y Tedeschi para conocer en qué área hubo realmente un cambio positivo. El principal resultado fue que las mujeres de la muestra tenían valoración personal empobrecida, relaciones disfuncionales, emergencia de emociones básicas (miedo, enojo, tristeza, asco) y sociales (culpa). Se concluye que las usuarias que mostraron apertura al cambio mejoraron en su autovaloración y obtuvieron mayor comprensión de la problemática vivida.

Palabras claves: “Crecimiento postraumático, terapia, trauma, mujeres universitarias”.

Abstract

The situations experienced in people produce transformations in their lives, these will collaborate in personal fulfillment or provoke traumatic situations that limit productivity, interpersonal relationships and existence itself. The objective is to identify in women victims of violence (physical, sexual) that attended to clinical consultation the main aspects in which they obtained the post-traumatic growth. The method used consisted of: 1. Identification of the traumatic event through the clinical interview; 2. Assertive externalization of trauma using social skills; 3. Imaginary confrontation of the subject with the pain produced by his negative experience; 4. Building an empowered subjective reality expressed in a more functional narrative. An important aspect of the procedure was the therapeutic attitude of not knowing; At the end of the process the Calhoun and Tedeschi Post-Traumatic Growth Index was applied to know in which area there was actually a positive change. The main result was that the women in the sample had impoverished personal assessment, dysfunctional relationships, emergence of basic emotions (fear, anger, sadness, disgust) and social (guilt). It was concluded that users who showed openness to change improved their self-assessment and obtained a better understanding of the problems they experienced.

Keywords: Post-Traumatic Growth, traumatic situations, therapy.

Introducción

Trauma es “uno de los trances más duros a los se enfrentan algunas personas”¹, la psicología clínica y psiquiatría lo conceptualizan como “vulnerabilidad”²; puede “producir una visión negativa de sí mismo y del mundo”³, las características del trauma son: “depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas auto lesivas, comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales, en las relaciones íntimas (incluidos familiares), preocupaciones somáticas, desesperación o desesperanza”⁴, el trauma supone un quiebre en el “sentimiento de seguridad de la persona, de rebote, en el entorno familiar”⁵. “Un porcentaje importante de personas tras un hecho traumático cambia”⁶ aunque no todas las personas tienen el mismo comportamiento ante una situación traumática, algunos optan por hacer como si no existiera, otras se mortifican haciendo actividades para evitar pensar o sentir en el hecho sucedido, algunas esperan que otro le resuelva las consecuencias de lo traumático y por último se puede decir que hay sujetos que toman la iniciativa de aprender de su vivencia, puesto que el “dolor posee un componente social”⁷.

Las víctimas sufren un “malestar emocional a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano (...) los sucesos traumáticos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona, dejan a la víctima con una sensación de soledad y en una situación emocional que frecuentemente es incapaz de afrontar con sus recursos psicológicos habituales”⁸. Hay que buscar “ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas que lo perturban dura más de 4 a 6 semanas, cuando hay un cambio negativo en el funcionamiento cotidiano o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas”⁹. El terapeuta socioconstruccionista se centra en la narrativa, historia, relaciones del usuario, por este motivo es importante entrenarse en “la percepción sutil del modo de funcionamiento psicológico y del funcionamiento biológico del paciente, como respira, los cambios en la coloración de su piel, la activación emocional o los micro-movimientos que acompañan a la narración verbal”¹⁰.

Estudios evidencian que existe una relación entre el crecimiento postraumático y la personalidad “personas que presentan mayor crecimiento son optimistas, es decir, se perciben a sí mismos como capaces de imaginar formas de lograr sus objetivos personales, presentan rasgos de esperanza”¹¹, se señala que “la actividad cognitiva y apoyo social percibido como favorecedores del crecimiento postraumático”¹², investigaciones hablan de la retroactividad la misma que “plantea la acción retardada de ciertos sucesos que sólo tendrán su manifestación efectiva ‘a posteriori’, una vez que se han producido ciertos cambios que alteran las huellas que tales sucesos han dejado, según este modelo la terapia abarca impacto y destitución subjetiva, atravesamiento del dolor, extracción del dolor, articulación del discurso e inmersión del dolor con la imagen del psicoterapeuta, acto de corte, caída y reintroducción del dolor como objeto velado”¹³; otros trabajos refieren que las “relaciones entre Crecimiento Postraumático y Calidad de Vida son complejas, los modelos teóricos encuentran relaciones indirectas entre ambas variables a partir de las investigaciones realizadas en emociones positivas”¹⁴.

El Área de Psicología Clínica de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Santa Elena UPSE, en el año 2013 desarrolló actividades de promoción de la salud que sirvieron para que los estudiantes se acerquen a buscar ayuda psicológica clínica, donde se evidenció traumas producidos por violencia física, sexual que afectaron su desarrollo personal, interpersonal, académico. Los modelos psicológicos tradicionales se centran en los efectos del trauma y por medio de técnicas terapéuticas - psicofármacos buscan paliar los síntomas dejando a un lado la participación del usuario, en contraposición el socioconstruccionismo busca que las personas construyan

narrativas funcionales donde la verdad interiorizada del trauma sea desconstruida generando así autonomía, logrando co-construir nuevas realidades.

El enfoque del Crecimiento Postraumático busca el “cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (...) el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa (...) despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas, promueve conductas de ayuda (...) apreciar el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas”¹. Lo relevante de este trabajo es el hecho de que las usuarias se dieran la solución, realicen el trabajo de superación del trauma por sí mismas con la adecuada asistencia psicológica. Se estableció la confidencialidad, el hecho de que no exista diferencia jerárquica entre la persona que solicita el servicio y el profesional, puesto que también el presente trabajo sirvió al psicólogo para desaprender un modelo tradicional de abordaje y adquirir uno más flexible.

Método

Población: mujeres atendidas en psicología clínica en los años 2013, 2014 y 2015. **Muestra:** 4 mujeres atendidas en psicología clínica por violencia física, sexual, el criterio de muestreo fue por conveniencia, los criterios de selección fueron: voluntariedad de las participante, el hecho de que no sea un hecho traumático reciente (entiéndase no menor a seis meses), que tengan un rango de edad entre 20 a 35 años, sin importar el estado civil, el lugar donde se realizó las sesiones fue el consultorio de psicología clínica por la privacidad, el período de duración fue desde el año 2013 al 2015; las características de los sujetos participantes fueron estudiantes femeninas matriculadas, víctimas de violencia.

El diseño de investigación utilizado, fue cualitativa interpretativa fenomenológica puesto que se centró en los significados que las usuarias le dieron a la situación traumática. Las categorías estudiadas, fueron crecimiento postraumático y violencia, el modo de recolección de los datos fue la entrevista, también se aplicó al final de las sesiones psicoterapéuticas el Inventario de Crecimiento postraumático. Instrumento: Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996) evalúa la “percepción de beneficios de un suceso traumático (...) contiene 21 ítems y 5 dimensiones. 1: «relación con los demás» la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren, muestra la voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes ha ignorado. 2: «nuevas posibilidades» cambio en los intereses o actividades. 3: «fuerza personal» la persona siente que ha sobrevivido a lo peor, confirmando con ello su fortaleza, se siente segura de sí misma, capacitada para superar dificultades. 4: «cambio espiritual» búsqueda de significado de la vida y planteamientos existenciales de la persona. 5: «apreciación por la vida» actitud más relajada ante la vida, cambio en el estilo de vida”¹⁵.

Procedimiento: El objetivo fue identificar en mujeres víctimas de violencia física - sexual que asistieron a consulta clínica los principales aspectos en las cuales obtuvieron el crecimiento postraumático. Las fases: 1. Identificación del hecho traumático por medio de la entrevista clínica, en este aspecto se explora a profundidad la situación traumática; 2. Exteriorización asertiva del trauma utilizando habilidades sociales, se reflexiona con la persona la importancia de la asertividad como elemento indispensable en la obtención de salud y autorespeto; 3. Confrontación imaginaria del sujeto con el dolor producido de su vivencia negativa, una vez que sabe cómo expresar adecuadamente su dolor se le pide que dialogue con lo que generó su trauma para que de esta forma exteriorice y cambie las emociones negativas; 4. Construcción de una realidad subjetiva empoderada expresada en una narrativa más funcional, en este último aspecto se le pide que se visualice como le gustaría ser de ahora en adelante. Al final de todo el proceso, se aplicó el Inventario de Crecimiento

Postrumático. Un aspecto importante en el desarrollo de los encuentros, que favorece el proceso de cambio fue el acompañamiento del psicólogo clínico que pudo dialogar con cada una de ellas, de esta forma devolver la información de las usuarias para que ellas mismas puedan lograr identificar de forma consciente que existía un elemento desencajado de su vida, que estaba en el momento presente paralizando sus metas, afectos pensamientos, acciones y en última instancia su propia vida. Este proceso se realizó con personas que han sufrido trauma no reciente, entendiéndose esto último como un lapso de seis meses.

Resultados y discusión

Desde una perspectiva cualitativa para la comprensión del fenómeno de la violencia y ver si se produjo un cambio después de las sesiones, se procedió a seleccionar de las entrevistas frases significativas, que serían *codificadas* los aspectos contenidos en ellas están en relación con la autoimagen, autoestima, elección inadecuada, relación interpersonal, creencias y emociones negativas. La reflexión de los códigos antes mencionados produjo *categorías de análisis* que están relacionadas con la autovaloración, interrelaciones y emociones emergentes. Posteriormente, las categorías servirán para llegar a un *tema central* que será el constructo principal y aportación del trabajo de investigación en el caso concreto de este estudio hace referencia a la afectación del sí en lo relacional. (Véase tabla 1).

