

# **Diversidad Cultura y salud: 2011**

**Coordinadores:**

**Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas**

**Dr. Nicolás Padilla Raygoza**

**Mtra. María de Guadalupe Navarro Elías**

**Octubre 2011**

## Contenido

<b><i>Diversidad Cultura y salud: 2011</i></b> _____	<b>1</b>
Contenido _____	2
Presentación _____	6
<b>Dos posiciones culturales en torno a la salud y la enfermedad</b> _____	<b>9</b>
Resumen: _____	9
Palabras clave: cosmovisión, medicina científica, medicinas indígenas. _____	9
El límite de lenguaje de la ciencia antropológica _____	10
La naturaleza como concepto cultural _____	12
El tiempo como factor que limita el lenguaje _____	13
La situación religiosa _____	14
La situación médica _____	16
El desarrollo de la ciencia médica _____	17
Las consecuencias históricas _____	18
El desarrollo de la medicina en la zona maya _____	20
Reflexión final _____	23
Referencias _____	25
<b>Análisis de confiabilidad del inventario de estrés parental en un escenario: rural-marginado.</b> ____	<b>28</b>
Introducción _____	28
Objetivos _____	34
Material y Métodos _____	34
Resultados y Discusión _____	36
Conclusiones _____	36
Bibliografía _____	36
<b>Perspectivas para la sociología de la salud en México: un estudio de caso en la mixteca oaxaqueña</b>	<b>40</b>
_____	40
Resumen _____	40
Introducción _____	41
Sociedad y salud en México: una mirada a los medios de comunicación _____	42
La sociología de la salud en México brilla por su ausencia _____	44
Perspectivas teóricas en Sociología de la Salud _____	46
La salud como mercancía en una sociedad capitalista _____	47
Análisis constructivista del proceso salud-enfermedad en diez municipios de la mixteca oaxaqueña: un estudio de caso _____	48
A manera de conclusión _____	53
Bibliografía _____	55
<b>Síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del área quirúrgica hospital universitario de Maracaibo del estado de Zulia</b> _____	<b>56</b>
Resumen _____	56
Palabras Claves: Agotamiento, Compromiso, Personal de Enfermería. _____	56
Introducción _____	57
Planteamiento del problema _____	57
Objetivos de la investigación _____	59

Antecedentes de la investigación _____	60
Bases teóricas _____	61
Causas Emocionales del Agotamiento Laboral _____	61
Consecuencias que produce el Agotamiento Laboral en el Personal de Enfermería _____	62
Sistema de variables _____	64
Definición Operacional _____	64
Marco metodológico _____	66
Tipo de Investigación _____	66
Diseño de la Investigación _____	66
Población y Muestra _____	66
Técnicas de Recolección de Datos _____	67
Revisión Documental _____	67
Instrumentos de Recolección de Datos _____	67
Validez y Confiabilidad del Instrumento _____	68
Análisis y discusión de los resultados _____	70
Conclusiones _____	75
Recomendaciones _____	76
Referencias bibliográficas _____	77
<b>Eficacia de la intervención educativa en el hogar vs educación grupal en el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con Diabetes tipo 2 _____</b>	<b>80</b>
Introducción _____	80
Metodología _____	81
Resultados _____	84
Factores condicionantes básicos (FCB) _____	84
Nivel de conocimientos acerca de la DT2 _____	84
Autocuidado de los pacientes con DT2 _____	85
Niveles de glicemia en los pacientes con DT2 _____	85
Asociación del nivel de conocimientos de los pacientes acerca de la DT2 y la intervención educativa individual y grupal. _____	85
Asociación entre autocuidado e intervención educativa individual y grupal. _____	85
Diferencia de distribución _____	86
Comparación de medianas _____	86
Variable de confusión _____	86
Conclusiones _____	87
Referencias bibliográficas _____	87
<b>Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. _____</b>	<b>88</b>
Resumen _____	88
Palabras clave: determinantes sociales, adherencia al tratamiento, diabetes mellitus tipo 2 _____	89
Antecedentes y justificación _____	89
En un estudio realizado en la Cd. de Chihuahua (México), los resultados arrojaron que El apego al tratamiento farmacológico correspondió al 54%, en donde los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa para no apearse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa o menor y la falta de información sobre su enfermedad, y que por lo tanto La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones (Duran et.al., 2001) _____	92

Determinantes sociales de la salud _____	93
Adherencia al tratamiento _____	96
Cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia Terapéutica _____	98
Valoración del comportamiento adherente _____	99
Diabetes mellitus _____	101
Epidemiología de la diabetes mellitus. _____	104
La diabetes en México _____	104
Diabetes en Guanajuato. _____	107
Metodología del estudio _____	107
Consideraciones éticas y legales _____	108
Bibliográficas _____	109
<b>Influencia del Apoyo Educativo que brinda la Enfermera en las Capacidades de Autocuidado del Paciente con Diabetes Mellitus tipo II. _____</b>	<b>111</b>
Introducción _____	111
Justificación _____	112
Planteamiento del problema _____	114
Hipótesis _____	117
Objetivo General _____	117
Objetivos Específicos _____	117
Marco conceptual _____	117
Teoría del déficit de autocuidado _____	118
Autocuidado _____	119
Historia natural de la diabetes mellitus tipo II _____	121
Prevención Primaria. _____	122
Protección específica. _____	122
Etapa subclínica _____	123
Prevención Secundaria _____	123
Tratamiento oportuno. _____	123
Limitación del daño. _____	124
Complicaciones. _____	124
Defecto o daño. _____	125
Prevención Terciaria. _____	125
Apoyo educativo en la capacidad de autocuidado en el paciente diabético. _____	126
Diseño de investigación _____	126
Sujetos de estudio _____	127
Material y método _____	127
Análisis estadístico _____	129
Ética del estudio _____	129
Resultados y discusión _____	130
Conclusiones y recomendaciones _____	133
Bibliografía _____	134
<b>Instrumento para medir las capacidades de autocuidado en los pacientes adultos hospitalizados con terapia Intravenosa (INMCAPV) _____</b>	<b>136</b>
Resumen _____	136

Palabras clave: Validez y confiabilidad, autocuidado de la venoclisis pacientes adultos hospitalizados y terapia intravenosa.	136
Introducción	137
Teoría del Déficit de autocuidado (TDéfAC) y autocuidado de la venoclisis.	139
Metodología	140
Validez y Confiabilidad del instrumento INMCAPV	141
Descripción del instrumento INMCAPV:	142
Conclusiones:	142
Referencias bibliográficas	143
<b>Calidad de vida de la persona adulta mayor en el área urbana</b>	<b>144</b>
Resumen	144
Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, factores cognitivos	144
Antecedentes y justificación del problema.	145
Marco teórico	146
Marco empírico	148
Objetivo general:	149
Hipótesis	150
Diseño de investigación	150
Referencias bibliográficas	152
<b>Efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas, en adolescentes</b>	<b>154</b>
Introducción	154
Justificación	154
Marco teórico	156
Metodología	157
Resultados	159
Discusión	160
Conclusiones y sugerencias	163
Bibliografía	163
<b>Factores espirituales y familiares que influyen en los adolescentes de educación secundaria para que se inicien en la farmacodependencia</b>	<b>166</b>
Realidad problemática	166
Marco teórico empírico	169
Espiritualidad	169
Familia	173
Adolescente que usa drogas	177
Etapas de la farmacodependencia	178
Objetivo General:	179
Material y métodos	179
Instrumentos	180
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	180

## **Presentación**

El 2º. Foro Internacional sobre multiculturalidad presento por segunda ocasión la oportunidad de compartir las experiencias sobre: Diversidad, cultura y salud, resultando enriquecedor, el compartir nacional e internacional pues, permitió acercarnos al fenómeno de la salud actual y la manera en que el ser humano la busca, así como la vivencia del equipo de salud por contribuir al bienestar de los pacientes y de ellos mismos para alcanzar una mejor atención al cuidado de la salud. Presentándose los trabajos de investigación:

Dos posiciones culturales en torno a la salud y la enfermedad, que describe las distintas maneras de representación y acción que las prácticas de cuidado de la salud y de atención a la enfermedad tienen dos grupos culturales distintos, pues parten de una cosmovisión diferenciada, la medicina indígena y la medicina científica del territorio mexicano, símbolos y prácticas diversas en torno a estos dos conceptos básicos.

El Análisis de confiabilidad del inventario de estrés parental en un escenario rural-marginado, donde se encontró un alto nivel de confiabilidad, por lo que se recomienda ampliamente su uso en futuros estudios que involucren contextos indígenas y comunidades marginadas como un instrumento de screening en el ámbito de salud mental comunitaria.

Perspectivas para la sociología de la salud en México: un estudio de caso en la mixteca oaxaqueña, presenta un acercamiento a la institucionalización mediática de la salud en nuestro país, así como la nula institucionalización académica de la sociología de la salud y sugiere algunas perspectivas teóricas para su estudio, subraya una serie de tendencias para la región de estudio, así como algunos retos y perspectivas para la sociología de la salud.

El estudio sobre síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del área quirúrgica de un hospital universitario concluye: que el agotamiento laboral influye moderadamente sobre el grado de Compromiso Organizacional del personal que labora en el área quirúrgica, evidenciando que las enfermeras tienen aspiraciones de surgir en su sitio de trabajo, trabajan con energía, moderadamente se sienten frustradas por no poder realizar su trabajo debidamente

El estudio eficacia de la intervención educativa en el hogar vs educación grupal en el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con Diabetes tipo 2 compara la eficacia de la intervención educativa en el hogar (IEH) vs intervención educativa grupal (IEG) en el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con DT2. Concluyendo que la IEH incrementa conocimientos y autocuidado sin embargo no es eficaz para el control de la glicemia capilar.

Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es un protocolo que presenta cómo actualmente los determinantes sociales de la salud son denominados como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que permiten al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un área rural.

Influencia del Apoyo Educativo que brinda la Enfermera en las Capacidades de Autocuidado del Paciente con Diabetes Mellitus hace énfasis en que la Diabetes Mellitus es un padecimiento que constituye un serio problema de salud en México ya que afecta a una gran cantidad de personas

en edad productiva que cuando no se controla, provoca modificaciones importantes tanto en la calidad como en la esperanza de vida de las personas que la padecen que requiere de una atención especial, establece que el programa de apoyo educativo que brinda la enfermera sí influye en las capacidades de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.

El estudio Instrumento para medir las capacidades de autocuidado en los pacientes adultos hospitalizados con terapia Intravenosa (INMCAPV) habla de la obtención de herramientas de medición con un grado de precisión aceptable estadísticamente que permitan a las personas involucradas en la disciplina de enfermería contar con instrumentos válidos y confiables, susceptibles de ser utilizados en futuras investigaciones.

La investigación Calidad de vida de la persona adulta mayor en el área urbana, es un protocolo que pretende identificar la relación que existe entre la calidad de vida de la persona adulto mayor en la zona urbana y los factores: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, morbilidad sentida, función cognitiva, acceso a los servicios sanitarios e ingresos económicos.

Efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas, en adolescentes este estudio concluye que la población adolescente que en esta ocasión se trabajó ha usado drogas legales e ilegales alguna vez en su vida, lo cual en su mayoría lo deja como una población vulnerable, en la cual la intervención de enfermería provoco un cambio muy pequeño no significativo.

Factores espirituales y familiares que influyen en los adolescentes de educación secundaria que se inicien en la farmacodependencia, es un protocolo que pretende describir la espiritualidad y la vida familiar de los adolescentes de educación secundaria de 11 a 16 años que influyen para que se inicien en la farmacodependencia, así como describir la dinámica y principios de vida familiar del adolescente que se inicia en la farmacodependencia. Por lo que les invito a sumergirse en la lectura que en su presentación resulta ágil y enriquecedora.

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas



## Dos posiciones culturales en torno a la salud y la enfermedad

Nancy Paola Chávez Arias [hunikka@gmail.com](mailto:hunikka@gmail.com)

Jimmy Emmanuel Ramos Valencia. [balamoobtan@gmail.com](mailto:balamoobtan@gmail.com)

### **Resumen:**

Este ensayo versa sobre las distintas maneras de representación y acción que de las prácticas de cuidado de la salud y de atención a la enfermedad tienen dos grupos culturales distintos, pues parten de una cosmovisión diferenciada: a saber, las medicinas indígenas y la medicina científica del territorio mexicano. Para el análisis, partimos del concepto de lenguaje presente en la filosofía de Wittgenstein [1889-1951] que propone la renuncia a las certezas y el sentido único de la percepción. La salud y la enfermedad son eventos del mundo que forzosamente el ser humano tiene que simbolizar con el fin de hacerlos accesibles a su propio entendimiento y al de su grupo de socialización. Símbolos y prácticas diversas en torno a estos dos conceptos básicos, interactúan en los mismos tiempos y espacios dando lugar a encuentros tolerables, apropiaciones y readaptaciones, y también a conflictos latentes generados por la contraposición de cosmovisiones, las diferencias entre las interpretaciones de la realidad y las barreras de idiomas no compartidos.

**Palabras clave:** cosmovisión, medicina científica, medicinas indígenas.

## **El límite de lenguaje de la ciencia antropológica**

Wittgenstein, filósofo austriaco de principios del siglo pasado, dio a conocer sus ideas filosóficas en aquella época cuando el mundo se encontraba en convulsión, más o menos trastornado como en el principio de este siglo. Él entonces decía que el límite de nuestro pensamiento está en nuestro lenguaje, que la filosofía es una lucha contra el hechizo de nuestro lenguaje (Wittgenstein 1979 [1931]). Consciente o inconscientemente este pensamiento filosófico sentó las bases para los conceptos actuales sobre la cultura, que juegan con los prefijos multi-, inter-, pluri- en las sociedades de hoy en las que por todos lados se quiebran y regeneran las normas de la convivencia.