Tabla 1. Tabla de categorización diagnóstica

Tema central	Categorías	Códigos
Afectación del sí mismo y su dimensión interrelacionar en mujeres universitarias víctimas de violencia que han vivido un evento traumático.	Autovaloración empobrecida después de situación traumática (A)	Imagen deteriorada de sí misma (A1) Sentimientos de minusvalía personal (A2)
	Relaciones interpersonales disfuncionales deterioradas por violencia o vivencia traumática (B)	Elección de parejas inadecuadas (B1) Relaciones interpersonales violentas (B2) Creencias irracionales en relación a sus afectos compartidos con otros (B3)
	Emociones emergentes vivenciados en el trauma (C)	Miedo (C1) Tristeza (C2) Asco (C3) Culpa (C4)

Autor: Mogrovejo J., 2017

Fuente: Bienestar Estudiantil UPSE

En el Inventario de Crecimiento Postraumático de los 21 ítems de la prueba, se evidenció que en 11 aspectos habían mejorado las usuarias después de las sesiones. (Véase tabla 2)

Tabla 2. Aspectos de crecimiento postraumático

Ítem del Inventario	Categoría	Porcentaje
Tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida (2) A1	Autoestima (A)	100%
He desarrollado nuevos intereses (3) A2		
Me abrí un nuevo camino en mi vida (7) B1	Autonomía (B)	
Me siento más autosuficiente (4) B2		
Sé que puedo enfrentar dificultades (10) B3		
Estoy capacitado para mejorar mi vida (11) B4		
Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba (19) B5		
Siento mayor apreciación por cada día de mi vida (13) C1	Asertividad (C)	
Puedo ver más claramente que puedo contar con otras personas en tiempos difíciles (6) D1	Empatía (D)	
Me siento más cercano/a, allegado/a, a otras personas (8) D2		
Me esfuerzo más en mis relaciones personales (16) D3		

Autor: Mogrovejo J., 2017

Fuente: Bienestar Estudiantil UPSE

A partir de las respuestas que coincidieron todas las usuarias del Inventario de Crecimiento postraumático, se tomaron a criterio del investigador, cuarto ítem de la prueba, los mismos que fueron codificados para posteriormente definir categorías de reflexión que llevarán al tema central que será el segundo resultado importante de este estudio. (Véase tabla 3)

Tabla 3. Principales ámbitos de crecimiento postraumático después de la psicoterapia

Tema central	Categorías	Códigos
Desarrollo de la capacidad para autovalorarse, expresarse con libertad responsable, obtuvieron mejor comprensión de las realidades problemáticas personales y de los demás.	Capacidad para valorarse a sí mismo en su dignidad e integridad (A)	Autoestima (A1)
	Ser dueño de su forma de pensar, sentir, hacer y decir. (B)	Autonomía (B1)
		Asertividad (B2)
Mayor comprensión con las realidades problemáticas personales y de los demás. (C)		Empatía (C1)

Autor: Mogrovejo J., 2017

Fuente: Bienestar Estudiantil UPSE

Se destacan los siguientes aspectos obtenidos de las entrevistas:

Valor personal empobrecido después de la situación traumática “me considero como la basura”.

Relaciones interpersonales disfuncionales deterioradas por violencia o vivencia traumática “él se llevaba mi vida, era como una zombi, una muerte sin vida” “Es el hombre que tengo, tiene que estar el resto de mi vida, si viene otro no me va a valorar, porque ya estoy usada”.

Emociones emergentes vivenciados en el trauma “terminó el aborto. ¿el bebé Dr.? Dijo que era sólo sangre y que la había botado a la basura, me puse fuerte y no lloré”.

La afectación del sí mismo, su dimensión interrelacionar en mujeres universitarias víctimas de violencia que han vivido un evento traumático, eran aspectos de una realidad que no se habían dado cuenta, que generaba múltiples consecuencias en el aquí y el ahora, sólo cuando ellas llegaban a tomar conciencia se empoderaban, deseaban transformarlo, aceptando así voluntariamente pasar a la psicoterapia, la misma que fue propuesta como un acompañamiento y no desde la perspectiva de la experticia.

El crecimiento postraumático en mujeres víctimas de violencia de la Universidad Península de Santa Elena, 2013-2015 presentó las siguientes características:

Capacidad para valorarse a sí misma en su dignidad e integridad “tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida”.

Ser dueño de su forma de pensar, sentir, hacer y decir “puedo expresar mis emociones con más facilidad”.

Mayor comprensión con las realidades problemáticas personales y de los demás “siento mayor compasión por los demás”.

Esta información obtenida después del proceso terapéutico, nos hizo reflexionar sobre el hecho de que las personas que han pasado por experiencia traumáticas (más de 6 meses), al pasar el tiempo pueden tener un crecimiento personal, si hay un acompañamiento adecuado por parte del profesional, elementos de calidad de vida, aspectos de una personalidad madura y un contexto adecuado con sus respectivas redes de apoyo. El terapeuta es importante que desarrolle la actitud de evitar presentarse como en experto, sino mantener la postura del que da todo el saber al usuario, que es el único que sabe la realidad subjetiva de su problemática. En la práctica profesional, el crecimiento postraumático de las mujeres que sufrieron violencia serviría para optimizar el tiempo de extensión del tratamiento psicológico, obteniendo el desarrollo de capacidades deterioradas por el impacto emocional fuerte que vivieron en su vida.

En relación a la inconsistencia de la metodología o limitaciones del estudio, se puede mencionar que está centrado en personas que sufrieron trauma y que no todas se expresan libremente de un hecho doloroso o no desean tocar esos temas, porque generan sensaciones tanto físicas como psicológicas desagradables. Existen investigadores como Tedeschi y Calhoun que empezaron a profundizar en los aspectos del trauma, pero no en los síntomas sino en el hecho de que existen personas que sus traumas le sirvieron para tener una perspectiva diferente de la vida y no solo resiliencia, sino la oportunidad del cambio personal, en sus relaciones y el sentido de su filosofía de vida. Se podría realizar futuras investigaciones con una clasificación de diversos traumas ya sean físicos, por accidentes, secuestros, pérdidas de seres queridos o catástrofes, puesto que éste

estudio se centró en mujeres víctimas de violencia las mismas que sufrieron maltrato sexual. Además, se podría investigar si existe crecimiento postraumático y cómo se caracteriza en los hombres.

Referencias bibliográficas

- Vera Poseck B, Vecina Jiménez M L, Carbelo Baquero B. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo 2006;27(40-49). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2017.
- Vasquez, C. y Pérez, S. P. (2003). Emociones positivas, traumas y resistencia. *Revista Ansiedad y Estrés* 2003, 9 (2 - 3), 231 - 254. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235413380_Emociones_positivas_trauma_y_resistencia
- Páez, D., Vázquez, C., Serena, B. Gasparre, A., Iraurgi, S. I. (s.f.). Crecimiento post estrés y post trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos, capítulo 9. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2011-Crecimiento_postestres_y_trauma_\(Paez_Vazquez_et_al\).pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2011-Crecimiento_postestres_y_trauma_(Paez_Vazquez_et_al).pdf)
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Echeburúa, E. De Corral, P. y Amor, P. (2001). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicotema* Vol. 14. Recuperado de <http://www.psicothema.com/PDF/3484.pdf>
- Martínez, M. A., Gengler, L. J. (2016). Trabajo de Revisión: El dolor desde la perspectiva constructora, analítico existencial y desde la psicoterapia corporal. *Psiquiatría y Salud Mental*, XXXIII, N° 1/2, 71 - 74. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/wp/wp-content/uploads/2016/06/12_dolor_perspectiva_constructora.pdf
- Eiroa, O. F. J., Tasqué C. R., Fidel K. G., Giannoni-Pastor, A. y Argüello A. J. M. (2012). Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica*, 9(2), 47-58 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4103>
- Echeburúa, E. y Cruz S. M. (2015). De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso. *Revista de Victimología*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/447305>
- Iurramendi A. Y. (2016) El tratamiento de la psicoterapia en personas que han sufrido una experiencia traumática. [Monografía]. Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_yennifer_iurramendi.pdf
- Salvador, M. El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, Vol. 20, N° 80, 2009, pp. 5 -16. Recuperado de <http://www.idae-emdr.com/descargas/El%20trauma%20psicologico,%20un%20proceso%20neurobiologico%20con%20consecuencias.pdf>
- Aviles, M. P. (2013). Relación entre Crecimiento Postraumático, Afrontamiento y Rumiación. (Tesis maestría). Recuperado de http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1615/Tesis_Relacion_entre_Crecimiento_Postrumatico.Image.Marked.pdf?sequence=1
- Costa, G. y Gil, F. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Revista Psicooncología* 5 (1), 27-37. doi:10.5209/rev_PSIC.2008.v5.n1.16339
- Marugán, K. J. (2016). Las cinco fases de la intervención psicoterapéutica frente al trauma. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 11, 343-353. doi:10.5209/ARTE.54137

Esparza B. T., Martínez T. T., Leibovich F. N., Campos R. R., y Lobo S. A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(2-3), 303-314. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51011

Esparza, B. T., Leibovich, F. N., Martínez, T. T. (julio, 2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Revista de Ansiedad y Estrés* 22, 97-103. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793716300240>

CAPÍTULO VIII

TENDENCIAS EDUCATIVAS EN MEDICINA



Aprendizaje reflexivo en el ciclo básico de la carrera de Medicina, Universidad Regional Autónoma de los Andes

Dra. Ronelsys Martínez Martínez

Universidad Regional Autónoma de los Andes – UNIANDES

rone122010@gmail.com

Resumen

El pensamiento reflexivo y crítico es trascendental para desarrollar cualquier profesión, no obstante, resulta esencial para el desarrollo científico de la profesión médica. Proponer una estrategia metodológica para el desarrollo del aprendizaje reflexivo en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina. Se realizó un estudio observacional descriptivo que tuvo como población 25 docentes del Ciclo Básico de la Carrera de Medicina, no se seleccionó muestra. El método expositivo (50,7%); la conferencia (61,3%); el uso del proyector (94,7%) y diapositivas (92,0%) predominaron en el proceso de aprendizaje; solo el 1,3% de los docentes realizaron evaluación diagnóstica y se descuidó la interactividad y activación del conocimiento. Se evidenció un proceso de aprendizaje alejado de las tendencias constructivistas y conectivistas, lo cual constituye un reto no solo para la UNIANDES, sino para la universidad ecuatoriana. En tal sentido se diseñó una estrategia de intervención que tributa al desarrollo del aprendizaje reflexivo en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina.

Palabras claves: Aprendizaje reflexivo, teorías del aprendizaje, educación médica, proceso de aprendizaje.

Abstract

Reflective and critical thinking is transcendental to exercise of any profession, however, it is essential for the scientific development of the medical profession. To propose a methodological strategy for the development of reflective learning in the Basic Cycle of the career of medicine. Was carried out a observational descriptive study that had as population 25 teaching of the Basic Cycle of Medicine, shows was not selected. The exhibition method (50.7%); the conference (61.3%); the use of the projector (94.7%) and slides (92.0%) predominated in the process of learning; only the 1.3% of them teaching conducted assessment diagnostic and is neglected the interactivity and activation of the knowledge. Was showed a process of learning remote from constructivist and connectivist trends, which constitutes a challenge not only for the UNIANDES, but for the university ecuatorian. In this sense was designed an intervention strategy which taxed to the development of reflective learning in the basic cycle of the career of medicine.

Keywords: Reflective learning, learning theories, medical education, learning process.

Introducción

Desde una visión filosófica, la pedagogía incluye el hecho que la concepción de saber y cultura está inmersa y determinada por circunstancias sociales, económicas y políticas; es por ello que la organización educativa partirá de la concepción que se tenga del hombre, de la sociedad y del mundo en general (Santos, 2015); por tanto la principal interrogante de la pedagogía descansa en una concepción filosófica del hombre, que permite establecer lo que se desea obtener con la educación, tipo de hombre a formar en una sociedad e ideología vigente, siendo ese concepto de hombre y humanidad lo que se denomina “Humanismo” (Santos, 2015; Montes 2015).

En el afán de formar a ese hombre en el contexto social en el cual existe, aparece un concepto relativamente nuevo: “La Sociedad del Aprendizaje Actual” (De Corte, 2014).

Esta definición acepta el hecho que el aprendizaje es una actividad continua a lo largo de la vida; los aprendices tienen la responsabilidad de su propio progreso; el seguimiento está concebido para confirmar el progreso antes que para sancionar el fracaso; se reconoce la competencia personal y los valores compartidos; el espíritu de equipo; la búsqueda de conocimiento y el aprendizaje como una sociedad entre estudiantes, profesores, padres, y empleados entre otros (Navidad, 2015).

Revisando los repositorios electrónicos de las principales universidades del Ecuador, se constata que la temática referente a las teorías y entornos de aprendizaje han sido poco estudiados, a pesar de su relevancia dado por el vertiginoso desarrollo de la informática y el impacto social de la misma, como plataforma del proceso de aprendizaje.

En el estudio titulado “Mejorando la Enseñanza de las Ciencias a Nivel Universitario: estudio cualitativo de investigación-acción”, realizado en la Universidad San Francisco de Quito en el año 2006; arrojó que las mejores prácticas trabajadas durante los cursos de ciencias, como son el aprendizaje significativo, la interdisciplinariedad y la conexión entre los temas abordados, promovieron un mejor aprendizaje de la ciencia. A su vez se comprobó que al implementar el diseño de “Backward Design”, se cumplieron los objetivos del curso.

Por su parte otra investigación cuyo título fue: “Determinación de los Estilos de Aprendizaje de Estudiantes de Primer Curso de Ingeniería Industrial y Electrónica de la Universidad Técnica del Norte. Ibarra. Ecuador”, dio cuenta que los estilos de aprendizaje pragmáticos y activos de los estudiantes de dicha universidad resultaron similares a los encontrados por otros autores, no así en cuanto a las preferencias por estilos de aprendizajes teóricos y reflexivos donde hubo preferencia inferior a la que se recoge en bases de datos internacionales (Aiello et al, 2015).

En la actualidad la educación se ha re-direccionado a la teoría del aprendizaje conectivista, la misma se define como *la integración de principios explorados por las teorías de caos, redes, complejidad y auto-organización* (Siemens, 2004).

Esta teoría del conectivismo supera los déficits de las tres grandes teorías existentes sobre el aprendizaje, en base a tres grandes corrientes del pensamiento y de la ciencia de la sociedad actual: la teoría del caos, la de la complejidad y la de redes auto-organizadas. A su vez el conectivismo emerge como consecuencia de la era digital, superando las limitaciones de los paradigmas previos, el conductismo, el cognitivismo y el constructivismo; haciendo énfasis en la tendencia a permanecer conectados (Alcaraz, 2014).

El objetivo del presente trabajo es proponer una estrategia metodológica para el desarrollo del aprendizaje reflexivo en del Ciclo Básico de la Carrera de Medicina.

Métodos

La modalidad de la investigación tiene un carácter Cuantitativo – Cualitativo: Se orienta a la comprensión de un fenómeno social basado en la realidad, sin introducir ni manipular el factor causal o de riesgo para la determinación posterior del efecto, revelando las características que conforman la problemática investigada en todo su contexto, sin dejar de lado el análisis cuantitativo que requiere para desarrollar un estudio estadístico de los datos recolectados, que permitan no sólo la descripción numérica de los hechos, sino también la explicación de las conexiones causa-efecto.

Se utilizó un diseño de tipo transversal con el propósito de recolectar datos, describir variables y analizar incidencia e interrelación en un momento dado.

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva porque recoge información de manera conjunta sobre las variables que se analizan en cada parámetro y explicativa porque se orienta a responder el grado de incorporación del aprendizaje reflexivo en la práctica docente del ciclo básico de la carrera de medicina en la Universidad Regional Autónoma de los Andes.

Se utilizaron primeramente los métodos teóricos: Histórico – Lógico, Análisis – Sintético, Inducción – Deducción, partiendo del análisis documental para indagar, profundizar en las bibliografías y recepcionar información sobre el objeto a investigar. Además se revisó la literatura sobre el Proceso de Enseñanza-Aprendizaje, todas de actualidad en el ámbito nacional e internacional. Durante todo este análisis documental se manejaron otros métodos del nivel teórico como:

Población y muestra

Se tomó como referencia los 25 docentes que imparten las asignaturas contenidas en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina, acorde a la malla curricular vigente. No se seleccionó muestra, se trabajó con la totalidad de la población.

En esta investigación se trabajó con los 25 docentes que imparten las asignaturas contenidas en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina acorde a la malla curricular vigente. El periodo de estudio estuvo comprendido entre los meses de marzo a septiembre del año 2014.

Técnicas e Instrumentos de la investigación

Consulta de observación, ésta estuvo dirigida a los docentes del Ciclo Básico de la Carrera de Medicina, fue realizada en tres momentos: en la primera semana de clases del semestre, una vez terminado el segundo examen parcial y en la última semana de clases; la misma fue efectuada sin previo aviso al docente, con el objetivo de conocer sin ningún tipo de sesgo su desempeño habitual.

Resultados

Tabla 1. Metodologías de aprendizaje en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDÉS, marzo a septiembre 2014.

Metodologías de aprendizaje	n.	%
Aprendizaje colaborativo	12	16,0
Aprendizaje basado en problemas	8	10,7
Aprendizaje basado en proyectos	5	6,7
Aprendizaje basado en evidencias	4	5,3
Método de caso	8	10,7
Método expositivo	38	50,7
Total	75	100

Fuente: Consulta de observación.

Como se puede observar existió un amplio predominio del método expositivo (n=38, 50,7%) sobre el resto de las metodologías, en un segundo lugar se ubicó el aprendizaje colaborativo (n=12, 16%)

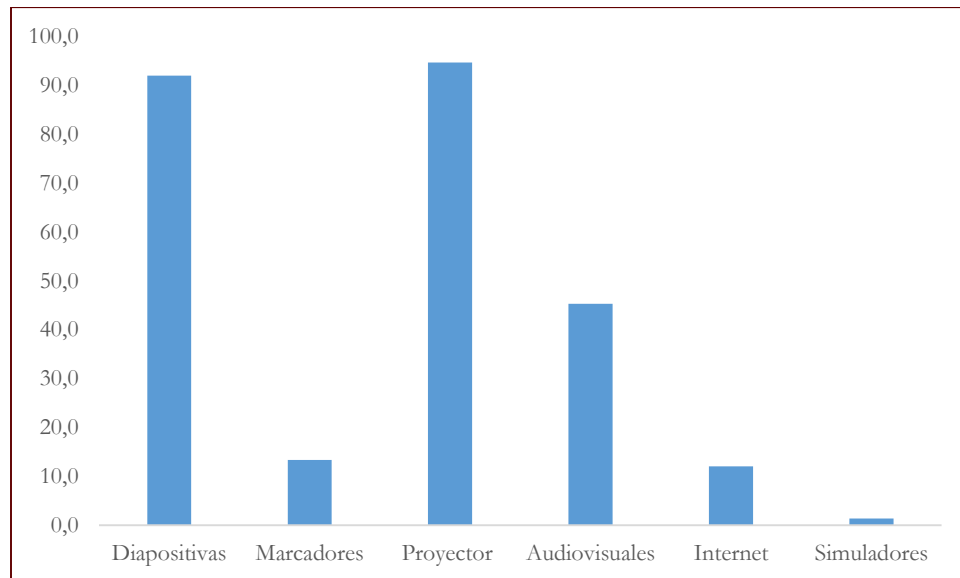
Tabla 2. Recursos didácticos en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES, marzo a septiembre 2014.