También a finales del siglo XIX y principios del XX, fue la joven antropología, ciencia del hombre, la que acuñó no sin gran confusión el término “cultura” como concepto analítico, y de esta forma el objeto de estudio de la nueva ciencia nació (Reynoso 1998). Se estudiaría la “cultura del hombre” ante la evidencia de su diversidad. Pero el límite del pensamiento está en el lenguaje, y la ciencia tiene su propio lenguaje según la época, y va cambiando conforme se rompen los paradigmas vigentes (Kunt 2006). En aquella época a la antropología no le interesaba la diversidad de la especie en sí misma. Su bagaje conceptual lo había heredado de los teóricos evolucionistas quienes a su vez quebrantaron el paradigma teológico antropocéntrico del hombre como obra y a semejanza de dios, ofendiendo a las consciencias tranquilas de entonces y aún a muchas hoy en día. La teoría de la evolución inició el desarrollo de la nueva ciencia antropológica como estudio de la evolución del hombre en sus diferentes etapas, y dichas etapas podían ser reconocidas por las manifestaciones culturales de las sociedades humanas (Palerm 2004).

Estos paradigmas científicos, son también juegos de lenguaje que limitan al individuo a pensar de una manera y no de otra. Cuando en la primera mitad del siglo XX, el pensamiento científico se presenta como baluarte del desarrollo social se ponen en práctica una serie de políticas basadas en este evolucionismo y México no es la excepción, al contrario, se convierte en el país ejemplo de los gobiernos latinoamericanos porque “todo el mundo” miraba en la misma dirección de la escalera evolutiva. Las consecuencias de no cuestionar nuestro lenguaje, de no haberle puesto más atención al concepto de desarrollo unilineal que nos parecía tan natural,

como natural es la adaptación biológica del más apto, en nuestro siglo XXI las estamos sufriendo.

Es por eso que hoy en día surgen nuevos conceptos que nos auxilien a trascender las barreras de nuestro lenguaje. Hoy vemos atrás y a los lados en el tiempo y nos sabemos rodeados de una riqueza de pensamientos y alternativas, que en el caso de México, por siglos se ha tratado de ocultar y desaparecer.

En México en 1987, sale a la luz un libro clave en la antropología mexicana, *México profundo, una civilización negada* en el que Guillermo Bonfil expresa la riqueza cultural de México y denuncia magistralmente la opresión del estado y la sociedad mestiza hacia los indígenas. Es una obra clave en el paradigma científico de las ciencias sociales en México porque ayuda a forjar la crítica a la disciplina antropológica tal como se estaba practicando hasta entonces. Al principio del siglo XX una antropología de corte asimilacionista que buscaba estudiar la cultura indígena no para comprenderla sino para encontrar la mejor forma en que el estado pudiera implementar políticas para unificar la cultura nacional, borrar las diferencias de idioma y otras costumbres, y lograr que todos los habitantes del territorio se reconozcan e identifiquen como mexicanos compartiendo los mismos símbolos de identidad. En la época posrevolucionaria en México y de posguerra en el mundo, a partir de la crítica de otros intelectuales de la época, la antropología mexicana se considera integracionista pues en cierta medida reconoce la diferencia y busca preservarla siempre y cuando el indígena se integre a la cultura nacional en un proceso más paulatino y menos violento, y es en este contexto cuando surgen las escuelas de educación bilingüe por ejemplo (Mechthild 2006). Actualmente estamos asistiendo a un cambio de enfoque, pero la alternativa no es clara y en algunos círculos antropológicos, sobre todo de intervención estatal, se preservan las ideas integracionistas.

Después de un siglo tan agitado y a partir de la protesta de los pueblos originarios en 1994, nos dimos oficialmente cuenta<sup>1</sup> de que nuestra forma de organizar la cultura no es la única en el país, pero aún nos falta mucho camino por recorrer para que entendamos que nuestros conceptos no tienen validez universal y que los lenguajes no se pueden traducir entre sí de manera simple y automática. Esto es lo que trata de decir a gritos el concepto de multiculturalidad,

---

<sup>1</sup> Artículo 4º constitucional: “La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas [...]”

pluriculturalidad y finalmente interculturalidad. Este nuevo paradigma en su conjunto apuesta por un reconocimiento y respeto mutuos, por una convivencia social que enriquezca con nuevos conceptos nuestro lenguaje, y por ende, nuestros pensamientos y acciones (Ramírez 2008).

## **La naturaleza como concepto cultural**

También es importante aclarar que la riqueza de nuestro pensamiento no radica en ampliar nuestra colección de conceptos, pues el límite de nuestro lenguaje no es sinónimo de pobreza de léxico. Así como el desarrollo del cerebro radica en que las neuronas hagan nuevas conexiones y nuevos conjuntos de conexiones, también el pensamiento humano se configura de una manera u otra dependiendo de la cosmovisión que le de soporte, es decir, de los conceptos pero también de la manera en que tales conceptos están relacionados entre sí. Se dice que cada cabeza es un mundo, y la misma regla aplica a nivel macrosocial, cada cultura es un mundo, con sus propios recursos y conexiones entre elementos.

Mundos que sin embargo pertenecen a la misma especie y por lo tanto tienen cosas en común. Aquello que todos los seres humanos compartimos se le ha dado por llamar “lo natural”, nuestra estructura física, biológica, el genoma. Pero si queremos acceder a otra forma de entender el mundo, otra cosmovisión, nos tenemos que conformar con que aquello que consideramos natural, se queda sólo a nivel de noción. El ser humano es capaz de definir conceptos, la historia lo ha demostrado, pero ¿somos capaces de construir y de deconstruir partiendo del nivel nocional?

Se puede hacer un esfuerzo por ejemplo, si hacemos a un lado la definición de lo que entendemos por salud y por enfermedad. Es decir, si partimos del supuesto de que la enfermedad no es un ente en sí mismo sino un fenómeno cultural que el ser humano percibe y significa a partir de las capacidades y límites de su propio lenguaje (Peretti 2010) entonces nos colocamos en una postura de comprensión y diálogo con otros lenguajes, con otras culturas.

En el caso específico de la medicina, llegar a la comprensión cultural mutua es particularmente difícil. En nuestra sociedad, al médico se le forma para interpretar los fenómenos con los que trata a partir del lenguaje de las llamadas ciencias de la naturaleza: biología, química, anatomía, etiología, etc. Y a la mayoría de nosotros nos resultaría muy difícil creer que los “hallazgos” de la medicina no son hallazgos naturales, sino interpretaciones culturales repletas de significado.

Más difícil aun cuando la base del llamado conocimiento científico es de verificación empírica, con tecnología de punta a través de la cual se puede ver, oler y manipular aquello que nuestro lenguaje le ha dado el nombre de órgano, célula, microbio, bacteria o virus.

Sin negar la realidad de estos fenómenos de la naturaleza, en lo que aquí se intenta hacer énfasis es en que estos fenómenos los conocemos sólo a partir de nuestra posición como sujetos históricos y culturales, es decir, percibimos, interpretamos y compartimos a través de nuestros esquemas de pensamiento. Nuestra cosmovisión no es universal y por lo tanto nuestra percepción e interpretación no son las únicas válidas en el mundo. Esto es algo que debemos tener muy en cuenta cuando nos acercamos al estudio de las sociedades indígenas, porque algunas veces lamentablemente sucede que lejos de intentar comprender la lógica interna del lenguaje ajeno, nos contentamos con describir las formas superficiales y folklóricas de los llamados “indios” (cuya connotación por cierto ya tiene un carácter peyorativo), y con esto, lo único que logramos es reforzar la ideología etnocéntrica de superioridad que a lo largo de la historia mexicana ha acompañado a muchos sectores de la cultura mestiza.

### **El tiempo como factor que limita el lenguaje**

Otro error que solemos cometer al acercarnos a la comprensión de la otredad y de nuestra propia cultura, es aquel que se presenta no tanto por los límites conceptuales de las palabras sino por los constreñimientos temporales de nuestra posición histórica. Las herramientas que nos otorga nuestra época determinan la manera en que miramos al pasado, y para llenar ese vacío vamos creando prototipos que con el tiempo se van convirtiendo en prejuicios culturales. La distancia simbólica que solemos poner entre nuestra cultura mestiza y las culturas indígenas es tal que el indígena queda invisible, perdiéndose en la masa de las culturas populares de las ciudades. Siglos de exclusión sistemática por parte de la cultura hegemónica ha tenido por consecuencia que, en el mejor de los casos, el indígena reproduzca su idioma y costumbres en la esfera doméstica, y se personalice en la esfera pública como mestizo hispanohablante, aún a sabiendas que es insuficiente su esfuerzo, pues la discriminación se mantiene debido a su aspecto físico y se agudiza por su forma de hablar el español (Hernández 2001).

En la ruralidad ha sido relativamente más viable reproducir los esquemas propios, ahí el grupo social respalda y anima al individuo a fortalecer la identidad. Actualmente se presenta un doble

proceso en este sentido: por un lado, la alarmante desarticulación del campo mexicano que propicia la migración masiva produciendo una desarticulación comunitaria; y por otro lado, una cada vez más fuerte voz de reivindicación de la identidad indígena surgida de la propia angustia de la desarticulación grupal y del evidente fracaso del modelo neoliberal para dar cabida a todos los ciudadanos (Delgado 1999).

Pero los grupos indígenas de hoy no son los mismos que los de hace 500 años o los de hace 1000 años, así como tampoco los grupos hegemónicos de hoy son los mismos que los colonizadores del siglo XVI, ni los europeos de hace un milenio. El análisis es forzado si los posicionamos en dos categorías homogéneas y antagónicas, además de que corremos el riesgo de reducir a categorías simples un fenómeno mucho más complejo. Entiéndase que esto forma parte de los límites de nuestro lenguaje. Etimológicamente analizar implica separar un todo en sus partes para examinar el conjunto, así que seamos claros, aquí se analiza lo más diametralmente opuesto de ambas posturas culturales, se tiene por un lado la posición mestiza hegemónica y por otro lado la posición indígena pero considerando que en el interludio se entretajan una serie de relaciones que escapan a los objetivos y posibilidades de este ensayo.

Hacer el intento de comprender la relación actual entre estas dos posturas ideales, implica retroceder en la historia al menos al momento del contacto indoeuropeo en el siglo XVI, cuando se institucionaliza el imperialismo basado en la conquista espiritual.

## **La situación religiosa**

Es sabido que los indígenas poseían una extensa y variada colección de tratados médicos y gran maestría en el tratamiento de las enfermedades, Hernán Cortés, Fray Toribio de Benavente (Motolinía) y Bernal Díaz del Castillo lo reconocen en sus obras (Morales 2001; Micheli-Serra 2001). La especialización y la formación académica no eran ajenas al mundo indígena. Lejos de considerar a los indígenas como pueblos atrasados, salvajes o bárbaros como la ciencia moderna del siglo XIX y parte del XX los consideraría más tarde, en los escritos españoles se expresa la admiración que ellos tuvieron ante las majestuosidades de los reinos del nuevo mundo (Díaz del Castillo 1992; Martínez 1990). El único problema que los conquistadores vieron fue su desconocimiento del cristianismo (Diego de Landa 1986).

Según el modelo de Horton (en Farris, 1984), en el pensamiento religioso tenemos dos niveles, el macrocósmico o universal, identificado con la adoración monoteísta, y el microcósmico o parroquial, que Nancy Farris divide para el caso maya yucateco en culto privado y culto comunal, identificados por los españoles como supersticiones e idolatrías respectivamente. En este nivel microcósmico la manifestación religiosa está dirigida a todos aquellos seres menores que habitan el espacio cósmico mundano.

Este modelo nos ayuda a pensar en el politeísmo-monoteísmo no como un proceso evolutivo sino como una intersección de prácticas y niveles. Las reflexiones teológicas acerca del concepto de la divinidad han sido reservadas para la nobleza y las élites dominantes (Itzamná para el caso maya, Ometéotl para los chichimecas, Tloque-Nahuaque para los texcocanos, Dios-Padre para los cristianos), ambos pensamientos culturales consideraban la existencia de un dios superior que a su vez es personas múltiples. Pero el vulgo de ambas sociedades estaba más identificado con su espacio habitado por múltiples seres, ya sea aluxes, chaques, wayes, chaneques, nahuales en la cultura indígena; o ángeles, demonios, diablillos, duendes, querubines y santos entre los europeos.

En este sentido, el sistema de creencias español no negó la realidad de estos muchos seres intangibles que habitaban el mundo indígena, pues las deidades menores que dan sustento y los santos protectores de las villas europeas están en este nivel del mesocosmos. Conforme fue socavándose paulatinamente la élite indígena el pensamiento campesino hizo de los santos tutelares sus deidades protectoras (Farris 1984). Si el sistema español hubiera simplemente ignorado esta realidad y tratado de imponer su cosmovisión al mundo indígena no hubiera usado los mismos métodos que empleó para la evangelización, pues a estos seres intangibles del mundo indígena, los conquistadores les conferían realidad identificándolos con las huestes del maligno y por eso era necesaria su erradicación total.

En medicinas, el reconocimiento mutuo era práctico, pero en el nivel de las ideas, la religión fue un factor determinante en el proceso de desprestigio de la cultura indígena, incluyendo las prácticas médicas, pues éstas hacían uso de la palabra mágico-religiosa considerada por los españoles como superstición, pero insistimos, el prejuicio europeo se debía a la satanización del sistema religioso indígena y no a que consideraran que era ineficaz, pues al momento del contacto, Bernal Díaz dice que en el sitio de Tenochtitlán “curábamos nuestras heridas con quemárnoslas con aceite, y un soldado que se decía Juan Catalán las santiguaba y ensalmaba” (en

Micheli-Serra, 2001: 258) expresando así que el uso de la palabra considerada sagrada para auxiliar una curación tampoco era ajena al sistema de creencias español.