Recursos didácticos	n	%
Diapositivas	69	92,0
Marcadores	10	13,3
Proyector	71	94,7
Audiovisuales	34	45,3
Internet	9	12,0
Simuladores	1	1,3

Fuente: Consulta de observación.

Los recursos didácticos más utilizados fueron las diapositivas (n=69, 92,0%) y el proyector (n=71, 94,7%).

Gráfico No. 1. Recursos didácticos en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES



Fuente: Consulta de observación.

Tabla 3. Estrategias educativas en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES, marzo a septiembre 2014.

Estrategias educativas	n	%
Prácticas en laboratorio	4	5,3
Simulación	1	1,3
Mapas conceptuales	8	10,7
Conferencias	46	61,3
Demostraciones	1	1,3
Trabajo en grupo	8	10,7
Seminarios	7	9,3
Total	75	100,0

Fuente: Consulta de observación.

Las estrategias educativas estuvieron centradas ampliamente en la conferencia (n=46, 61,3%).

Tabla 4. Tipos de evaluación en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES, marzo a septiembre 2014.

Tipo de evaluación	n	%
Diagnóstica	1	1,3
Formativa	23	30,7
Sumativa	51	68,0
Total	75	100,0

Fuente: Consulta de observación.

La realización de la evaluación diagnóstica fue de (n=1, 1,3%). La evaluación formativa (n=23, 30,7%) y sumativa (n=51, 68,0%).

Tabla 5. Estructura de la actividad docente en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES, marzo a septiembre 2014.

Estructura de la clase	n	%
Segmento de interactividad	3	4,0
Activación del conocimiento previo	4	5,3
Debate	36	48,0
Exploración de la comprensión lograda	11	14,7
Asignación de tarea con recapitulación	15	20,0

Fuente: Consulta de observación.

El análisis de la estructuración de la actividad docente permitió conocer que el debate se evidenció en 36 visitas, para un 48%, la interactividad (n=3, 4,0%) y la activación del conocimiento (n=4, 5,3%).

Tabla 6. Desarrollo del Portafolio Docente en el Ciclo Básica de la Carrera de Medicina, UNIANDES, marzo a septiembre 2014.

Portafolio docente	n	%
Sí	9	36
No	16	64
Total	25	100

Fuente: Consulta de observación.

La elaboración y uso del portafolio por parte de los docentes se ejecuta a un 36%.

Discusión

Dentro de las metodologías y estrategias didácticas existe un abanico interminable de opciones que en la actualidad puede utilizarse como alternativas a considerar en el momento de enseñar un contenido o de poner este en práctica.

Como se puede observar existió un amplio predominio del método expositivo sobre el resto de las metodologías, en un segundo lugar se ubicó el aprendizaje colaborativo, el cual junto al aprendizaje basado en problemas, proyectos y evidencias deben ser más utilizados. Tal como señala Marín-Juarros en su estudio

titulado “*Construction of the Foundations of the PLE and PLN for Collaborative Learning*”, donde destacan las posibilidades que brinda el aprendizaje colaborativo, sobre todo para afrontarlo desde diferentes estrategias en aras del aprendizaje reflexivo (Marín-Juarros, 2014, Quintanilla et al., 2014, Pérez y González, 2014).

Santos *et al.*, 2009 plantea que el método expositivo puede resultar útil en dependencia de la motivación y las circunstancias que caractericen al proceso pedagógico. Como premisa fundamental los receptores interpretan o pueden interpretar lo que se comunica, en caso contrario se incurriría en una interacción verbalista, directiva y unívoca, disciplinar, conceptual y abstracta que se asocia al abandono pedagógico.

Los recursos didácticos más utilizados fueron el proyector y las diapositivas. En este aspecto se debe considerar la diversificación de los recursos, sobre todo explotando más las posibilidades de los audiovisuales, la simulación y el internet. El caso de la simulación, aún existe falencia en la formación técnica del docente y la disponibilidad del recurso por parte de la Institución. Independientemente de la categoría académica de la universidad, este recurso pueden desarrollarse un nivel elemental para el aprendizaje (Pérez y González 2014).

Se ha comprobado que los jóvenes actuales tienen más desarrollado el canal visual, y una alta estima hacia lo lúdico, debido al tiempo que han sido expuestos a las nuevas tecnologías de la comunicación, desde temprana edad (Moreno, 2013) Aunado a lo anterior, los estudiantes quieren crear usando las herramientas de su tiempo, trabajar con sus compañeros tomando sus propias decisiones y compartiendo el control, no sólo en su clase sino también conectándose con otros jóvenes alrededor del mundo para compararse y competir entre ellos; además quieren que los conocimientos adquiridos sean aplicados inmediatamente en algo real. En el nuevo paradigma educativo es relevante el aprendizaje a través del trabajo cooperativo, en el cual los sistemas multimedia proporcionan valiosas oportunidades, tanto en el aula como por internet (Hernández *et al.* 2014).

Las estrategias educativas estuvieron centradas ampliamente en la conferencia lo cual apunta a un proceso de aprendizaje muy “tradicional” cumpliéndose el principio que “enseñamos tal y como nos enseñaron a nosotros”, lo cual hoy dista de la necesidad que el alumno tiene de elaborar su propio conocimiento. La simulación prácticamente no fue utilizada, si bien es conocido que al menos la simulación de baja fidelidad está al alcance de la inmensa mayoría de los docentes, es fácil de implementar y no supone altos costos al docente y a la universidad. En tal sentido Martínez y Pérez (2015), en su estudio “*Gamificación: Estrategia para optimizar el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias en contextos universitarios*”, obtuvieron importantes resultados con esta estrategia en función de la motivación y el nivel de satisfacción alcanzado por los educandos, toda vez que se potenció la adquisición y desarrollo de competencias genéricas claves (Martínez y Pérez 2015).

Teniendo en cuenta que la evaluación diagnóstica permite evidenciar el nivel de conocimiento del estudiante y a partir de ahí iniciar un proceso de enseñanza/ aprendizaje adecuado, con métodos y estrategias al nivel que posee ese estudiante; resulta en extremo alarmante su uso prácticamente nulo. Esta evaluación no tiene calificación, este tipo de evaluación se utiliza para ver el nivel que posee el estudiante antes de iniciar un proceso. De igual forma son susceptibles de mejoras los índices de utilización de la evaluación formativa y sumativa. La evaluación formativa es particularmente útil en el pregrado, especialmente en cursos complejos integradores en que se abarcan múltiples áreas de la medicina, sugiriendo un desplazamiento desde la evaluación del aprendizaje hacia la evaluación para el aprendizaje; tal y como señala Labarca y colaboradores (Labarca *et al.* 2014).

Como parte de una correcta estructuración de la actividad docente, todos y cada uno de sus diferentes momentos deben ser cuidadosamente desarrollados. Cabe señalar que solo el debate se evidenció en un índice muy bajo de visitas. Sin embargo más relevante resultó el poco desarrollo del segmento de interactividad y de activación del conocimiento, considerando que estos están comprendidos en las etapas iniciales de la actividad, siendo vitales para el desarrollo adecuado de metodologías como el aprendizaje basado en problemas. Por otro lado si no se desarrolla el debate es muy difícil que el estudiante logre la construcción de conocimientos (Fairstein 2014).

La planificación docente es pilar fundamental en el buen desempeño docente, a cualquier nivel de enseñanza, por lo que se considera que el bajo por ciento del uso del portafolio de los profesores, es una debilidad para el aprendizaje significativo de los estudiantes. Este instrumento es una forma alternativa y complementaria al uso de los sistemas de evaluación al docente, que en muchas ocasiones no reflejan la calidad de su desempeño (Castro y García 2014).

Sumado a otras reflexiones esta investigación ha permitido comprender que la Educación en su esencia siempre se ha referido a la escuela como el escenario que prepara al “hombre” del futuro, queriendo con esto expresar que lo forma para construir el mañana y enfrentar todas las adversidades que en él se encontrará, sin embargo ha sido fácil percatarse que alrededor de un vertiginoso cambio sociocultural del mundo con tecnologías de punta y una humanidad cada vez más exigente, es paradójico admitir que en un porcentaje significativo el modelo educativo del siglo XXI mantiene esquemas que se iniciaron hace 150 años, donde se preparaban profesionales memorísticos, y capaces de recibir y cumplir órdenes en los diferentes roles desempeñado, y lo cierto es que para enfrentar la problemática del porvenir hay que incluir otros paradigmas donde se preparen hombres y mujeres con pensamiento crítico, reflexivo, dotados de una gama de iniciativas, creatividad, talento y/o competencias requeridas para asumir la diversidad de un mundo que se presenta en diversos contextos y presenta problemática que demanda soluciones diversas.

Conclusiones

En la actualidad el proceso de aprendizaje descansa en una vertiente constructivista y más recientemente conectivista, lo cual ha redimensionado dicho proceso, planteando nuevos retos en educación superior. Es el aprendizaje reflexivo el que proporciona un acercamiento a esos nuevos retos que ante sí tiene la universidad ecuatoriana.

El estado del proceso de aprendizaje en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina estuvo marcado por metodologías de aprendizaje, estrategias educativas, y recursos didácticos que en su mayoría no se alinearon a las tendencias constructivistas y conectivistas, lo cual coartó la posibilidad de alcanzar un aprendizaje reflexivo. Otros aspectos como el proceso de evaluación, la estructura de las actividades docentes y el Portafolio Docente, son susceptibles de mejoras.