## **La situación médica**

La competencia por la legitimidad entre las medicinas indígenas y no indígenas podemos decir que es una herencia colonial para el caso de Latinoamérica. El origen de esta herencia podemos rastrearlo hasta la conformación del reino de España con la instauración del *Protomedicato* durante el gobierno del Rey Alfonso III de Aragón (1285-1291) (Díaz 1998). No obstante, esta situación respondió a dos lógicas diferentes en ambos continentes. Por un lado, su instauración en el territorio español en la edad media fue con la intención primera de liberarse del yugo mahometano (Díaz 1998). Por otro lado, para el caso de América su función fue muy diferente, ya que su instauración tiene que ver con el control por parte de los insulares y de los criollos de los oficios de médicos en el territorio colonial, privilegiando a este grupo por encima de los que eran mestizos o de cualquier otra casta (Viesca 2001).

El tribunal de la inquisición trabajaba en conjunto con el *Protomedicato* en la regulación de prácticas de atención a la enfermedad. Dichas instituciones permitían la ejecución de la práctica de los curanderos americanos, siempre y cuando se remitiesen al uso de plantas y técnicas (como el acomodo de huesos y las sobadas) pero con la tajante prohibición del uso de cualquier otro medio que sea considerado de carácter ritual ajeno a los dogmas católico-cristianos (Viesca 2001; Carrillo 2010).

Ante tal sistema de exclusión profesional, por un lado, y de persecución religiosa, por otro, los pueblos indígenas tuvieron que reservar sus prácticas médico-rituales a la esfera privada, y al mismo tiempo resignificarlas y reforzarlas, pues desde entonces el tan aclamado mestizaje que se pregona hoy en día ya los había excluido de la información proveniente de Europa que sienta las bases para el desarrollo de la medicina global actual.



## **El desarrollo de la ciencia médica**

Durante la época colonial, el prejuicio sobre la superstición indígena fue transformándose en descrédito sobre la eficacia de las medicinas integrales. Conforme se fue desarrollando el pensamiento científico en Europa occidental también presenciamos una fragmentación de las esferas sociales que en la cosmovisión indígena actual carece de sentido. La visión organicista de la medicina hegemónica choca con la visión holística de las medicinas indígenas en la que salud-sacralidad-integridad personal y social no expresan conceptos separados y distintos, sino que están unidos en una íntima interdependencia (Viesca 1998).

Este grado sutil de conocimiento indígena sobre la relación hombre-naturaleza-divinidad, que a su vez ha tenido su propio desarrollo, dinámica y vigencia se fue marginando y opacando conforme el pensamiento científico fue ganando terreno. “Las leyes de Kepler fueron las primeras "leyes naturales" en el sentido moderno: afirmaciones precisas y verificables acerca de las relaciones universales que rigen fenómenos particulares, expresadas en términos matemáticos” (Micheli-Serra 2004: 558). Verificar significa observar, y en el conocimiento altamente intuitivo de la cosmovisión indígena no siempre aplica esta noción moderna de “leyes naturales”. También es importante notar que Kepler vivió en Alemania entre 1571 y 1630, y aunque hoy la base de su pensamiento es fundamental en la cultura hegemónica global, sus ideas llegaron a Nueva España hasta la segunda mitad del siglo XVIII a partir del movimiento ilustrado, cada vez más popular entre la élite intelectual criolla.

Hasta entonces, las ideas más extendidas en Europa sobre la explicación de las enfermedades se basaban en la teoría galénica de los cuatro humores y en la teoría miasmática de las enfermedades, entre otras (Barona 1993), que suponían una relación distinta entre los conceptos de hombre-naturaleza-sociedad, de los que supone la ciencia médica moderna. El primer médico en integrar a su disciplina el método matemático y experimental fue el doctor Hermann Boerhaave [Holanda, 1668-1738]. En 1703 sentó los fundamentos de la medicina científica basada en cuatro principios: “la orientación historicista, la problemática del método inductivo en oposición al apriorismo, el procedimiento mixto inductivo–deductivo ya preconizado por Galileo y la integración físico–química en el estudio clínico.” (Micheli-Serra 2004:559). Llegada esta revolución intelectual a la Nueva España, fue aumentando la desaprobación por las prácticas médicas indígenas.

Y cuando se demostró la eficacia de los primeros instrumentos propiamente médicos, por ejemplo, el esfigmomanómetro introducido en 1896 por el médico italiano Scipione Riva-Rocci (Micheli-Serra 2004: 560) fue la cúspide del éxtasis intelectual y la consolidación de la postura de superioridad del saber médico occidental sobre las otras medicinas, borrando del discurso histórico la incómoda premisa de que el enriquecimiento material e intelectual pudo haber sido posible solo a partir del despojo y la negación de los otros conocimientos.

Lejos del enriquecimiento mutuo, la medicina hegemónica se ha enriquecido de los conocimientos locales del mundo entero a través de la institución del imperialismo y su sistema de exclusión racial y étnica. Algunas veces en la práctica, no así en ciertos círculos médicos estudiosos de la perspectiva histórica, la medicina contemporánea olvida que a lo largo de su desarrollo ha recibido aportes de diversas disciplinas, también olvida que siempre ha partido de conocimientos locales sobre el control de enfermedades endémicas. Por ejemplo, sería muy difícil controlar la malaria, una enfermedad tropical, con un conocimiento nórdico sobre el control de una enfermedad que en tal hemisferio es inexistente (Breilh 2003).

## **Las consecuencias históricas**

Lamentablemente no en pocas ocasiones encontramos una posición de arrogancia y descrédito, por parte de los médicos y de la medicina en general pero a manera de navaja de doble filo, ya que por otro lado, se realizan acciones que reconocen de manera oculta el conocimiento médico local y tienen la firme intención de obtener tal conocimiento, aunque tenga que ser por medios no legales (la biopiratería) (Huber 2001; Delgado 2001).

El siglo XX quiso demostrar con dos guerras mundiales la supuesta superioridad de un pensamiento determinado imponiendo sus prácticas culturales; en México y otros países de América Latina se manifestaron en la sistemática discriminación a lo considerado como indígena. Esto, aunado a las prácticas externas que los pueblos han tenido que adoptar (migración, explotación laboral, falta de apoyo a la actividad agrícola tradicional-milpa-) provocan una subestimación de los conocimientos tradicionales entre los propios integrantes del mundo indígena.

Ante este panorama, las ciencias sociales que proponen la revalorización de las otras culturas acuñando términos como multiculturalidad o interculturalidad deben ser muy cuidadosas del lenguaje que emplean, y no dejarse llevar por la inercia del paradigma especialmente en aquellos campos conflictivos como lo son las prácticas médicas.

Es común por ejemplo, entre los científicos de la antropología médica utilizar el término “síndromes de filiación cultural” para referirse a los complejos mórbidos manifestados en los espacios rurales campesinos. Carlos Zolla los define como aquellos “que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo.” (Zolla, 1988; de Martino, 1961).

Tal vez sin que fuera la intención de los que acuñaron el concepto, la inercia de los constreñimientos cosmovisionales de las ciencias sociales definitivamente fundamentados en el pensamiento dialéctico provoca que se vaya formando un binomio: enfermedades culturales vs enfermedades naturales, dando a entender que las primeras son esencialistas y se remiten a lo prehispánico, las segundas son dinámicas porque se renuevan en el avance científico (Leda Peretti, 2010).

Si a estas alturas del siglo XXI proponemos que todas las enfermedades son culturales en el sentido de la definición se hace entonces inoperable su utilidad como instrumento de análisis para el estudio de los pueblos indígenas, pero al mismo tiempo resulta útil para repensar el concepto de naturaleza tan arraigado en el pensamiento occidental y que a veces sirve para legitimar una postura que se pretende imponer sobre otras.

La medicina indígena parte de una lógica que incluye el ciclo de la vida, la especialización de su ocupación, las prácticas sacras de los grupos a los que pertenecen y a su vez el cómo se han insertado dentro de los continuos procesos de cambio cultural (Huber 2001: 13-16).

Desde el momento en que presentó la confrontación entre cosmovisiones de diferentes grupos humanos, ambas posturas sobre la medicina se han desarrollado a la par. La historia la escriben los vencedores, así que le podemos seguir el paso al desarrollo de la medicina científica, pero más difícil resulta entender cómo llegó a conformarse la situación actual en que se encuentran los grupos indígenas ante esta cuestión. A pesar de la implementación de varios elementos de la medicina científica en la vida cotidiana de los pueblos indígenas, principalmente la atención médica en las clínicas oficiales y la implementación de la farmacopea alopática en los

tratamientos de las enfermedades (Leda Peretti, 2010), también se manifiesta una visión del mundo diferenciada a la de la cultura mestiza dominante. Y precisamente esta adaptación de elementos externos está sostenida en un sistema clasificatorio propio que da sentido según la lógica interna del grupo.

## **El desarrollo de la medicina en la zona maya**

En nuestra formación profesional, hemos intentado lograr un acercamiento a la comprensión de los procesos terapéuticos utilizados ahora por los mayas de la península de Yucatán. Desafortunadamente en lo que respecta al compendio de textos que versan sobre las *diferentes maneras de atender una enfermedad* de la población maya de Yucatán, las fuentes con que contamos son escasas en comparación con las que existen para el estudio de las medicinas del centro de México (Appel 1996: 7-15) dentro de este compendio algunos pueden ser catalogados como tratados de medicina maya.

Los textos que existen tienen como objetivo informar acerca del uso de infusiones hechas a partir de recetas que indican las propiedades específicas de ciertas plantas -endémicas, nativas e introducidas, según sea el período en que fue redactado el texto- y otros componentes naturales (Gubler 2000). Estas recetas informan sobre formas de *curar* enfermedades comunes de la región. Algunos de los textos vienen acompañados por oraciones; éstas pueden encontrarse en diferentes secciones del texto, ya sea para indicar el comienzo ó, al parecer también servían para indicar las plegarias que debían acompañar el proceso de curación o el proceso de preparación de las infusiones. *Grosso modo* podemos decir que estas oraciones tienen como fin el complementar la acción física de las infusiones de hierbas y elementos materiales. Y de igual manera la forma en la que las oraciones se dirigen a las divinidades nos sirve para indicar la procedencia indígena o católica de los escribanos del texto<sup>2</sup>.

La mayoría de las fuentes que tratan de las maneras de curar que tenían los indígenas de la región maya datan a partir de la conquista y muchas fueron escritas por los primeros frailes que tuvieron

---

<sup>2</sup> Para un estudio detallado de los análisis de las oraciones indígenas se recomiendan los textos: “La herbolaria y otras prácticas médicas en las fuentes coloniales yucatecas” (Gubler 2004); “Vientos y aires en la terapéutica maya yucateca: del *Ritual de los Bacabes* a la ritualidad moderna” (Gubler 2007); “Versos de exordio y de invocación en la ritualidad maya yucateca” (Martel 2008); “Los rezos mayas: una ofrenda a la divinidad” (Ramos 2010).

como objetivo el describir todas las costumbres de los hombres de las nuevas tierras descubiertas. La manera en la que están escritos esos trabajos refleja el choque cultural que representaba para los conquistadores los procesos terapéuticos de los indígenas americanos. También podemos ver que estos procesos terapéuticos se insertaban dentro de patrones culturales que la lógica europea no era capaz de comprender<sup>3</sup>.

Dentro del corpus de textos nos encontramos con que la autoría de éstos tratados va desde textos prehispánicos que fueron traducidos al español (inclusive algunos de éstos sobrevivieron hasta épocas actuales, algunos escritos en lengua maya); pasando por los compendios sobre plantas para curar enfermedades, o “maneras de curar de los indios”, realizados por los primeros misioneros y encomenderos; y los compendios realizados por extranjeros que vinieron a vivir a la península de Yucatán en tiempos coloniales<sup>4</sup>. Una clasificación de todos los trabajos es la realizada por Alfredo Barrera Vásquez:

- 1) Los tratados escritos por los mismos indígenas mayas, (a) de medicina empírica, b) de ensalmos.
- 2) Las relaciones escritas por los españoles, especialmente religiosos y encomenderos, durante la dominación española.
- 3) Los vocabularios mayas, los más compuestos por frailes durante el período colonial.
- 4) Los tratados en español escritos por gente de esta habla en época más reciente, utilizando material nativo y extraño, (a) populares, b) con técnica científica.
- 5) Los estudios científicos sobre la flora de la península, con alusión a su uso médico por los nativos.
- 6) Las obras específicamente escritas sobre el uso de la flora yucateca en la medicina.
- 7) La viva voz de los curanderos nativos (*hmenes*, yerbateros).
- 8) El uso popular doméstico actual de hierbas y otros remedios empíricos. (Barrera 1963: 62).

---

<sup>3</sup> Se recomienda el texto “La materia médica en el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*” citado en la bibliografía.

<sup>4</sup> Tal es el caso de Don Juan Francisco Mayoli que según algunas fuentes firmaba con el seudónimo Ricardo Ossado, apodado el judío, que vivió en Valladolid en el siglo XVIII y redactó un tratado de las virtudes de las plantas medicinales de Yucatán, conocido, después de su muerte cómo: “Medicina Doméstica y descripción de los nombres y virtudes de las llervas indígenas de Yucatán y las enfermedades a que se aplican que dejó manuscrito el famoso Médico Romano D. Ricardo Ossado (a) el Judío, que vivió en el siglo diez y siete, siendo esta copia fiel del original que dejó la señora Doña Petrona Carrillo de Valladares, del pueblo de Ticul, a quien Dios guarde por muchos años.” (Barrera-Vásquez 1963).

Todos estos trabajos representan de manera general a la medicina tradicional maya. Aunque Alfredo Barrera Vásquez la divide en medicina "...empírica y la mágica. La primera se vale de remedios materiales, la segunda de ensalmos. Pero ambas se mezclan y las ejerce, por lo general, el mismo médico." (Barrera 1963: 62). Se debe tener en cuenta que el binomio: empírica y mágica, del análisis de Barrera Vásquez de la medicina tradicional maya (o nativa como él la llama) resulta útil como categoría de análisis, pero no da sentido en la realidad percibida y reproducida en la vida cotidiana de los mayas actuales, pues las personas no hacen tal clasificación de sus procesos terapéuticos.