Para dar salida al objetivo general de esta investigación, sobre la base de los problemas identificados, se propone una estrategia de intervención que persigue el desarrollo del aprendizaje reflexivo en el Ciclo Básico de la Carrera de Medicina.

Referencias bibliográficas

- Determinación de los estilos de aprendizaje de estudiantes de 1er curso de Ingeniería Industrial y Electrónica de la Universidad Técnica del Norte. Aiello, R. C., García, M. R., Jaramillo, M. 2015. Ibarra Ecuador. *Journal of Learning Styles*, 7(14).
- El aprendizaje por competencias y la formación del docente universitario, un análisis desde la perspectiva teórica del conectivismo. Alcaraz, A. A. S. 2014.
- Innovación y Calidad en la Formación del Profesorado Universitario. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Castro, AMP., and Mosteiro G.J. 2014. 17(3): 141–156. Disponible en: <http://revistas.um.es/reifop/article/view/204101>
- Aprendizaje Constructivista, Autorregulado, Situado y Colaborativo: Un Acercamiento a la Adquisición de la Competencia de Adaptación (Matemática). De Corte, E. 2014. Status: published.
- Preguntas de Los Alumnos Y Construcción Del Conocimiento En Clase. *Espacios En Blanco*. Fairstein, Gabriela Alejandra 2014. Serie Indagaciones 24(2): 195–224. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1515-94852014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es, accessed January 30, 2017.
- Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la enseñanza-aprendizaje de la Química Orgánica a través de imágenes, juegos y video. Hernández, R.M, Rodríguez M.V, Francisco, J.P, y Velázquez, P. 2014; *Form. Univ*; vol.7 no.1.
- Utilidad de la evaluación formativa en cursos clínicos integrativos en Estudiantes de Pregrado de Medicina. Labarca, J., Figueroa, C., Huidobro, B. 2014. *Revista Médica de Chile* 142(9): 1193–1199. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000900014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Construction of the Foundations of the PLE and PLN for Collaborative Learning. Marín, J.V, Negre-Bennasar, VF, and Pérez-GA. 2014. *Comunicar* 21(42): 35–43. Disponible en: <http://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=42&articulo=42-2014-03>.
- Gamificación: Estrategia para optimizar el proceso de aprendizaje y la adquisición de competencias en contextos universitarios. Martínez, V.L, y Pérez, M.M 2015. *Digital Education Review* 0(27): 13–31. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/der/article/view/11591>
- Ideologías educativas y enfoque cognitivo del desarrollo moral. *Psicología y Psicopedagogía* Moreno, J. E. 2013, 3(9).
- Modelo pedagógico social-cognitivo y su aplicación en las prácticas pedagógicas de docentes y estudiantes del programa de formación complementaria de la Institución Educativa Normal Superior de Sincelejo Montes, V. M. 2015. *Educación y Humanismo*, 16(26).
- EP Thompson y La formación de la clase obrera en Inglaterra: algunas claves para leer el presente. Navidad, J. Q. 2015. *Clivatge. Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials*, (3).
- La simulación de negocios como estrategia pedagógica / Business simulation as a pedagogical strategy. Pérez, J. and González, A. 2014. *Cuaderno de Pedagogía Universitaria* 9(17): 44–49. Disponible en: <http://cuaderno.pucmm.edu.do/index.php/cuadernodepedagogia/article/view/168>
- Implementación crítica de la reflexión en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. Quintanilla, M.G., Copa, P.J., Guerrero, A. 2014. 8(2). Disponible en: <http://piwik.seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/6534>
- La práctica de la innovación educativa. Santos, G.M., Gairín, J.S.G., Carbonell F.J; Paredes, L.J, Herrán, G.A. 2009. Editorial Síntesis. España.
- Historia: pedagogía, psicología y educación (I parte). Santos, C. A. 201. *Revista EAN*, (14), 53-56.
- Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age Consultado Siemens, G. (December 12, 2004. el 18/7/2014. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/ad?doi=10.1.1.87.3793&rep=rep1&type=pdf>

Plan estratégico de desarrollo de la carrera de enfermería

PhD. Roberth Zambrano Santos

Universidad Estatal del Sur de Manabí

rzambranosantos@yahoo.es

MSc. Aida Macías Alvia

Universidad Estatal del Sur de Manabí

MSc. Franklin Antonio Vite Solórzano

Hospital de Chone. Ecuador

Resumen

No cabe duda de que se está viviendo en una sociedad compleja que exige la adaptación continua a los nuevos procesos emergentes. En este contexto cambiante, la respuesta más adecuada, desde el punto de vista organizacional, es la que proporciona el enfoque conjunto de la dirección estratégica y de la innovación tecnológica, basado en la adquisición de capacidades dinámicas que permitan mejorar las competencias y habilidades de los integrantes de una organización dada. Con la meta puesta en que esta Universidad Estatal del Sur de Manabí, se configure en los próximos años como una institución concedora de sus procesos, emprendedora, tecnológicamente avanzada y sensible a las preocupaciones sociales, la carrera de Enfermería propone implantar un Plan Estratégico que proporcione los esquemas que conduzcan a un diseño tanto de forma participativa y abierta, como a su posterior ejecución, evaluación y reformulación a la luz de la experiencia alcanzada. Comienza, por tanto, mediante la implementación del Plan Estratégico de desarrollo 2016-2021, una etapa apasionante que requerirá, sin duda, de esfuerzos adicionales a los que ya conmina la labor cotidiana universitaria.

Palabras clave: Desarrollo institucional, planificación estratégica, carrera de enfermería.

Abstract

There is no doubt that one is living in a complex society that demands the continuous adaptation to the new emergent processes. In this changing context, the most appropriate response, from the organizational point of view, is the one that provides the joint approach of strategic management and technological innovation, based on the acquisition of dynamic capacities that allow to improve the competences and abilities of the Members of a given organization. With the goal that this State University of Southern Manabí, in the coming years as an institution that is knowledgeable of its processes, entrepreneurial, technologically advanced and sensitive to social concerns, the Nursing career proposes to implement a Strategic Plan that provides The schemes that lead to a design both in a participatory and open manner, and its subsequent implementation, evaluation and reformulation in the light of experience. Therefore, through the implementation of the 2016-2021 Strategic Development Plan, it is an exciting phase that will undoubtedly require additional efforts that are already in place in the daily work of the university.

Keywords: Institutional development, strategic planning, nursing career.

Introducción

La Universidad Estatal del Sur de Manabí, como institución de educación superior, después del proceso de intervención (2013-2016), ha evolucionado hasta adaptarse a la realidad social y a las exigencias modernas. En la actualidad, es necesario afrontar los retos que supone el sistema de educación superior ecuatoriana y

mundial, desde una perspectiva abierta a la evolución y al contexto de renovación de los modelos de enseñanza, investigación, innovación, desarrollo, transferencia, organización y gestión. En respuesta a tal necesidad, se plantea este Plan Estratégico Institucional (PEI) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí (UNESUM), 2016-2021, como un instrumento para definir, a través de un proceso de reflexión y participación de la comunidad universitaria, el futuro hacia el que debe encaminarse nuestra carrera profesional. Pero es a partir de un análisis del entorno y de su posible evolución, cuando el PEI establece la “hoja de ruta” para la toma de decisiones, fijando el marco de trabajo y las grandes líneas de actuación institucional que dinamizarán la Carrera de Enfermería en los próximos años, dotándola de capacidad para desarrollarse y mejorar como organización.

A lo largo del devenir histórico de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, se han realizado diferentes procesos, que han permitido el análisis de la situación de la carrera en las dimensiones curriculares y en el marco de las funciones sustantivas universitarias de: docencia, investigación, vinculación y gestión.

Considerando la planificación una herramienta indispensable para el avance en los procesos de gestión administrativa, financiera destinados a la misión, visión y objetivos institucionales (Armijo, 2011), es importante realizar un cruce de estos aspectos que determinaran las estrategias, luego programas y proyectos a ejecutar en el largo plazo. El plan estratégico es un instrumento de actuación que permite aclarar lo que se pretende conseguir y cómo se podrá lograr, incluye a la universidad en su rol protagónico y su misión institucional, lo que motiva a todos sus miembros a aunar esfuerzos, compromiso, capacidades y energías en el cumplimiento sus objetivos (Manes, 2014). Además, manifiesta la razón de ser de la institución, su función social, su actuación; permite tomar grandes decisiones que van a orientar la marcha hacia la gestión excelente permitiendo generar un futuro potencial que aporte a la mejora de la calidad de vida de la comunidad. Se trabaja por ese futuro de las y los ecuatorianos que sueñan en forma planificada, con toda la confianza en nuestra comunidad universitaria, con su voluntad y actitudes necesarias para conseguir el Buen Vivir de nuestro País (SENPLADES, 2013).

Metodología aplicada para la elaboración del plan estratégico

El 29 de febrero de 2016, mediante Resolución No. 007-06-2016.OCAS, se aprueba el Plan Estratégico de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, y se asume la tarea de definir los Planes Estratégicos de cada una de las Carreras, a partir del trabajo y las experiencias expuestas. En el período de junio - julio de 2016 se ha seguido un calendario de reuniones con los representantes de los primeros niveles de decisión de todos los sectores que conforman la carrera de Enfermería, a saber: decana y coordinadora de carrera, incluidos los responsables de las comisiones permanentes y de apoyo a la docencia y de estudiantes. La metodología de trabajo fueron talleres participativos en los cuales se formaron grupos específicos que se encargaron del diagnóstico y construcción de cada uno de los elementos requeridos (Calderón & Alzamora, 2008), las sesiones de trabajos fueron extensas y al final de cada jornada se organizaban asambleas generales para socializar y retroalimentar el trabajo realizado. El presente documento es reflejo de los resultados obtenidos en las cuatro primeras fases del proceso: Inicio, Diagnóstico, Formulación y Formalización.