Más bien lo que se ve reflejado, tanto en las fuentes históricas, como en las fuentes etnográficas, es que las personas mayahablantes ven las prácticas curativas como una serie de procesos que necesita abordar todos los aspectos que conforman a la persona, siendo ésta un ente integrado por entidades anímicas y físicas. Debido a su composición compleja, la persona debe contar con un tratamiento holístico que englobe a todas las entidades que la conforman: *uinklil*, el cuerpo conformado por hueso (*baak*) y carne (*bak'*), *óol* (Güemez 2000), y todas las demás entidades intangibles, *pixan*, *üik*, *tukul*, *k'ünam*, *óol*, *way*, *kuxan* (Bourdin 2007) de las cuales no es sencillo hacer una correspondencia a nuestro idioma que a lo máximo usa tres términos: mente, cuerpo y espíritu o alma.

En consecuencia, en la práctica ambos aspectos (siguiendo con la clasificación propuesta por Alfredo Barrera Vásquez), el empírico y el mágico, se utilizan como complementos de un mismo tratamiento que se presenta como una alternativa diferente a la proporcionada por la medicina científica. Y entre sus fines se encuentran el complementar el tratamiento proporcionado por los médicos; y también es una medicina especializada en enfermedades que la medicina científica no puede curar debido a la carencia de una atención integral de carácter holístico, incapaz de entender y atender los componentes que integran el cuerpo humano desde la concepción maya.

Es por esta razón que la eficacia terapéutica de las plantas debido a sus propiedades físicas no es suficiente para entender el proceso terapéutico que se utiliza para curar las diferentes enfermedades del pueblo maya. Porque podemos decir que dentro de la medicina maya las plantas son la parte palpable de un cosmos que se encuentra ordenado por aspectos visibles e invisibles cuyo correcto funcionamiento depende del ordenamiento de ambas esferas, que en su cosmovisión son parte de un todo. El aspecto físico del cuerpo (*bak*) es restablecido por las propiedades físicas de las infusiones hechas con plantas y la sobada (*baak*) sin embargo, de igual

manera el aspecto espiritual o anímico (*óol* principalmente) se encuentra desalineado y necesita ser ordenado para que el funcionamiento correcto del cuerpo de la persona pueda restablecerse y proseguir con su rol específico, en el carácter dinámico y no rígido, dentro de la construcción simbólica de las cosas (Casares 2007: 204-208).

El aspecto anímico por lo general se restablece a partir de las oraciones declamadas y cantadas en las ceremonias de curación por el *h'men*. Las oraciones (*payalchio'ob*) tienen la función de invocar a las divinidades mayas y católicas, de igual manera que a las propiedades anímicas de las plantas, ya que éstas, al igual que el monte y los cielos, tienen dueños (Casares 2007). Estas oraciones son fórmulas cuyo fin es llamar a todos los aspectos no físicos que se encuentran presentes durante la curación y que además, son una parte activa de las causas de la enfermedad que acongoja al paciente.

## **Reflexión final**

¿Con qué autoridad decimos que esta realidad percibida en otro idioma y soportada en otra cosmovisión no es válida o está errada solo porque no tiene sentido en las conexiones conceptuales de nuestra propia visión del mundo?

Entendemos que el médico no está obligado a comprender la lógica inherente a una cosmovisión ajena con la que de pronto tiene que lidiar en su ejercicio profesional, cuanto más si se trata de lógicas diversas en un país plurilingüístico y por ende pluricultural.

De lo que se trata es que el médico y el mestizo en general transformen la actitud basada en prejuicios evolucionistas que tiene hacia el indígena. Es preciso renunciar a conceptos como superstición o atraso cultural y empezar a ser conscientes de que nuestro esquema para percibir e interpretar la realidad no es el único válido. Solo bajo esta condición es posible manifestar el respeto que se le ha negado a una población históricamente discriminada. Es menester recordar que “Naturaleza, Cultura y Hombre son conceptos genéricos y sus formas de aparición y en sus formas de relacionarse unas con otras, se hacen ‘operables’ en diferentes visiones del mundo con sus órdenes diferentes respectivos” (Koechert, 1999: 286).

En este sentido, las prácticas curativas indígenas son estrategias ritualizadas de refuncionalización y defensa de un conocimiento y una percepción coherente con el mundo exterior frente a los aspectos criticados de la medicina científica tal como se practica en los

pueblos de México. Sin pretender subestimar la noble y necesaria labor de los médicos que ejercen su profesión en las clínicas rurales, dar luz a la crítica de los habitantes que reciben sus servicios es parte de la gestión de un proceso intercultural en un país pluricultural.

Algunos puntos críticos de la relación práctica entre el médico científico y el paciente indígena son los siguientes:

a) el lenguaje técnico empleado por el médico es poco claro tanto a nivel literal como figurado; b) la medicalización imprescindible posterior a la cita causa angustia en la gente en dos sentidos: implica un gasto económico y muchos de estos medicamentos son de carga fría, lo que se traduce en un daño mayor del cuerpo enfermo; c) la intervención quirúrgica es el preludio de la muerte, cuando menos de muerte social debido a las restricciones médicas postquirúrgicas de evitar los esfuerzos físicos fuertes; d) la prohibición de la ingesta de alimentos culturalmente considerados como saludables (maíz, carne) se contradice en la lógica interna (pero se comparte la noción de exceso como perjudicial); e) la especialización organicista de la medicina institucionalizada provoca en el paciente una sensación de vacío, o de falta de atención integral de la persona; f) entre los pobladores existe una percepción de falta de calidad en el servicio debido a que saben que a sus recónditos lugares no llegan médicos con experiencia sino pasantes de medicina que aún no están titulados, y que sólo están cumpliendo (de mala gana algunas veces, con sus afortunadas excepciones) con el requisito de hacer sus prácticas profesionales o de llevar a cabo su servicio social comunitario, g) aunado a esto se sabe que el doctor estará sólo un tiempo en el lugar y luego se irá, por parte de la comunidad, esto se percibe como una falta de compromiso y voluntad de involucrarse y dialogar con los habitantes.

La coyuntura histórica actual debe aprovecharse porque existen los elementos para ello. Por un lado en muchas zonas indígenas en las últimas dos décadas los médicos locales “han constituido asociaciones regionales e incluso nacionales [sin embargo] las actuales leyes sanitarias consideran su existencia en forma subordinada e incompleta” (Campos 1997: 68). Por otra parte, los servicios estatales y federales de salud cumplen continuamente metas en cuestión de cobertura, pero la formación académica de médicos y enfermeras aún es insuficiente en términos del discurso de la interculturalidad.



## Referencias

- Barona Vilar, J. L. (1993). Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Revista de Demografía Histórica* , 49-64.
- Barrera Vázquez, A. (1963). Las fuentes para el estudio de la medicina nativa de Yucatán. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* , 61-73.
- Bonfil, G. (1987). *México profundo, una civilización negada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdin, G. (2007). La noción de persona entre los mayas: una visión semántica. *Pueblos y fronteras* (4), 1-31.
- (2008). El cuerpo humano en el léxico del maya peninsular. *Ketzalcalli* , 47-68.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Campos Navarro, R. (1997). Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropología* , XVI (52), 67-87.
- Carrillo González, J. (2010). *El sastún y el copal, la ritualidad maya en el contexto colonial. Tesis de Maestría*. Mérida: CIESAS.
- Casares Contreras, O. (2007). *Bix u na'atik maaya wiinik le ka'ano': un estudio antropológico sobre la visión del cielo y la naturaleza según los mayas actuales. Tesis de Maestría*. Mérida: UADY.
- De Landa, F. D. (1986). *Relación de las cosas de Yucatán*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Martino, E. (1961). *La terra del rimoroso*. Milan: Saggiatore.
- Delgado Campos, J. (1999). La Nueva Ruralidad en México. *Investigaciones Geográficas* , 82-93.
- Delgado Ramos, G. C. (2001). la biopiratería y la propiedad intelectual como fundamento del desarrollo biotecnológico. *Problemas del Desarrollo* , 32 (126), 175-209.
- Díaz del Castillo, B. (1992). *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. Barcelona: Planeta.

- Díaz, O. (1998). Historia del Protomedicato. *Archivos bolivianos de historia de la medicina*, 4 (1), 15-21.
- Farris, N. (1984). *Maya society under colonial rule*. New Jersey: Princeton University Press.
- Gubler, R. (2000). Antiguos documentos de medicina maya. (R. M. Ramos, Ed.) *Anales de Antropología*, 34, 321-335.
- (2004). La herbolaria y otras prácticas médicas en fuentes coloniales yucatecas. *Ketzalcalli*, 1, 34-43.
- (2007). Vientos y aires en la terapéutica maya yucateca: del Ritual de los Bacabes a la ritualidad moderna. *Ketzalcalli*, 1, 76-99.
- Güemez Pineda, M. (21). La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Revista Mesoamérica*, 305-333.
- Hernández Castillo, A. (2001). *La otra frontera: identidades múltiples en el Chiapas Poscolonial*. México: CIESAS-Porrúa.
- Hirose, J. (2007). El cuerpo y la persona en el espacio-tiempo de los mayas de los chenes, Campeche. *Revista Pueblos y Fronteras en México y Centroamérica*, 1-31.
- Huber, B. (2001). Introduction. En B. Huber, A. Sandstrom, B. Huber, & A. Sandstrom (Edits.), *Mesoamerican Healers* (págs. 1-18). Austin, Texas, Estados Unidos: University of Texas.
- Koechert, A. (1999). Interculturalidad frente a globalización: un acercamiento teórico y metodológico a un programa de investigación. En A. Koechert, & B. Pfeiler, *Interculturalidad e identidad indígena: preguntas abiertas a la globalización en México*. (págs. 283-294). Hannover: Verlag für Ethnologie.
- Kunt, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Martel, P. (2008). Versos de exordio y de invocación en la ritualidad maya yucateca. *Ketzalcalli*, 35-46.
- Martínez, J. L. (1990). *Hernán Cortés*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mechthild, R. (2006). *Historia de la Antropología en México*. México: Plaza y Valdes.
- Micheli-Serra, A. (2001). Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI. *Gaceta Médica de México*, 257-263.
- (2004). Algunos enfoques epistemológicos en medicina. *Gaceta Médica México*, 140-145.

- Morales, M. (2001). La atención médica y alimenticia que recibió Hernán Cortés y su ejército en Tlaxcala, 1519-1521. En A. C. Rodríguez de Romo, & X. Martínez Barbosa, *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones* (págs. 77-87). México: UNAM.
- Palerm, Á. (2004). *Historia de la etnología: Tylor y los profesionales británicos*. México: Universidad Iberoamericana.
- Peretti, L. (2010). Las "enfermedades culturales", la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnológica* , 18-28.
- Ramos Valencia, Jimmy Emmanuel (2010). "Los rezos mayas: una ofrenda a la divinidad", en *Ritos, culto y cosmovisión: pasado y presente*, México-Austria, Universidad de Quintana Roo-Academic Publishers.
- Ramírez Hita, S. (2008). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. (págs. 1-28). México: UNAM.
- Reynoso, C. (1998). *Corrientes en Antropología Contemporánea*. Buenos Aires: Biblos.
- Saénez Hernández, L. M., & Foster, G. (2001). Curers and Their Cures in Colonial New Spain and Guatemala: The Spanish Component. En B. Huber, A. Sandstrom, B. Huber, & A. Sandstrom (Edits.), *Mesoamerican Healers* (págs. 19-48). Austin, Texas, Estados Unidos: University of Texas.
- Viesca, C. (1998). *Medicina prehispánica de México*. México: Panorama.**
- Viesca, C., Gabino, S., Gabriel, S., Aranda, A., Ramos, M., & Sanfilippo, J. (2003). La materia médica en el Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. *Revista de la Facultad de Medicina* , 46 (1), 12-17.
- Wittgenstein, L. (1979). *Remarks on Frazer's Golden Bough*. Brynmill Press.
- Zolla, C. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS.

## **Análisis de confiabilidad del inventario de estrés parental en un escenario: rural-marginado.**

**Morales-Villegas R** [v1ktor182@hotmail.com](mailto:v1ktor182@hotmail.com)

**Montelongo-Rodríguez**

**Haro-Cabrero**

### **Introducción**

La niñez es una etapa crucial en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico. En nuestro país existe una importante incidencia de psicopatología en la población infanto juvenil.

El concepto de salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales. La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales.

Las actuales políticas en salud están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores. (Haquin F., 2007)

Según estudios nacionales e internacionales se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es de un 15% a 30% de la población menor de 18 años de edad. A pesar de esto, la problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los pacientes que presentan psicopatología, sin considerar la atención a nivel primario; el contexto familiar y los factores protectores y de riesgo en salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (2003, 2005) calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse.

Una de cada 4 familias se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001 (Valencia, 2007).

Si aunado a esto tenemos en cuenta las poblaciones en particular riesgo como lo son las poblaciones indígenas, los refugiados, los niños de la calle, las mujeres abusadas que enfrentan situaciones que significan un perjuicio para la salud mental. Estos grupos enfrentan violaciones de sus derechos humanos al tiempo que su acceso al tratamiento es muy limitado.

Un factor que vale la pena resaltar son las marcadas diferencias en sus indicadores de desarrollo. Estos factores son Tenemos poblaciones totalmente distintas por un lado la población urbana y occidentalizada y por otro todos aquellos pueblos indígenas en donde es inevitable no distinguir la inequidad en su estado de salud y en términos del servicio de salud mental pareciera estar olvidado para estas poblaciones (OPS, 1998).

Por otra parte, la salud mental está estrechamente ligada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social, y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales, de los que dependen los sistemas de vida rural campesina. Estas dimensiones de la vida comunitaria son determinantes de los recursos personales, familiares y comunitarios con que cuentan los pueblos indígenas para la prevención y atención en salud mental.

La atención a la salud mental de los pueblos indígenas está condicionada por la carencia de recursos suficientes de salud mental en América Latina, y por el escaso conocimiento de sus prácticas de salud y de las formas en que se expresan sus padecimientos emocionales dentro de sus sistemas culturales. En los sistemas de salud, los escasos servicios de salud mental disponibles están dominados por conceptos occidentales y formas de atención orientadas a la población urbana.

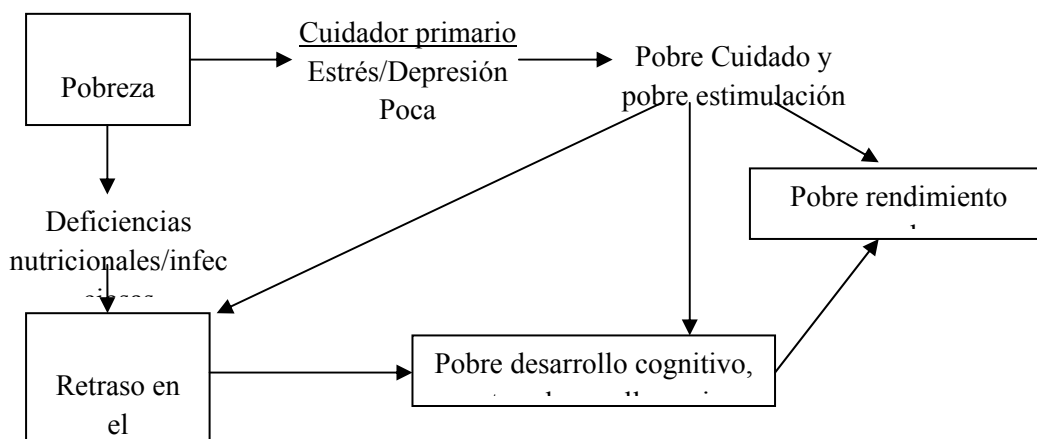


Fig. 2. La hipótesis de las relaciones entre la pobreza, retraso en el crecimiento, el desarrollo del niño, y el rendimiento escolar con el cuidador primario.

La pobreza está asociada con la alimentación inadecuada y la falta de saneamiento e higiene que conducen al aumento de las infecciones y retraso del crecimiento en los niños. La pobreza también se asocia con una pobre educación materna, el aumento del estrés en la madre y depresión y la estimulación inadecuada en el hogar. Todos estos factores afectan negativamente el desarrollo del niño (figura 2). Pobre dentro del desarrollo y el aislamiento lleva a bajo rendimiento académico, que se agrava aún más por las escuelas inadecuadas y apoyo a las familias pobres (debido a las dificultades económicas, y el poco conocimiento y apreciación de los beneficios de la educación).

Para que el niño tenga un desarrollo positivo es esencial que entre el lactante y su madre (u otra persona que lo cuide) exista un fuerte vínculo creado por la estimulación psicosocial. La formación de ese vínculo en las primeras fases de la vida es un paso esencial que sienta las bases para el posterior desarrollo cognitivo, emocional y social.

En los seres humanos, las variaciones en la calidad de la atención materna pueden producir cambios duraderos en la reactividad al estrés, la ansiedad y la función de memoria en la descendencia (Grantham-McGregor, 2007).

La alimentación y la prestación de otros cuidados ofrecen oportunidades de estimulación psicosocial y ayudan a establecer vínculos positivos entre el niño y quienes lo cuidan.

En situaciones de crisis alimentaria, muchas veces las personas que cuidan al niño no pueden ofrecerle estimulación psicosocial debido a su propia mala salud física o mental. La falta de estimulación psicosocial tiene consecuencias adversas para el desarrollo (cognitivo, motor y lingüístico) y la salud mental del niño (OMS, 2006).

Dentro de algunos estudios en países desarrollados se han identificado tres aspectos de la crianza de los hijos que están constantemente en relación con la competencia cognitivo y socio-emocional de niños pequeños: la estimulación cognitiva, la sensibilidad del cuidador primario la capacidad de respuesta para el niño, y la carga afectiva del cuidador primario (calor emocional o rechazo hacia el niño). El efecto de estos factores es sensible a los factores contextuales como la pobreza, valores y prácticas culturales. Sin embargo, estas dimensiones dentro de la crianza afectan a los niños de los países desarrollados y a los que se encuentran en vías desarrollo de manera similar. (Walker, 2007)

En estudios realizados en Chile, Colombia, India, y Sudáfrica, la sensibilidad materna se asoció con un apego infantil más seguro, y a mayores niveles de capacidad de respuesta materna se

asocia con la capacidad cognitiva infantil más alta y se redujeron los niveles de problemas de conducta en niños en edad preescolar. Los estudios de intervención de Brasil y Sudáfrica, que promovieron la sensibilidad materna y la capacidad de respuesta mediante el suministro de información a las madres acerca de las capacidades de sus niños pequeños mostraron mejoras a corto plazo en el comportamiento maternal.

Las tasas de prevalencia de síntomas depresivos maternos a través de países desarrollados y países en desarrollo tuvieron alcances del 3% al 60%, con tasas significativamente más altas en los países en desarrollo (por ejemplo, el 34,7% de las madres de bajos ingresos en Sudáfrica fueron diagnosticados con depresión mayor). Consistentemente con resultados de los estudios dentro de los países desarrollados, niveles reducidos de funciones cognitivas y niveles más altos de problemas de comportamiento son reportados en niños pequeños de madres deprimidas (Walker, 2007).

	<b>Prevalencia en Países en desarrollo</b>	<b>Resumen de la evidencia</b>	<b>Estimado del tamaño del efecto</b>
<b>Síntomas depresivos de la madre</b>	17% promedio de la tasa de prevalencia entre los países, la tasa es mayor en los países en desarrollo.	Evidencia consistente de los estudios de asociación que muestra que la competencia es significativamente menor dentro del campo cognitivo y socio-emocional en niños de madres deprimidas.	Comparación de los niños de madres con síntomas depresivos con los hijos de madres sin síntomas depresivos: 0.4 -1 DE.
<b>Estimulación cognitiva inadecuada</b>	Sólo 10-41% de los padres proporcionan materiales de	Evidencia consistente de estudios de intervención que	Los beneficios de las intervenciones al proporcionar estimulación u

	<p>estimulación cognitiva a su hijo. Sólo 11-33% de los padres involucran activamente a sus hijos en actividades cognitivamente estimulantes.</p>	<p>proporcionando altos niveles de estimulación cognitiva o las oportunidades de aprendizaje para los niños pequeños aumentan significativamente las competencias, tanto cognitivas como socio-emocionales. Ganancias a largo plazo documentadas mucho tiempo después de que la intervención terminó.</p>	<p>oportunidades de aprendizaje: 0.5 -1 DE.</p>
--	---	---	---

Cabe destacar que el 75% de los problemas de salud mental en la edad adulta, tuvo su inicio en la edad escolar o adolescente (Lecannelier, 2008).

Los estudios recientes indican que aproximadamente uno de cada cinco niños tiene un trastorno de salud mental diagnosticable, y uno de cada 10 posee un trastorno severo que limita el funcionamiento y adaptación del niño a sus diversos contextos vitales (Costello, Foley, & Angold, 2006; Friedman, Katz-Leavy, Manderscheid, & Sondheimer, 1996). Es decir, no existe otra enfermedad que dañe de un modo tan significativo, la vida de los niños como los problemas de salud mental infantil (Lecannelier, 2008).

Menciona la Organización Panamericana de la Salud (1998) referente a las marcadas diferencias entre los sistemas indígenas y occidentales de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales hacen evidente la necesidad de definir equivalencias entre ambos sistemas. Igualmente,



estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de apoyar estrategias de intervención basadas en los sistemas socioculturales indígenas, que permitan apoyar los recursos comunitarios para la salud mental y establecer una relación entre los sistemas comunitarios e institucionales de salud, en los casos que requieran intervención externa.

También debe considerarse que es mayor el número de personas en el mundo que viven en factores comunes de pobreza, marginación estrés psicosocial, desilusión, desesperanza y con dificultades de recibir atención respecto a su salud mental. (Valencia, 2007).

Con la finalidad de mejorar la salud mental de la población del mundo la OMS ha desarrollado diversas estrategias y recomendaciones entre las cuales se encuentran: Involucrar a las comunidades, a las familias y a los usuarios, así como evaluar la salud mental comunitaria (ídem).

Por ello, en la práctica médica general y en los programas de vigilancia de la salud mental en la comunidad, se requieren instrumentos sencillos, confiables y válidos para la detección y el tratamiento oportuno de las alteraciones psicopatológicas (Caraveo-Anduaga, 2002).

Aunque existe una abundante literatura en el campo de la salud y de la psicología social que han documentado la relación entre estrés e inadaptación entre adultos como puede ser depresión y salud física, relativamente pocos estudios han especificado la relación del estrés parental y el desarrollo infantil, los cuales afirman que las variables contextuales dentro de la familia entre los que se encuentran problemas financieros o la discordancia marital podrían afectar dramáticamente el funcionamiento de los padres y sus interacciones con su propios hijos. El estrés en el sistema familiar durante los primeros tres años de vida es especialmente crítico en relación al desarrollo emocional-conductual del niño y en la relación de este con el padre (Zarate, 2006).

Karlen (2004) considera el efecto bidireccional, en el cual los problemas de conducta de los niños predicen el estrés parental, que a su vez predice los problemas conductuales de los niños, mostrándose que si los efectos son bidireccionales, reduciendo así los problemas conductuales de los niños, debería existir una reducción del estrés parental

El estudio del estrés da a los investigadores un grano angular para enfocar los elementos estresantes, extra o intrafamiliares, que pueden trastornar el funcionamiento de los padres y de ahí tener un impacto sobre el ajuste del niño.

Abidin (1992) concluye que la percepción de apoyo del padre es una variable importante para explicar el estrés de la crianza de la madre. Se conoce que la percepción de la conducta del niño se modifica por los niveles de estrés y al mismo tiempo esta percepción distorsionada interviene en la calidad de la interacción madre-hijo.

En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuales se encuentran situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

La falta de adaptación a la pareja y a la paternidad, puede llevar a ambos sobre todo a la madre, a experimentar su maternidad como una actividad estresante afectando su socialización y en mucho de los casos la salud de la madre, por tal motivo es de vital importancia que se analice el impacto que el ejercicio de la crianza de los hijos puede tener sobre la madre y ésta en su impacto en el desarrollo. Los eventos de vida estresantes tienen efectos sobre la relación funcional padres-niño, incluso el estrés familiar se ha enfatizado como un correlato propio de la psicopatología infantil y de la conducta inadecuada de los padres (Peña, 2003).

Basándose principalmente en el modelo de crianza de Richard R. Abidin (1990) es supuesto que los estresores son aditivos y multidimensionales en origen y clase. Las fuentes de estrés van desde eventos de vida estresantes como la muerte de un familiar, hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de la crianza.

En el entendimiento del microambiente familiar del niño de la zona rural, el comportamiento de la madre es un factor fundamental pues sabemos que en esas áreas la madre es el cuidador principal del niño.

## **Objetivos**

Contar con un instrumento confiable para evaluar el estrés parental en mujeres madres de familia que viven en contextos marginados, que en estudios en otros países ha demostrado ser útil para detectar situaciones de riesgo en salud mental en el ámbito familiar y crianza.

## **Material y Métodos**

Inventario de Estrés Parental de Abidin (IEP)

El inventario utilizado (IEP) es una herramienta que provee de información de las características de la madre y el hijo que puedan ser generadoras de estrés, incluye además del estado anímico, el estilo de autoridad y la autopercepción como pareja, una evaluación de la manera en la cual la

madre percibe al niño y un reporte de socialización. Se considera que la interacción madre-padre y la socialización de la madre se relacionan con la depresión y constituyen así las variables subyacentes, mientras la percepción de la pareja y la autopercepción constituyen las variables intermedias. El comportamiento resultante o producto del estilo de autoridad como variable próxima se refiere a la forma en la cual la madre percibe a su niño. Esta evaluación incluyó trece subescalas obtenidas del Índice de Estrés de la Crianza elaborado por Abidin y colaboradores (Vera, 1992), la cual se califica en base a una escala de cinco puntos. Éste es un instrumento que mide el grado de estrés que ejerce la crianza, ofreciendo información de las características de la madre y el hijo según la percepción de la madre hacia el niño y hacia sí misma. Este instrumento en la actualidad consta de tres dimensiones: del niño (47 reactivos), de los padres (54 reactivos) y estresores vitales (19 reactivos, opcional). Siendo un total de 101 reactivos, según la versión final (Abidin, 1992).

En esta investigación se utilizó un instrumento modificado donde fueron aplicados 73 reactivos, éstos agrupados en 13 subescalas que son distractibilidad (7 reactivos), reforzamiento (4 reactivos), humor (5 reactivos), aceptación (6 reactivos), adaptabilidad (11 reactivos), demanda (4 reactivos), competencia (5 reactivos), apego (4 reactivos), restricción (4 reactivos), depresión (6 reactivos), relación con el esposo (7 reactivos), aislamiento (6 reactivos), salud (4 reactivos). Los reactivos se responden en una escala Likert de 5 puntos (Vera, Domínguez, Vera y Jiménez, 1998).

El instrumento fue aplicado de manera individual por cuatro psicólogos entrenados previamente en el Inventario de Estrés Parental. A pesar de que la hoja del formato tiene indicaciones de aplicación, la entrevista se realizó de manera semi-estructurada. Por lo tanto, se requirió el dominio del formato para que se realizara de manera espontánea y en forma de plática, sin olvidar ningún reactivo. Es importante que la madre esté dispuesta a colaborar y dedicar el tiempo necesario para responder, es decir, dejar a un lado las actividades que se encuentre realizando, se siente cerca del entrevistador y de preferencia esté sola; en el lugar que ella determine.

Para esta investigación se eligió Cuatlamayan, una comunidad indígena perteneciente al municipio de Tancanhuitz de Santos de la región huasteca del estado de San Luis Potosí, debido a que cumplió con los requisitos, tanto de nivel socioeconómico bajo como ser una población rural. Participaron voluntariamente 36 madres en estudio.

## **Resultados y Discusión**

La consistencia interna se midió con el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, en la dimensión de madres de Cuatlamayan y se obtuvo una consistencia interna con valor de .797, en la dimensión de los niños .823 y en la escala total de .882.