A toda la comunidad de la carrera de Enfermería se presentaron las conclusiones del trabajo realizado en etapas precedentes. Los responsables de este trabajo fueron los docentes encargados de realizar el diseño del plan (19 docentes). La coordinación de la carrera permitió que gran parte de nuestra comunidad participe con ideas que se han plasmado en el documento que se ha configurado como Plan Estratégico Institucional (PEI)

de la Carrera de Enfermería de la UNESUM. Conscientes de la necesidad de abordar la síntesis y redacción del borrador del PEI, el 27 de mayo del año 2016 se crea la Comisión del Plan Estratégico de la Carrera de Enfermería, un grupo de trabajo integrado por representantes de todos los sectores de la citada carrera, encargado de estructurar y dar contenido a este documento de estrategia, a partir de las iniciativas recabadas en el Plan Estratégico Institucional de la Universidad Estatal del Sur de Manabí.

Planificación y organización del proceso

El trabajo se lo realizó en tres momentos, en cada uno de ellos se establecieron tareas específicas, las mismas que se indican a continuación:

El primer momento abordó todo lo referente a la capacitación y entrenamiento a los miembros de la comisión

En el segundo momento las actividades que se realizaron fueron:

- a. Sesiones de trabajo programadas
- b. Talleres de consenso
- c. Asambleas
- d. Entrevistas
- e. Foros

En este momento se realizaron dos actividades:

- a. Redacción del documento final del Plan Estratégico
- b. Instrumentación del Plan Operativo Anual que se deriva del PEI

Resultados

Misión. Formar profesionales de Enfermería con excelencia académica, capaces de brindar servicio integral y seguro, que contribuyan al buen vivir, en la promoción, prevención, mantenimiento, curación y rehabilitación de las enfermedades y cuidados paliativos, con pertinencia a la realidad del país y a la armonía con el ambiente.

Visión. Ser reconocida nacional e internacionalmente por transformar la educación y la práctica profesional de la enfermería, promoviendo la excelencia en su quehacer universitario, formado talento humano que brinde cuidados integrales con capacidad de resolver problemas de salud en los entornos cambiantes y emergentes.

Objetivo General

Formar profesionales en enfermería que desempeñen funciones asistenciales investigativas y administrativas en los niveles de atención de salud primaria, secundaria y terciario, contribuyendo en acciones y rehabilitación de salud con eficiencia, responsabilidad y altos valores éticos, morales, de acuerdo a las políticas del estado ecuatoriano y del buen vivir.

Objetivos Específicos

a. Relacionado al conocimiento y los saberes

- Formar enfermeros/as con sustentos epistemológicos y científicos en ciencias biológicas humanísticas y de enfermería para la comprensión de los problemas de la sociedad, del contexto y para su intervención, transformación, cimentadas en los objetos y metodologías propias de la profesión.
- Desarrollar en los profesionales en formación competencia cognitiva, habilidades y actitudes, que les permitan brindar el cuidado de enfermería a la persona, individuo y la comunidad, según normas y reglamentos establecidos por el órgano rector

b. Relacionados a la pertinencia:

- Diseñar, desarrollar y evaluar el currículo de la carrera de enfermería, atendiendo a las necesidades del hombre sano y/o enfermo, familia y comunidad, con estrategias que favorezcan la condición humana y que respondan a las necesidades de salud en todos los contextos, con enfoque de género e interculturalidad.

c. Relacionados a los aprendizajes:

- Formar profesionales con conocimientos científicos, tecnológicos, humanístico, orientado en la vigilancia de la salud, compromiso sociocultural, ambiental, bases científicas, éticas, tecnológicas, con visión de trabajo en equipo para solventar las necesidades de salud de la población.

d. Relacionados a la ciudadanía:

- Establecer estrategias educativas desde la formación profesional encaminadas al desarrollo de valores humanos que contribuyan a un ejercicio competitivo, con respeto, tolerancia e inclusión, siguiendo las normas del Ministerio de Salud Pública y aplicando el Plan del Buen Vivir.

Variables de impacto de la Carrera de Enfermería

Demanda de formación de Pre-Grado

Es importante en este análisis de la demanda de formación en el Pre-Grado, marcar dos momentos importantes del proceso de admisión de los estudiantes, antes del año 2011, las universidades tenían sus propios sistemas de admisión a los primeros niveles de estudios, y después de este citado año cuando se implementa el Examen Nacional para la Educación Superior (ENES), con aplicación obligatoria para todos los bachilleres del Ecuador, con una escala de puntuación de 1 a 1.000 puntos, estableciendo puntajes mínimos para poder acceder a las carreras de Medicina y Ciencias de la Educación, por considerarlas dos áreas sociales que requerían estratégicamente ser fortalecidas con estudiantes de excelencia (Ramirez, 2014).

En función de estas políticas de ingreso a la universidad (CES, 2012), la Universidad Estatal del Sur de Manabí comenzó a recibir un numeroso grupo de estudiantes de todas las regiones de la geografía ecuatoriana, siendo la carrera de Enfermería una de las más atractivas dentro de la oferta académica de la universidad.

La responsabilidad social de los directivos de la carrera y las autoridades universitarias se ha visto evidenciada en la medida en que ha regularizado la cantidad de paralelos en esta carrera pese a la fuerte demanda que ésta tiene, tomando en cuenta los indicadores que evalúan la calidad de la misma, determinando que hasta no lograr ampliar la infraestructura física y la capacidad de los laboratorios de prácticas en enfermería, en cada cohorte se ofertarán únicamente tres paralelos, garantizando la calidad de docencia e investigación.

Demanda de formación de Posgrado

Se define posgrado al “ciclo de estudios de especialización posterior a la graduación o licenciatura” (Real Academia Española, 2016). Por lo tanto el propósito central de un posgrado es la preparación para la docencia, la investigación y la aplicación tecnológica, como así también el ejercicio especializado de una profesión.

En Ecuador este tipo de estudio se encuentran determinado en tres niveles: las especializaciones, las maestrías y los doctorados.

a. Especialización: tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de Especialista con especificación de la profesión o campo de aplicación (CES, 2012).

b. Maestría: tiene por objeto proporcionar una formación superior en una disciplina o área interdisciplinaria, profundizando la formación en el desarrollo teórico, tecnológico, profesional, para la investigación y el estado del conocimiento correspondiente a dicha disciplina o área interdisciplinaria. La formación incluye la realización de un trabajo, proyecto, obra o tesis de carácter individual, bajo la supervisión de un tutor y culmina con la evaluación por un jurado o tribunal. El trabajo final, proyecto, obra o tesis debe demostrar destreza en el manejo conceptual y metodológico correspondiente al estado actual del conocimiento en la o las disciplinas del caso. Conduce al otorgamiento de un grado académico de Magister con especificación precisa de una disciplina o de un área interdisciplinaria (CES, 2012).

c. Doctorado: tiene por objeto la obtención de verdaderos aportes originales en un área de conocimiento, cuya universalidad debe procurarse en un marco de nivel de excelencia académica. Dichos aportes originales deben estar expresados en una tesis de Doctorado de carácter individual realizada bajo la supervisión de un Tutor de tesis, y culmina con su evaluación por un jurado con mayoría de miembros externos al programa y donde al menos uno de éstos sea externo a la institución. Dicha tesis conduce al otorgamiento del grado científico de Doctor (CES, 2012).

En la UNESUM, la Dirección de Investigación y Posgrado, cuenta con una jefatura específica de Posgrado, es la instancia encargada de gestionar el desarrollo de este tipo de programas, la categoría en la cual se encuentra la universidad impide la oferta de educación posgraduada propia, sin embargo, se pueden establecer alianzas estratégicas para el desarrollo de programas de posgrados compartidos con universidades de tipología Docencia-Investigación que se encuentren en las categorías “A” y “B”.

En cada cohorte académica, la carrera de Enfermería gradúa en promedio unos 41 licenciados, (Información obtenida hasta junio de 2016). Hasta la presente fecha ha graduado 288 licenciados en 7 promociones, de las cuales únicamente el 2% ha participado en procesos de formación posgraduada (información obtenida en el sistema de seguimiento a graduados), es decir que existe un elevado porcentaje de profesionales en enfermería que no han tenido la oportunidad de cursar un estudio de posgrado por múltiples circunstancias, convirtiéndose en esta una meta que se propone en el presente plan estratégico.

Relaciones Internacionales

En los últimos años se ha reforzado la idea de que las instituciones de Educación Superior ya no pueden ser entendidas como organizaciones basadas en acumulaciones académicas puramente locales. Como nunca antes en la historia, el vigor de la Educación Superior, especialmente la universitaria, es inseparable de su capacidad para interactuar en procesos intelectuales y diálogos científicos ampliados, incorporando orgánicamente a sus funciones de docencia, investigación, gestión y vinculación con la comunidad, una dimensión internacional e intercultural (Núñez & Alcazar, 2016).

Esta potente tendencia de la época se manifiesta en una variedad de emprendimientos: incremento acelerado de la movilidad académica, expansión de la educación a distancia, promoción de diseños curriculares interinstitucionales y transfronterizos, desarrollo de programas asociados de investigación científica, renovación de los procedimientos de reconocimiento internacionales de titulaciones, emergencia de una diversidad de formatos de suministro comercial transnacional de servicios educativos (Vilalta, 2014). En ese nuevo escenario dinámico y cambiante, respaldado en las posibilidades abiertas por las tecnologías de la información y la comunicación. Desde la intervención, la UNESUM, ha reivindicado que “...las universidades aisladamente no están en condiciones de responder a todos los requerimientos del medio en las diversas áreas del saber con igual nivel de excelencia y eficacia...”