## **Conclusiones**

Se encontró un alto nivel de confiabilidad, similar a algunos otros estudios incluyendo a Vera (2010) en el cual en un estudio con 120 madres del estado de Sonora, para el Inventario de Estrés Parental (IEP) obtuvo un alfa de .71, por lo tanto se recomienda ampliamente su uso en futuros estudios que involucren contextos indígenas y comunidades marginadas como un instrumento de screening en el ámbito de salud mental comunitaria.

## **Bibliografía**

- Barona Vilar, J. L. (1993). Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Revista de demografía histórica*, 49-64.
- Barona Vilar, J. L. (1993). Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Revista de Demografía Histórica*, 49-64.
- Barrera Vázquez, A. (1963). Las fuentes para el estudio de la medicina nativa de Yucatán. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 61-73.
- Bonfil, G. (1987). *México profundo, una civilización negada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdin, G. (Diciembre de 2007). La noción de persona entre los mayas: una visión semántica. *Pueblos y fronteras*(4), 1-31.
- Bourdin, G. (2008). El cuerpo humano en el léxico del maya peninsular. *Ketzalcalli*, 47-68.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

- Campos Navarro, R. (Agosto de 1997). Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropología*, XVI(52), 67-87.
- Caraveo-Anduaga, J. J. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental de niños de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 492-498.
- Carrillo González, J. (2010). *El sastún y el copal, la ritualidad maya en el contexto colonial. Tesis de Maestría*. Mérida: CIESAS.
- Casares Contreras, O. (2007). *Bix u na'atik maaya wiinik le ka'ano': un estudio antropológico sobre la visión del cielo y la naturaleza según los mayas actuales. Tesis de Maestría*. Mérida: UADY.
- De Landa, F. D. (1986). *Relación de las cosas de Yucatán*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Martino, E. (1961). *La terra del rimoroso*. Milan: Saggiatore.
- Delgado Campos, J. (1999). La Nueva Ruralidad en México. *Investigaciones Geográficas*, 82-93.
- Delgado Ramos, G. C. (julio-septiembre de 2001). la biopiratería y la propiedad intelectual como fundamento del desarrollo biotecnológico. *Problemas del Desarrollo*, 32(126), 175-209.
- Díaz del Castillo, B. (1992). *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. Barcelona: Planeta.
- Díaz, O. (enero-junio de 1998). Historia del Protomedicato. *Archivos bolivianos de historia de la medicina*, 4(1), 15-21.
- Farris, N. (1984). *Maya society under colonial rule*. New Jersey: Princeton University Press.
- Grantham-McGregor, S. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in. *Lancet*(369), 60-70.
- Gubler, R. (2000). Antiguos documentos de medicina maya. (R. M. Ramos, Ed.) *Anales de Antropología*, 34, 321-335.
- Gubler, R. (2004). La herbolaria y otras prácticas médicas en fuentes coloniales yucatecas. *Ketzalcalli*, 1, 34-43.
- Gubler, R. (2007). Vientos y aires en la terapéutica maya yucateca: del Ritual de los Bacabes a la ritualidad moderna. *Ketzalcalli*, 1, 76-99.
- Güemez Pineda, M. (21). La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Revista Mesoamérica*, 305-333.

- Haquin F., C. (2007). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*.
- Hernández Castillo, A. (2001). *La otra frontera: identidades múltiples en el Chiapas Poscolonial*. México: CIESAS-Porrúa.
- Hirose, J. (2007). El cuerpo y la persona en el espacio-tiempo de los mayas de los chenes, Campeche. *Revista Pueblos y Fronteras en México y Centroamérica*, 1-31.
- Huber, B. (2001). Introduction. En B. Huber, A. Sandstrom, B. Huber, & A. Sandstrom (Edits.), *Mesoamerican Healers* (págs. 1-18). Austin, Texas, Estados Unidos: University of Texas.
- Koechert, A. (1999). Interculturalidad frente a globalización: un acercamiento teórico y metodológico a un programa de investigación. En A. Koechert, & B. Pfeiler, *Interculturalidad e identidad indígena: preguntas abiertas a la globalización en México*. (págs. 283-294). Hannover: Verlag für Ethnologie.
- Kunt, T. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lecannelier, F. (2008). Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infanti: La necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm*, 1-9.
- Martel, P. (2008). Versos de exordio y de invocación en la ritualidad maya yucateca. *Ketzalcalli*, 35-46.
- Martínez, J. L. (1990). *Hernán Cortés*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mechthild, R. (2006). *Historia de la Antropología en México*. México: Plaza y Valdes.
- Micheli-Serra, A. (2004). Algunos enfoques epistemológicos en medicina. *Gaceta Médica México*, 140-145.
- Michelli-Serra, A. (2001). Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI. *Gaceta Médica de México*, 257-263.
- Morales, M. (2001). La atención médica y alimenticia que recibió Hernán Cortés y su ejército en Tlaxcala, 1519-1521. En A. C. Rodríguez de Romo, & X. Martínez Barbosa, *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones* (págs. 77-87). México: UNAM.
- OMS. (2006). *Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos*.
- OPS. (1998). *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*.

- Palerm, Á. (2004). *Historia de la etnología: Tylor y los profesionales británicos*. México: Universidad Iberoamericana.
- Peña, M. O. (2003). Estrés materno y el desarrollo infantil en comunidades del Estado Sonora. *Anuario de Investigaciones Educativas. Volumen 6*, 171-179.
- Peretti, L. (2010). Las "enfermedades culturales", la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnológica*, 18-28.
- Ramírez Hita, S. (2008). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. (págs. 1-28). México: UNAM.
- Reynoso, C. (1998). *Corrientes en Antropología Contemporánea*. Buenos Aires: Biblos.
- Saénez Hernández, L. M., & Foster, G. (2001). Curers and Their Cures in Colonial New Spain and Guatemala: The Spanish Component. En B. Huber, A. Sandstrom, B. Huber, & A. Sandstrom (Edits.), *Mesoamerican Healers* (págs. 19-48). Austin, Texas, Estados Unidos: University of Texas.
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Salud Mental*, 75-80.
- Vera, J. Á. (2010). Análisis psicométrico del modelo doble abcx en padres y madres con hijos con discapacidad intelectual. *Revista Psicología e Saúde*, 12-20.
- Viesca, C. (1998). *Medicina prehispánica de México*. México: Panorama.
- Viesca, C., Gabino, S., Gabriel, S., Aranda, A., Ramos, M., & Sanfilippo, J. (Enero-Febrero de 2003). La materia médica en el Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. *Revista de la Facultad de Medicina*, 46(1), 12-17.
- Walker, S. P. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*(369), 145-157.
- Wittgenstein, L. (1979). *Remarks on Frazer's Golden Bough*. Brynmill Press.
- Zarate, O. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 171-178.
- Zolla, C. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS.

## **Perspectivas para la sociología de la salud en México: un estudio de caso en la mixteca oaxaqueña**

**Alberto Valdés Cobos** [albertov198@latinmail.com](mailto:albertov198@latinmail.com)

### **Resumen**

A pesar de la institucionalización y desarrollo alcanzado en otros países, la sociología de la salud en México aún brilla por su ausencia. Lo que puede comprobarse en la falta de una revista, líneas de investigación y posgrados. La ponencia presenta, en primer lugar, un acercamiento a la institucionalización mediática de la salud en nuestro país, así como la nula institucionalización académica de la sociología de la salud y sugiere algunas perspectivas teóricas para su estudio. A continuación se examina desde un enfoque constructivista el proceso salud-enfermedad de diez municipios de la mixteca oaxaqueña a partir de la perspectiva de los médicos alópatas entrevistados. La conclusión general subraya una serie de tendencias para la región de estudio, así como algunos retos y perspectivas para la sociología de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** sociología de la salud, institucionalización mediática, institucionalización académica, análisis constructivista, mixteca oaxaqueña.



## Introducción

La salud y la enfermedad son procesos biológicos y culturales que han acompañado a las sociedades humanas en su devenir histórico. En un primer momento la modernidad (a través de la medicina) hizo de la salud y la enfermedad objeto de atención exclusivo del modelo biomédico, desdeñando los contextos sociales y el estudio de la intersección enfermedad-salud-sociedad. Sin embargo, los cambios demográficos, culturales y paradigmáticos experimentados en la primera mitad del siglo pasado, propiciaron la creación de nuevas especialidades académicas al interior de los departamentos de sociología del primer mundo, como fue el caso de la sociología de la medicina (o de la salud) en Estados Unidos: “la sociología de la medicina se estableció como disciplina especializada en los EE. UU. en los años 40. La primera utilización del término sociología de la medicina apareció en 1894 en un artículo escrito por Charles MacIntire en el que subrayó la importancia de los factores sociales en la salud” (Cockerham, 2002: 12).

A pesar de la institucionalización y del desarrollo alcanzado en otros países, en México, los departamentos y centros de investigación sociológica han sido indiferentes a las promesas que representa la sociología de la salud, no así de otras subdisciplinas como la sociología de la educación, la sociología política, la sociología urbana o la sociología rural. Sin embargo, en una sociedad en crisis socioeconómica y demográfica “crónicas” como la mexicana, se requiere que la imaginación y metodología sociológicas aborden las múltiples relaciones de la salud con la sociedad: los efectos económicos, mediáticos y psicosociales del *virus de la influenza humana A (H1N1)* en 2009; la falta de una política científica en materia de salud de largo plazo; la crisis institucional del sistema de salud; el aumento de la obesidad infantil y las enfermedades crónico-degenerativas; el papel de la medicina alternativa, así como la *replica de las enfermedades y estilos de vida urbanos en el medio rural*, son sólo algunos ejemplos de un amplio campo de estudio y perspectivas promisorias para la sociología de salud en México.

Este trabajo examina en primer lugar la “institucionalización mediática” de la salud. Después se revisa “la falta de institucionalización académica” de la sociología de la salud en México. Posteriormente se exponen algunas perspectivas teóricas para su estudio (funcionalismo, teoría del conflicto y constructivismo social), así como algunos de sus retos y perspectivas de cara al

siglo 21. A continuación se presenta un estudio de caso a partir del proceso de construcción social del proceso salud-enfermedad en diez municipios de la mixteca oaxaqueña. Cabe destacar que en la realización de este trabajo se recurrió a la revisión bibliográfica y la aplicación de un cuestionario a informantes clave.

## **Sociedad y salud en México: una mirada a los medios de comunicación**

A principios del siglo 21, el mundo tiende a globalizarse y a urbanizarse, vemos que con el declive de lo rural aumentan las presiones demográficas en las grandes ciudades (servicios, seguridad, empleo, ambiente limpio) y se extiende, incluso en las comunidades rurales, el *estilo de vida urbano*, con sus efectos en la salud de las personas. En un mundo globalizado como el que nos ha tocado vivir, los avances en medicina, nutrición y salud pública han quedado ensombrecidos por las crisis sanitarias que plantean las enfermedades de la modernidad y las enfermedades infecciosas (sida, malaria, dengue, gripes, tuberculosis).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como *el estado de completo bienestar físico, mental y social*. La propia definición de la OMS subraya uno de los aspectos que interesan a los sociólogos: *la salud es tanto una cuestión social como biológica*. La salud de cualquier población viene determinada por aspectos sociales, entre los cuales cabe destacar: 1) los individuos evalúan su estado de salud en relación con el de otros; 2) las ideas sobre la salud cambian con el paso del tiempo; 3) el estado de salud guarda relación con la calidad de vida; 4) con frecuencia lo relativo a la salud se entremezcla con la moral, y 5) el estado de salud guarda relación con la desigualdad social (Plummer y Macionis, 1999: 528).

Las conexión entre salud y sociedad se ha puesto de manifiesto a través de una creciente “institucionalización mediática”, que paradójicamente en México no ha corrido al parejo de la “institucionalización sociológica” como sucede en otros países. A la par de la transición demográfica y los cambios en los estilos de vida, los medios de comunicación dedican reportajes, programas y secciones al tema de la salud (al respecto véanse los ejemplos de la tabla 1).

Para propósitos de este trabajo la *institucionalización mediática* debe entenderse como una deriva del concepto funcionalista de institución, es decir, de la configuración o combinación de pautas de comportamiento compartidas por una colectividad y centradas en la satisfacción de alguna necesidad básica de grupo (Fichter, 1993: 247). En este caso, la institucionalización

mediática alude al proceso histórico-social de las últimas décadas por el cual la televisión, la radio, la prensa e internet han incorporado pautas de comportamiento destinadas a informar y educar a sus auditorios sobre las múltiples aristas de un tema tan complejo como la salud humana.

Una visita a un *Samborns*, por ejemplo, nos muestra el afán periodístico y científico de una diversidad de revistas de México (y de otros países del mundo, como España) preocupadas por “medicalizar” la sociedad como *Ganar salud*, *Saludable*, *Cuerpo mente*, *Salud alternativa*, *Vida sana*, *Consulta médica*, *A tu salud*, *Buen hogar*, *Buena salud*, *Cuadernos de nutrición*, *Psicología del embarazo*, *Integral* y *Medicina natural*. Este conjunto de revistas representan para el sociólogo un indicador y termómetro mediático que lo pueden llevar a la evaluación de un fenómeno social cuyas transformaciones han ido más allá de la tradicional mirada de las ciencias de la salud.

Tabla 1. Las múltiples relaciones de la salud con la sociedad

<b>SALUD y...</b>	<b>Ejemplos tomados de revistas científicas, análisis político y salud</b>
<b>TRABAJO</b>	“México cuenta con una población trabajadora joven, entre 20 y 30 años, que en algunas décadas estará enferma por <i>riesgos presentes en el ambiente de trabajo</i> . La OMS recomienda e insta a los gobiernos y a la industria en general a adoptar el enfoque preventivo, prohibiendo el uso de asbesto en el mundo, además de implementar normas de salud y seguridad más rígidas para otros cancerígenos” (Aguilar, 2008: 88).
<b>CIENCIA</b>	“La crisis sanitaria por la que atraviesa México debida al brote del virus de la influenza humana no sólo corrobora <i>las consecuencias catastróficas que trae consigo el abandono de la ciencia y de la tecnología</i> , sino que pone en evidencia que estas constituyen una condición necesaria tanto para el desarrollo del país en el concierto mundial como para la propia supervivencia de sus habitantes en momentos críticos como los que hemos vivido” (Ruíz, 2009: 3).

<b>ALIMENTACION</b>	De acuerdo a Víctor Suarez Carrera, presidente de la Asociación Nacional de Empresas Comercializadoras de Productores del Campo (ANEC) “a pesar de que México dispone de tecnologías que le permiten resolver los problemas de producción sin poner en riesgo la variedad de los maíces criollos, <i>la salud de los consumidores y el medio ambiente</i> , el gobierno decide apostar por las semillas transgénicas de Monsanto, respondiendo más a los intereses particulares que a los intereses públicos” (Citado por Hernández, 2010: 27).
<b>TRADICIONES ASIATICAS</b>	“ <i>El taichi</i> es conocido por las secuencias de movimientos lentos que realizan sus practicantes y que dan sensación de armonía y serenidad, pero se ha popularizado, sobre todo, por los beneficios que su práctica tiene para la salud: estimula el sistema inmunitario, reduce el estrés, combate los trastornos cardiacos, mejora el equilibrio y ayuda a controlar la diabetes” (Navarro y Núñez, 2007: 55).
<b>MUERTE</b>	“ <i>Nunca finalizarán las polémicas en torno a la eutanasia</i> . La razón es obvia: se habla de vida, se procura la muerte, se trata de personas. Las causas son múltiples: confrontan laicismo y religiosidad. La realidad es compleja: sobre todo en Occidente; <i>grosso modo</i> , ni médicos, ni pacientes, ni familiares tienen la capacidad de hablar sobre el tema; por fortuna, para quienes nos apasiona la ética, nunca existirá el punto final sobre la eutanasia” (Kraus, 2008: 39).

FUENTE: Elaboración propia con base a una serie de revistas que se citan en la bibliografía.

## **La sociología de la salud en México brilla por su ausencia**

La tabla anterior ilustra la institucionalización mediática y los múltiples contextos que afectan la salud de la sociedad mexicana, sin embargo, poco o nada se ha hecho en nuestro país para impulsar el examen sociológico de la salud por parte de las universidades que ofrecen las licenciaturas y posgrados en sociología. La *Sociología de la Salud* no figura “oficialmente” en la

mayoría de sus planes y programas de estudio. La revisión de una lista de quince universidades y sus programas de estudio de sociología pone de manifiesto que la comunidad sociológica nacional ha sido indiferente a este “hecho social”, así como a su institucionalización académica. Se observa, por ejemplo, que las denominadas áreas de “acentuación”, “concentración” y “especialización” de los planes de estudio de licenciatura en sociología que se ofrecen en el país se han centrado en el desarrollo de otras subdisciplinas como la sociología urbana, la sociología rural, la sociología política, la sociología de la educación y la sociología laboral. Sólo la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) han incluido a la sociología de la salud como terminal de especialización y área de acentuación en sus planes de estudio, mientras que en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) la sociología de la salud aparece hasta el décimo semestre de la carrera.

Por su parte, los centros de investigación sociológica abonan otro tanto a dicha condición al enfatizar el crecimiento de otras especialidades e ignorar el potencial que podrían tener para México las líneas, programas y posgrados en sociología de la salud. La ausencia institucional de la sociología de la salud también se ve reflejada en los pocos artículos publicados en tres de las principales revistas de sociología que se editan en el centro del país como son la *Revista Mexicana de Sociología* (Universidad Nacional Autónoma de México), *Estudios Sociológicos* (El Colegio de México) y *Sociológica* (Universidad Autónoma Metropolitana unidad Azcapotzalco).

A diferencia del “anémico panorama mexicano”, la sociología de la salud ha experimentado un crecimiento importante por todo el mundo en cuanto al número de profesionales. En muchos países, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Gran Bretaña, Finlandia, Alemania, Holanda y Singapur, los sociólogos de la salud representan el mayor grupo en cuanto a especialidad en la sociología. En los Estados Unidos, varias universidades ofrecen especialidades en sociología de la medicina, mientras que dos universidades, la Universidad de Alabama en Birmingham y la Universidad de California en San Francisco ofrecen doctorados en sociología de la medicina. La Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York ofrece un programa combinado de doctorado en sociología y salud pública, mientras que la sociología de la medicina ha sido tradicionalmente el mayor foco de atención en los departamentos de sociología en la Universidad de Kentucky y la Universidad de Miami (Florida) (Cockerham, 2002: 21).

El México de 2011 presenta retos económicos, políticos y demográficos que guardan una estrecha relación con el análisis sociológico del proceso salud-enfermedad. Aunado a lo anterior se suman los efectos perniciosos de la globalización, el papel de las grandes empresas farmacéuticas y la crisis del sistema de salud, además de los cambios en los estilos de vida tanto en el medio rural como urbano, inducidos en gran medida por los medios de comunicación y los flujos migratorios. En ese y muchos otros sentidos la sociología de la salud tiene altas perspectivas de desarrollo. No obstante, tendrá que institucionalizarse en universidades y centros de investigación (mediante la formulación de líneas, programas y posgrados en sociología de la salud), comenzando con el apoyo financiero público y privado para la investigación, la conquista de una posición académica frente a otras especialidades sociológicas, así como la publicación de libros de texto y una revista oficial. En suma, la sociología de la salud mexicana requiere de una autentica institucionalización científica tal como la tienen otros países del mundo.

### **Perspectivas teóricas en Sociología de la Salud**

La confluencia entre sociología, cuerpo y salud humana se ha traducido en la formulación de disciplinas como la sociología de la salud y la “Sociología del cuerpo”. De acuerdo a Anthony Giddens la sociología del cuerpo investiga de qué manera nuestro estado físico se ve afectado por las influencias sociales. Todos tenemos un cuerpo, pero no es algo que exista al margen de la sociedad. El cuerpo está muy influido por nuestras experiencias sociales y por las normas y valores de los grupos a los que pertenecemos. La sociología del cuerpo es un área bastante nueva y una de las más apasionantes. En ese sentido puede haber una sociología de la salud (y del cuerpo) funcionalista o constructivista: dos formas de experimentar la enfermedad que han tenido una especial influencia sobre el pensamiento sociológico. La primera, relacionada con la escuela funcionalista, presenta las normas de comportamiento que se cree adoptan los individuos cuando están enfermos. La perspectiva interaccionista pone de manifiesto las interpretaciones que se atribuyen a la enfermedad y cómo esos significados influyen en las acciones y el comportamiento de las personas (Giddens, 2002: 216).

#### *La salud como institución social*

Un sociólogo funcionalista ha definido la sociología de la salud como el estudio de “las causas sociales y las consecuencias de la salud y la enfermedad. Recoge las perspectivas teóricas, las teorías y los métodos y los aplica al estudio de la salud y la práctica médica” (Cockerham, 2002:

1). Otros sociólogos de la misma tendencia han señalado que la sociología de la salud y la enfermedad, por ejemplo, puede ser interpretada como el modo en el que el cuerpo se estropea y necesita ser reparado socialmente. Desde esta perspectiva, la medicina y la sanidad no son sino las instituciones que se encargan de organizar el trabajo que se genera en torno a la enfermedad, el declive y la muerte. La sociología funcionalista de la salud tiene en Talcott Parsons a uno de los primeros teóricos que analizó la “sanidad”, es decir, la “institución social que tiene como objetivo combatir la enfermedad y mejorar la salud de una población determinada” (Plummer y Macionis, 1999: 540, 548).

Los sociólogos funcionalistas comparan el cuidado sanitario de las sociedades primitivas con las sociedades modernas. Algunos de los temas que han llamado la atención de la sociología de la salud funcionalista en años recientes son la epidemiología social, la demografía de la salud, el estrés social, los roles del paciente, los estilos de vida, los hospitales y el análisis comparado de los sistemas de salud entre países desarrollados y en vías de desarrollo. De todo este conjunto de cuestiones, los sociólogos funcionalistas asignan un papel relevante a los hospitales para el mantenimiento de las sociedades modernas.

## **La salud como mercancía en una sociedad capitalista**

Las teorías del conflicto analizan la sociedad desde el punto de vista de la desigualdad, el conflicto y el cambio social. A diferencia de los funcionalistas, los teóricos del conflicto destacan la fragmentación y los conflictos sociales que son consecuencia de la desigualdad social. En este enfoque se resaltan las relaciones de dominación que enfrentan a los países entre sí y, dentro de ellos, a diferentes categorías de personas: ricos y pobres, hombres y mujeres, blancos y negros. Se analizan también las estrategias que emplean los primeros para mantener su posición de dominación, y de los segundos para intentar mejorar su situación. En general, los análisis del conflicto se han centrado en tres cuestiones principales: el efecto del principio del beneficio en el tratamiento sanitario, la politización de la medicina y el acceso a la atención sanitaria.

1) *El principio de beneficio.* La industria médica y farmacéutica mueve millones de dólares cada año. El interés por incrementar los beneficios de estas prosperas industrias ha fomentado prácticas médicas que son cuestionables, como las operaciones quirúrgicas de escasa utilidad o la prescripción excesiva de medicamentos.

2) *La politización de la medicina.* Aunque la medicina trate de presentarse así misma como científicamente neutral, lo cierto es que muchas veces toma partido en cuestiones sociales trascendentes. La historia de la medicina está repleta de discriminaciones que se justifican como “verdades científicas”.

3) *El acceso a la atención sanitaria.* La salud personal es uno de los fundamentos de la vida social. Frente a esto, los análisis de conflicto de perspectiva marxista critican a las sociedades capitalistas por hacer de la salud una mercancía, de modo que al final esta depende del nivel de renta (Plummer y Macionis, 1999: 546, 547).

#### *La salud como construcción social*

De acuerdo a Berger y Luckmann (2003), “la realidad se construye socialmente”, y la sociología debe analizar los procesos por los cuales se produce esto. Los términos clave de dicha tesis son “realidad y conocimiento”. La *realidad* la definen como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos hacerlos desaparecer), y el *conocimiento* como la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas. Independientemente de las discusiones filosóficas que rodean a estos términos, el sociólogo está obligado a examinar las diferencias entre las realidades y conocimientos de filósofos, científicos y personas de a pie (Berger y Luckmann, 2003: 11).

Lo que es real para un monje del Tíbet, por ejemplo, puede no sea real para un hombre de ciencia o para un brujo de Catemaco. Lo que es la salud para la autoridad municipal de la mixteca oaxaqueña puede que no lo sea para sus críticos o para los beneficiarios del “Seguro popular”. Lo que es definido como enfermedad por el curandero puede que no lo sea para el médico. El “conocimiento del parto” que tiene una partera difiere del que tiene un ginecólogo. Es decir, la realidad y el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad que perciben el médico, el curandero o los pacientes se construye socialmente.

### **Análisis constructivista del proceso salud-enfermedad en diez municipios de la mixteca oaxaqueña: un estudio de caso**

Ahora bien, ¿Cuáles son las principales características de la mixteca oaxaqueña? El territorio del grupo etnolingüístico mixteco ocupa en Oaxaca una superficie de 18 759 kilómetros cuadrados. La región mixteca, al igual que otras de las ocho regiones en que se ha dividido el estado de



Oaxaca, es pluriétnica. En ella conviven, junto con los mixtecos, los chochos, los ixcatecos, los triquis, los tacuates, los amuzgos y los “morenos” de la costa. La tradicional delimitación geográfica separa la Mixteca en Alta, Baja y de la Costa, que son espacios de gran diversidad ecológica y con un panorama económico y social heterogéneo. En este variado espacio geográfico habitan agricultores de clima frío, templado y cálido, pescadores, pastores de cabras, jornaleros migrantes, artesanos, comerciantes y un creciente sector de prestadores de servicios. En las últimas décadas un número significativo de mixtecos ha accedido a la condición de profesores de escuela y muchos incluso a profesiones universitarias. Los mixtecos son principalmente agricultores de milpa, aunque realizan otras actividades productivas. La dieta se encuentra diferenciada no sólo por la capacidad económica sino también por la filiación étnica, ya que se distingue y valora en forma diferencial una “dieta india” de una “dieta mestiza”; en la primera entran más cultivos y productos de recolección tradicionales, mientras que en la segunda, mayor cantidad de alimentos procesados y carne (Bartolomé y Mavel, 2008: 69, 73).

Sin embargo, al hablar de la mixteca oaxaqueña, se tienen que desmontar varias imágenes simplistas de una región sumamente compleja, porque si bien es cierto que está caracterizada por presentar altos niveles de pobreza y marginación, también es rica en recursos naturales y culturales, ya que posee una rica biodiversidad, ruinas arqueológicas, iglesias dominicas, fiestas patronales, danza, lengua, música, gastronomía y herbolaria. La mixteca es una de las mayores zonas de expulsión laboral de Oaxaca, además, presenta un proceso de avanzado envejecimiento y aumento de enfermedades crónico-degenerativas, típicas de las grandes urbes.

La aceptación que los métodos cualitativos han adquirido en las últimas décadas entre los científicos sociales latinoamericanos está relacionada con la crisis de paradigmas que han experimentado las ciencias sociales: la crisis puso en evidencia que tanto el estructural funcionalismo como el marxismo presentan limitaciones para dar cuenta de la realidad social latinoamericana. Si el método dialéctico privilegiaba el marxismo y el uso de encuestas y métodos cuantitativos era lo característico del funcionalismo, los métodos cualitativos son el instrumento privilegiado de quienes se preocupan por la comprensión de significados (Tarrés, 2004: 5).

¿Qué métodos y/o técnicas acompañaron a este estudio de caso en la mixteca oaxaqueña? Se ha dicho que la elección del marco teórico condiciona la elección de los métodos de investigación. En ese sentido, el enfoque de la “sociología cualitativa” ha desarrollado numerosas estrategias

metodológicas. Muchos de estos métodos utilizados para “reconstruir la realidad social” han sido enmarcados dentro de esquemas teóricos como el interaccionismo simbólico, la etnometodología y la sociología fenomenológica o constructivista.