Políticas públicas de la educación superior

La Educación superior del país atraviesa un proceso de cambio permanente en que el nivel académico debe estar a la par con las nuevas tecnologías se ha tornado de vital importancia en el proceso de enseñanza aprendizaje (Ramirez, 2014).

Es por ello el interés del Consejo de Educación Superior de apoyar la implementación de proyectos encaminados a un buen manejo de habilidades, destrezas y aptitudes tanto en docentes como estudiantes porque actualmente la academia debe trasladar un nivel superior de enriquecimiento intelectual que sea el factor desequilibrante en solucionar los problemas que atañe una sociedad y tan compleja como la nuestra.

Ecuador destina el 2.12% del PIB a la educación superior, y aunque este porcentaje parezca bajo, es el país que más invierte en la educación superior en la Región (SENPLADES, 2013), sin embargo en el caso específico de la UNESUM, es bastante reducido su presupuesto por cuanto el cálculo de asignación de recursos está en función de su ejecución presupuestaria, categoría, tiempo de dedicación de sus docentes, publicaciones científicas, proyectos de vinculación con la comunidad, número de estudiantes por carreras afines a la matriz productiva, entre otros elementos que necesariamente deben ser potenciados en la UNESUM y de manera específica en la carrera de enfermería para ampliar la asignación de recursos económicos por parte de las autoridades de control de la Educación Superior. Ecuador.

Sectores estratégicos

Se evidencia que los principales sectores en expansión a nivel de Ecuador son la explotación de minas y canteras, así como el de suministro de energía y agua, sean los que menor aporte tienen a la economía de la provincia (Vice-Presidencia del Ecuador, 2013). En la provincia de Manabí, entre otras opciones de desarrollo industrial, se señala al desarrollo de una industria de producción de combustible y gas a partir del petróleo, lo que requerirá la presencia de ingenieros industriales y químicos. Lo cual pasa por la generación de profesionales de tercer nivel en estos campos de actividad productiva.

En cuanto a la estructura del tejido productivo se identifica un desequilibrio en el número de actores productivos de la provincia de Manabí, a favor de los sectores de servicios personales, domésticos, de la salud y sociales. En este sentido, son las actividades de servicios las que mayor número de actores aporta al mismo (2538 actores)(Sociedad Civil, 2016).

Asimismo, también están muy presentes las actividades de servicios sociales y de salud (1321 actores). Entre los actores productivos con mayor número de establecimientos se identifica el sector de la enseñanza (85 actores), el sector agropecuario (77 actores), el sector de transporte, comunicaciones y almacenamiento (69 actores), sector financiero (69 actores), comercio al por mayor y al por menor (59 actores), entre otros.

Investigación e innovación tecnológica

En cuanto al acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, los datos de 2010 que son los últimos datos que reporta el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), el índice medio de analfabetismo digital es del 29,4%, afectando a las secciones de la población de mayor edad, atendiendo a una correlación directa entre edad y tasa de analfabetismo, a partir de los 20 años.

Impacto en la innovación tecnológica

En distintos medios sociales y profesionales se escucha hablar sobre el impacto de la tecnología. El impacto del que escuchamos es el efecto de una fuerza aplicada, también es la impresión que un acontecimiento produce, por lo tanto el impacto de una tecnología va a depender del entorno social que se le dé. La tecnología por su parte es el conjunto de conocimientos propios de un oficio mecánico o arte industrial.

La tecnología es útil y beneficiosa en muchas áreas, en especial en la nuestra, en la de la educación, ya que nos permite mejorar la organización del trabajo en nuestras vidas (profesional y personal), nos permite reducir tareas repetitivas, mejorar la gestión interna de un proceso, ofrecer y recibir más y mejores servicios individuales y colectivos.

En el área profesional la encontramos a doquier, desde el ya común computador que facilita y agiliza muchas tareas, y que los conecta a través de los diversos programas y sistemas existentes, y a los lugares donde no se puedan imaginar. Educar acerca de estos temas es vital para el futuro de esta sociedad y ayudar por tanto a comprender, a pensar las implicaciones de la naturaleza social y cultural de la ciencia y la tecnología, es algo esencial para la educación (Peralta, 2014). Por ello surge la necesidad de insertar en el currículo de la carrera de enfermería metodologías y estrategias educacionales que propicien la enseñanza y el aprendizaje de las ciencias, partiendo del papel fundamental que juega el enfoque Ciencia-Tecnología-Sociedad (CTS).

Valores institucionales y morales de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí:

Valores morales de la carrera de Enfermería.

Valor	Descripción
Servicio	Desarrollamos un conjunto de acciones las cuales son realizadas para servir a alguien, algo o alguna causa. Los servicios en enfermería son ejercidos por las personas y para las personas, con la finalidad de que estas cumplan con la satisfacción de recibirlos.

Diagnóstico estratégico:

Se trabajó con la matriz FODA como herramienta de análisis de las cuales se han focalizado los principales nudos críticos proponiendo estrategias para mejorarlos.

Problema No. 1:

Déficit de talento humano especializado en los diferentes niveles de atención de salud:

- Necesidad: Equipamiento de salud y fortalecimiento del talento humano en esta área.
- Objetivo: Mejorar la calidad de vida de la población.
- Política: Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral e salud.

Lineamientos:

- Dotar y repotenciar la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario hospitalario, según corresponda, a lo largo del territorio ecuatoriano.
- Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública.
- Impulsar la formación de profesionales especialistas y técnicos para el nuevo modelo de atención y de la red pública integral de salud, en todo el territorio.

La carrera de enfermería, conforma la proyección de matrículas para contribuir al déficit de este recurso, además incluye en su malla curricular asignaturas que dan soporte teórico – práctico relacionados con la

especialidad para brindar Atención de Enfermería de calidad, ayudando a resolver las necesidades y los problemas de la comunidad en el contexto.

Problema No. 2:

Elevado índice de embarazo en la adolescencia:

- Necesidad: Aplicación de la estrategia Nacional de Planificación Familiar y prevención de embarazo adolescente en el territorio.
- Contexto: Hábitat sustentable.
- Objetivo: Número 3 - Mejorar la calidad de vida de la población.
- Política: Número 3.5 - Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de la persona.

Lineamientos:

- Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva con enfoque de género, equidad e igualdad.
- Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.
- Impulsar acciones de prevención del embarazo de adolescentes.
- La carrera de enfermería ejecuta intervenciones educativas desde los primeros años de estudio, relacionadas con proyectos de investigación, proyectos de vinculados a la sociedad, en ellos se trazan acciones dirigidas a disminuir el embarazo en la adolescencia.

Problema No. 3

La falta de calidad del agua, debida principalmente a la contaminación de las fuentes hídricas y cursos fluviales por medio de agroquímicos y aguas residuales, entre otros:

- Necesidad: Tratamiento de aguas servidas y residuos sólidos.
- Contexto: Hábitat sustentable
- Objetivo: Número 7 - Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global.
- Política: Garantizar la bioseguridad precautelando la salud de las personas, de otros seres vivos y de la naturaleza.

Lineamientos:

- Fomentar la investigación, la educación, la capacitación, el entrenamiento y la comunicación sobre la bioseguridad, la biotecnología y los organismos genéticamente modificados. Desde los primeros años de la Carrera se realizan actividades (visitas domiciliarias), encaminadas a mejorar la calidad del consumo de agua y otros alimentos que puedan ocasionar problemas de salud, además de realizar proyectos de investigación, proyectos de vinculación con la sociedad, en cada sub-centro de salud en la zona 4.

Problema No. 4

Prevalencia de enfermedades infectocontagiosas:

- Necesidad: Reducción de enfermedades infectocontagiosas.
- Contexto: Hábitat sustentable.
- Objetivo: Número 3 - Mejorar la calidad de vida de la población.

- Política: Número 3.2 - Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

Lineamientos:

- Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
- Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, enfermedades evitables, desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

Desde los primeros años de la carrera de enfermería, se realizan actividades encaminadas a disminuir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas que inciden en el aumento de las tasas de morbimortalidad y en los problemas de salud existentes por estas causas, además de realizar proyectos de investigación y de vinculación con la sociedad, teniendo en cuenta los problemas y necesidades identificados en los diagnósticos de salud que se realizan en cada uno de los sub-centros de salud enmarcados en la Zona 4.

Problema No. 5

Las enfermedades crónicas se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país:

- Necesidad: Fortalecimiento del Modelo de Atención Preventiva.
- Contexto: Hábitat sustentable.
- Objetivo: Número 3. Mejorar la calidad de vida de la población.
- Política: Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

Lineamientos:

- Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud, para prevenir riesgos sobre los determinantes sociales de salud.
- Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
- Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria.
- Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.
- Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad.
- Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.

La carrera de enfermería ha trazado algunas estrategias para coadyuvar en la disminución de nuevos casos, el control de los existentes, con el desarrollo de contenidos en cada asignatura, mediante charlas educativas, visitas comunitarias y planes estratégicos elaborados en cada uno de los proyectos de investigación desarrollados por estudiantes y docentes, organizando club de diabéticos, hipertensos y otros relacionados con el tema.

Problema No. 6

La desnutrición:

- Necesidad: Reducción de deficiencias nutricionales.
- Contexto: Hábitat sustentable.
- Objetivo: Mejorar la calidad de vida de la población.
- Política: Promover entre población y sociedad hábitos de alimentación nutritiva.

Lineamientos:

- Fortalecer la rectoría de la autoridad nacional sanitaria en nutrición.
- Establecer los requerimientos calóricos y nutricionales estándares recomendados para el país, de acuerdo a edad, sexo y nivel de actividad física.
- Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana.
- Fortalecer y desarrollar mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida.
- Desde el punto de vista nutritivo en la Zona 4 del sur de Manabí, el aporte como carrera está encaminado a fortalecer los programas del Ministerio de Salud Pública relacionados con la desnutrición.

Momento estratégico (institución deseable y posible, él debe y puede ser):

Nivel Básico

- Articular a la UNESUM con otras instituciones de educación superior, empresas privadas, instituciones públicas, organizaciones sociales y gobiernos autónomos.
- Coordinar las prácticas pre profesionales y pasantías.
- Promover la educación continua del talento humano.
- Áreas de vinculación y proyectos de la carrera de enfermería.

Proyectos de vinculación por líneas estratégicas:

- Enfermedades tropicales y parasitosis desatendidas.
- Enfermedades transmitidas por vectores.
- Diagnóstico, evaluación y prevención de enfermedades a sectores vulnerables de la zona sur manabita.
- Levantamiento de diagnóstico situacional de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Ejecución de programa de control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Atención integral de enfermería al individuo, familia y comunidad de la zona sur manabita.
- Desarrollo de un programas de prevención y promoción de la salud materno infantil.
- Salud mental y trastornos del comportamiento.
- Depresión y distimia.
- Desarrollo de un programa de atención integral al adulto mayor.

Estrategias

Implementación de planes, programas, proyectos, acciones y actividades, que permitan la articulación interna y de la interacción efectiva con la sociedad, priorizando la población con menores oportunidades; considerando las líneas de acción en el Plan Nacional del Buen Vivir, en el cambio de la matriz productiva, en los planes de desarrollo, ordenamiento territorial, los planes y programas que realiza el estado ecuatoriano.

Beneficiarios

Con los proyectos de vinculación se beneficiarán pobladores y organizaciones sociales de las comunidades rurales más desfavorecidas del Sur de Manabí. Por ser estas prácticas de carácter académico, se validan debiendo completar un total de 160 horas como parte de las horas/créditos requeridos para la obtención de la titulación de los estudiantes, se supervisan bajo un régimen de organización y control, durante el lapso en que se desarrollen, así como se orientan en dos sentidos:

- La integración y aplicación de desempeños profesionales en programas de políticas públicas vinculadas al buen vivir, que integren la profesión con los objetos de intervención.
- La adquisición de conocimiento acerca de la problemática del sector específico, de la estructura organización y funcionamiento de la política pública, vinculadas al buen vivir.
- Las actividades que realice el (la) estudiante, son acordadas, definidas con antelación con la institución u organización beneficiada y se aprueba por la Comisión Académica de la carrera.



Los objetivos estratégicos que se plantea la Carrera de Enfermería guardan estricta relación y tributan a los objetivos estratégicos generales de la Universidad:

Objetivos estratégicos

Objetivos estratégicos institucionales de la UNESUM	Objetivos estratégicos de la Carrera de Enfermería
1. Garantizar el desarrollo tecnológico y la generación de conocimientos a través de la investigación científica, formativa y social.	Promover la investigación científica, tecnológica y formativa en docentes y estudiantes de la carrera de Enfermería.
2. Lograr la incorporación de la Universidad Estatal del Sur de Manabí en la sociedad, mediante la transferencia de conocimientos direccionados al fortalecimiento de las capacidades ciudadanas que den solución a los problemas y logre su desarrollo.	Vincular a la carrera de Enfermería con todos los sectores estratégicos de desarrollo social, con énfasis en el área de la salud.
3. Elevar la calidad académica de la UNESUM, aplicando un modelo de régimen académico y de perfeccionamiento del personal docente para formar profesionales capaces de interactuar en los diferentes escenarios de la sociedad.	Mejorar la oferta académica de la carrera de Enfermería incorporando nuevos componentes al modelo pedagógico que le permitan mayor nivel de competitividad en el contexto provincial y nacional.

Objetivos estratégicos institucionales de la UNESUM	Objetivos estratégicos de la Carrera de Enfermería
4. Elevar la oferta académica institucional de programas de posgrado pertinentes, que favorezcan el desarrollo científico, tecnológico y la innovación del entorno.	Gestionar el desarrollo de programas de posgrado dirigidos al área de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad profesional de los graduados.
5. Garantizar la efectividad en los procesos institucionales sobre la puesta en marcha de un modelo de gestión por resultados, en función de las exigencias de la educación superior.	Informatizar los procesos académicos que se desarrollan en la carrera de Enfermería que brinde mejores resultados y eleven su calidad educativa

Metas, indicadores y estrategias

Metas, indicadores y estrategias de gestión de la investigación

Composición de la meta	
Meta 1	Promover la investigación científica, tecnológica y formativa en docentes y estudiantes de la carrera de Enfermería.
Creación de una revista científica de la carrera de Enfermería	
Indicador 1	
Porcentaje de docentes tiempo completo que hayan publicado en la revista científica de la carrera de Enfermería.	
Meta 2	Vincular a la carrera de Enfermería con todos los sectores estratégicos de desarrollo social, con énfasis en el área de la salud.
Efectivizar el trabajo de vinculación con la comunidad a través de las Juntas Parroquiales del cantón Jipijapa y Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.	
Indicador 2	
Número de juntas parroquiales que participen en los proyectos de vinculación de la carrera de Enfermería	
Meta 3	Mejorar la oferta académica de la carrera de Enfermería incorporando nuevos componentes al modelo pedagógico que le permitan mayor nivel de competitividad en el contexto provincial y nacional.
Implementar un laboratorio de prácticas de enfermería	
Indicador 3	
Cantidad de implementos en los laboratorios de prácticas de enfermería	
Meta 4	
Complementar el equipamiento de las aulas donde se imparten las clases.	
Indicador 4	
Equipos tecnológicos instalados en aulas de clases	
Meta 5	
Implementar tecnología en los procesos pedagógicos de la carrera	
Indicador 5	
Registro de uso de los recursos tecnológicos en el aula de clase.	
Meta 6	Gestionar el desarrollo de programas de posgrado dirigidos al área de la salud que promueva el mejoramiento de la calidad profesional de los graduados.
Promover la ejecución de maestrías en áreas de la salud para los graduados en la carrera de Enfermería.	
Indicador 6	
Número de estudiantes matriculados en los programas de maestría en salud.	
Meta 7	Informatizar los procesos académicos que se desarrollan en la carrera de Enfermería que brinde mejores resultados y eleven su calidad educativa
Implementación de un sistema informático de gestión académica	
Indicador 7	
Reportes emitidos por el sistema informático de gestión académica	
Meta 8	
Elaborar para la unidad las normativas legales pertinentes	

Indicador 8	
Normativas y reglamentos que regulen las actividades académicas de la carrera de Enfermería.	

Conclusiones

1. El Plan Estratégico marca el rumbo por el cual se dirigirá la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, convirtiéndose en el instrumento de mayor jerarquía dentro de todos los sistemas de planificación.
2. Las políticas, objetivos y estrategias propuestas en el Plan Estratégico Institucional de la Carrera de Enfermería pese a su complejidad se articulan de manera armónica dentro de la labor diaria de toda la comunidad educativa universitaria que discretamente los involucra a todos en el trabajo.
3. Trabajar sobre la base de los ejes estratégicos generales de la UNESUM, garantizan la tributación de éste plan al PEI general de la universidad.
4. Los sistemas de: monitoreo y evaluación, comunicación, capacitación e integración de la información garantizan procesos más eficaces y transparentes dentro de la Planificación Estratégica y promueven la participación armónica de todos los estamentos universitarios.

Referencias Bibliográficas

- Armijo, M. (2011). *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*. Santiago: CEPAL.
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Calderón, S. J., & Alzamora, d. I. (2008). La técnica de la recolección de información mediante los grupos focales. *Salud y sociedad*, 8.
- CES. (2012). *Ley de Educación Superior*. Quito: Consejo de Educación Superior.
- ENEMDU. (2014). *Principales indicadores de la población urbana*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- ESTATUTO UNESUM. (2015). *Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de la Universidad Estatal del Sur de Manabí*. Jipijapa: UNESUM.
- INEC. (2011). *Censo de población y vivienda del Ecuador*. Quito: IGM.
- La Asamblea Constitucional. (21 de Octubre de 2008). *Constitución Política del Ecuador*. Montecristi, Manabí, Ecuador.
- LOSEP. (2010). *Ley Orgánica de Servicio Público*. Quito: Asamblea Nacional.
- Manes, J. M. (2014). *Gestión Estratégica para instituciones educativas*. Buenos Aires: Granica.
- Naciones Unidas. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York.
- Núñez, J. J., & Alcazar, Q. A. (2016). Universidad y desarrollo local: contribuciones latinoamericanas. *Ciencia: Organización de estados iberoamericanos*, 14.
- Peralta, T. P. (2014). La tecnología educativa como apoyo pedagógico. *UTEL*, 12.
- Ramírez, R. (2014). *Informe de rendición de cuentas 2013*. Quito: SENESCYT.
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de lengua española*. Madrid: Universidad de Santander.
- Salud/Nutrición*. (agosto de 2016). Obtenido de via Definicion ABC
<http://www.definicionabc.com/salud/nutricion>.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Quito: SEMPLADES.
- Sociedad Civil. (26 de Junio de 2016). *Manabí, actores privados registrados - actividad productiva CIU*. Obtenido de <http://www.sociedadcivil.gov.ec>
- UNESUM. (2013). *Reglamento de régimen académico*. Jipijapa: UNESUM.
- Vice-Presidencia del Ecuador. (2013). *Matriz productiva*. Quito: SENPLADES.
- Vilalta, J. M. (2014). Universidad: Cooperación para el desarrollo social y económico. *Gestión pública, educación universitaria*, 4.
- Whittembury, A. (2006). *EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EL ANALISIS DE SITUACION DEL PAIS*.

CIDE
EDITORIAL
Cod. 9942-8632



ISBN 978-9942-759-26-9



9789942759269