La pregunta general que orienta al estudio de caso en la mixteca oaxaqueña es la siguiente: *¿Cómo se construye socialmente el proceso salud-enfermedad por parte de los médicos responsables de los centros de salud de los diez municipios de estudio: Santiago Tepetlapa, Tlaxiaco, Tamazulapam, Tejupan, San Miguel Tequixtepec, San Martín Huamelulpam, Putla Villa de Guerrero, San Pedro y San Pablo Teposcolula, Mariscala de Juárez y San Pedro Mártir Yucuxaco?*

El estudio se fundamentó en una metodología de corte cualitativo, es decir, se utilizó un cuestionario para informantes clave con preguntas abiertas. Cabe señalar que la selección de los diez municipios de estudio se hizo al azar. El estudio del proceso salud-enfermedad se realizó en los meses de febrero, marzo y abril de 2010, el cual arrojó los siguientes resultados: el estatus profesional de los entrevistados fue de médico pasante (4), médico cirujano (2) y licenciado en medicina general (4). De un total de 25 preguntas del cuestionario aplicado a médicos responsables de los centros de salud se analizaron las respuestas de diez preguntas. Las otras 15 preguntas fueron catalogadas como descriptivas y no relevantes para el estudio. Por lo que respecta a las diez preguntas analizadas, se observó que la mayoría de las respuestas aportadas por los informantes clave eran repetitivas, lo cual se conoce como “punto de saturación” porque ya no aportan datos nuevos a la investigación, como puede verse a continuación.

Tabla 2. La entrevista a los informantes clave o médicos

PREGUNTA	RESPUESTAS
1) <b>¿Cómo define la salud?</b>	<p>Como el bienestar de las personas de manera física y emocional.</p> <p>Es el estado en que un organismo funciona de manera adecuada y normalmente.</p> <p>Es un estado en que el organismo de un individuo realiza sus funciones adecuadamente. La salud implica un estado de equilibrio en el aspecto físico y psicológico.</p>
2) <b>¿Cómo define la enfermedad?</b>	<p>Como un mal que daña y perjudica al bienestar de las personas</p> <p>Toda patología viral, bacterial y emocional que perjudica al ser</p>

	<p>humano.</p> <p>Es cualquier alteración negativa lo que provoca que un organismo ya no realice sus funciones de manera correcta y dependiendo de su gravedad, incluso puede provocar la muerte.</p> <p>Estado patológico, mórbido (algo malo para el cuerpo humano).</p>
<p>b) <b>¿Cómo define la medicina moderna?</b></p>	<p>Como un beneficio para la salud actual y mejora de muchas enfermedades que afectan a la sociedad.</p> <p>Como algo positivo mediante la tecnología avanzada que mientras sea para beneficio del individuo todo es bueno.</p> <p>Son alternativas o medios de solución para combatir enfermedades de acuerdo a estudios científicos con ayuda de la ciencia.</p> <p>La medicina moderna son todo el conjunto de técnicas y farmacéuticos ayudados de la tecnología y de la ciencia para curar y prevenir ciertas enfermedades a los que fueron sometidos a un arduo trabajo de investigación científica, lo que involucra trabajos en laboratorios y demás experimentos.</p>

Tabla 3. La entrevista a los informantes clave o médicos

<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<p><b>4) ¿Cómo define la medicina popular (remedios caseros, chamanismo, uso de hierbas)?</b></p>	<p>Pues, como algo benéfico en algunas ocasiones ya que ayudan a combatir algunas enfermedades, pero no es muy recomendable, hay que consultar al médico que es el más acertado.</p> <p>Es un conjunto de técnicas o remedios caseros y de plantas medicinales de la región para curar algunos males. Son de vital importancia para las sociedades con escasos recursos económicos que limitan su poder de compra en cuanto a medicamentos farmacéuticos.</p> <p>Se refiere a los saberes comunitarios en cuanto a cómo curar una enfermedad según los conocimientos de nuestros antepasados y que se transmiten de generación en generación; esto incluye una serie de remedios caseros y de hierbas con propiedades curativas propiamente</p>

	<p>de la región o en las que no está involucrado un proceso químico.</p> <p>Todas las medicinas surgen de alguna hierba como un 75%, un herbólogo conoce muy bien de las hierbas y podrían ser muy efectivas para las personas que no están muy cerca de los centros de salud o los hospitales, esto ayuda a detener los padecimientos para luego buscar la ayuda de un médico.</p>
<p><b>5) ¿Cómo se relaciona el centro de salud con otras organizaciones del municipio?</b></p>	<p>A través de pláticas con instituciones educativas: primaria, secundaria y COBAO.</p> <p>En relaciones de trabajo, campañas, en pintas de bardas y con las escuelas a través de pláticas de orientación sexual y técnicas de cepillado.</p>
<p><b>6) ¿Qué normas regulan la conducta del personal del centro de salud?</b></p>	<p>Se guían en un reglamento interno y a través de un sistema de roles de actividades que rigen al personal.</p> <p>Los trabajadores nos acatamos a las reglas y lineamientos que nos marca la ley del trabajador y a la normatividad de la Secretaría de Salud, además hay supervisores que evalúan el trabajo y actividades que aquí se realizan.</p>

Tabla 4. La entrevista a informantes clave o médicos.

<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<p><b>7) ¿Qué tipo de alimentación se consume en el municipio y como se relaciona con las enfermedades que padece la población?</b></p>	<p>La mixteca es una de las zonas más áridas, pero aun así se pueden cosechar maíz, frijol, verduras y la salud se relaciona con la dieta diaria de las personas.</p> <p>Por lo regular su dieta se basa en dos alimentos básicos: el maíz y el frijol, sin embargo hay familias que tienen huertos familiares, los que les proporcionan verduras. Últimamente las familias de la comunidad consumen grandes cantidades de carnes, huevos, leche y sus derivados. La dieta depende del nivel de ingresos de cada familia, lo que va a determinar si tienen o no una dieta balanceada.</p> <p>La dieta la integran las carnes rojas (pollo, puerco y res principalmente), café, huevos, frijoles; como verduras consumen</p>

	<p>básicamente el cilantro y en época de milpa los quelites, la flor de calabaza, los ejotes y los elotes. Aunque los niños consumen muchas golosinas y su dieta es alta en azúcares. La dieta de la población no es muy balanceada, lo que provoca en muy pocos casos obesidad y en mayor grado desnutrición.</p>
<p><b>8) ¿Cómo se trata el tema de la “salud reproductiva” en el centro de salud?</b></p>	<p>A través de pláticas relacionadas con métodos anticonceptivos y por medio de folletos.</p> <p>Es un tema abierto, por eso se manejan pláticas a los jóvenes para exponer temas de este tipo; además, a las madres de familia también se les orienta en cómo manejar este tema con sus hijos y de orientarlos a una cultura más preventiva en cuanto a enfermedades sexualmente transmisibles y sobre todo que utilicen métodos anticonceptivos.</p> <p>Con ponencias y videos sobre la sexualidad, por lo regular se pide la asistencia únicamente de jóvenes (ambos sexos) para que no se sientan cohibidos por sus mamás y así puedan preguntar acerca de sus dudas con respecto a este tema.</p>
<p><b>9) ¿A qué factores se atribuyen las enfermedades que afectan a niños y jóvenes del municipio?</b></p>	<p>Cambios climáticos; falta de higiene en alimentos y de manera personal; tecnología en alimentos y utilización de químicos; malos hábitos alimenticios; desnutrición; hacinamiento; idiosincrasia de la comunidad.</p>
<p><b>10) ¿Cuáles son las enfermedades crónico-degenerativas que tienen presencia en el municipio?</b></p>	<p>Hipertensión arterial y diabetes mellitus.</p> <p>Las principales enfermedades son la diabetes, el cáncer, la arterioesclerosis y la artritis, son las que son más tratadas en este centro de salud.</p>

### **A manera de conclusión**

El análisis constructivista de las respuestas proporcionadas por los diez médicos pone de manifiesto que la salud y enfermedad de los mixtecos, antes de ser reconocidas como tales atraviesan por un proceso de valoración, filtración y construcción social. Este proceso de aceptación, percepción y reconocimiento se da por medio de reglas de conocimiento, connotaciones ideológicas, normas y símbolos sociales (de los médicos: recordemos que el conocimiento es poder, y la medicina, como ciencia de la modernidad representa una forma de poder, según Michel Foucault). Es a través de estas mediaciones que los individuos, los grupos y las comunidades están en condiciones de “definir”, “saber” o “ignorar” el papel que juega el proceso salud-enfermedad en sus vidas. Por otra parte, dentro del contexto de la medicina moderna algunos médicos aceptan las bondades de la medicina tradicional o etnomedicina, y otros la rechazan; otros más, señalan que la medicina alópata se puede complementar con el tratamiento de los curanderos y los remedios caseros. Sin embargo, deben señalarse las limitaciones de este trabajo de investigación, porque el proceso salud-enfermedad fue “reconstruido y definido” únicamente desde la perspectiva de los médicos, y no de otros actores sociales como los “pacientes” o los “médicos tradicionales”. Además, este trabajo es un acercamiento representativo, pues no se entrevistó a todos los médicos de las clínicas y centros de salud pertenecientes a los municipios de estudio.

Por lo demás, está claro que el abandono de las actividades agrícolas, el proceso de envejecimiento de la población rural, las consecuencias culturales del fenómeno migratorio, los medios de comunicación, la dieta de alimentos procesados y de origen animal y los estilos de vida moderno-sedentarios están replicando las enfermedades y padecimientos urbanos en la mixteca oaxaqueña. Mas modernidad en la mixteca oaxaqueña significa que un incremento en el consumo de comida chatarra (sopas marucha, hamburguesas, pizzas y fritangas), alimentos endulzados y la disminución del ejercicio físico traerá como consecuencia un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas (obesidad, diabetes, cáncer, arterioesclerosis, artritis, etc.).

No es que en México se carezca de estudios sobre el proceso salud-enfermedad, como lo demuestra la vasta y rica tradición de investigación antropológica (o antropología médica), lo que ocurre es que la sociología mexicana no ha institucionalizado licenciaturas, revistas, líneas de investigación y posgrados en sociología de la salud, como ya se tiene en otros países. Por razones demográficas, mediáticas y económicas que están a la vista de todos, los sociólogos mexicanos deberían abordar este tema urgentemente. En ese y muchos otros sentidos, México

requiere que las universidades y centros de investigación sociológica se abran al potencial que representa la sociología de la salud tanto para el medio rural como urbano; en otras palabras, necesitamos de la institucionalización académica de la sociología de la salud, no sólo desde la perspectiva constructivista como se trató de abordar en el estudio de caso que aquí presentamos, sino también desde otras perspectivas teórico-metodológicas.

## **Bibliografía**

- Aguilar, Guadalupe (2008). “Trabajos que producen cáncer”, *Ganar Salud*, núm. 59, abril, México, pp. 86-89.
- Bartolomé, Miguel Alberto y Mabel, Alicia (2008). “El pueblo *ñu savi*. Los mixtecos”, en *Arqueología Mexicana*, vol. XV, núm. 90, Marzo-abril, México, pp. 68-73.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Cockerham, William (2002). *Sociología de la medicina*. Octava edición. Prentice Hall. Madrid, España.
- Fichter, Joseph (1993). *Sociología*. Decimoséptima edición. Herder. Barcelona, España.
- Giddens, Anthony (2002). *Sociología*. Cuarta edición. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Hernández, Manuel (2009). “Maíz transgénico un alto precio para la biodiversidad”, *Teorema ambiental*, núm. 78, diciembre, México, pp. 23-32.
- Kraus, Arnoldo (2008). “Eutanasia: pensar en el ser humano”, *Ciencia y desarrollo*, vol. 34, núm. 219, mayo, México, pp. 34-39.
- Navarro, Claudina y Núñez, Manuel (2007). “Taichi en la naturaleza”, *Integral*, núm. 336, diciembre, España, pp. 54-57.
- Plummer, Ken y John, Macionis (1999). *Sociología*. Prentice Hall. Madrid, España.
- Ruiz, Rosaura (2009). “Editorial”, *Ciencia*, vol. 69, núm. 3, julio-septiembre, México, p. 3.
- Tarrés, María Luisa (2004). “Presentación”, en María Luisa Tarres (coordinadora), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coedición Colmex-Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 5-8.

## **Síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del área quirúrgica hospital universitario de Maracaibo del estado de Zulia**

Marleny Higuera [marle\\_higuera@hotmail.com](mailto:marle_higuera@hotmail.com)

Areliis González [arelisgonzalezp@hotmail.com](mailto:arelisgonzalezp@hotmail.com)

Misleida Nava [misleida@hotmail.com](mailto:misleida@hotmail.com)

### **Resumen**

El presente estudio tuvo como propósito Determinar la influencia del síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia. El área de estudio está asociada a la Gerencia de Recursos Humanos, sustentado por los aspectos teóricos expuestos por los autores: Jaramillo y otros (2005), Maslach y Jackson (2000), Hernández y Otros (2007), Jack y otros (2004); entre otros. La investigación se enmarco en un estudio descriptivo correlacional, con un diseño no experimental de campo transeccional. Se dispuso de una población de 75 personas pertenecientes al personal de enfermería del área quirúrgica. Se construyó un instrumento quedó conformado por 46 items, la validez del cuestionario se realizó a través de la técnica de Juicio de Expertos, para la validación interna se aplicó del método Alpha Cronbach, el resultado del coeficiente fue del 82%. Por otra parte, el cálculo de la confiabilidad fue por el método de estadística de las Dos Mitades, el cual arrojó como resultado 99%; lo que indica que el instrumento posee un alto grado de confiabilidad. Finalmente se concluye que existe una Correlación Positiva Moderada, lo que significa que El Agotamiento Laboral influye moderadamente sobre el grado de Compromiso Organizacional del personal que labora en el área quirúrgica del Hospital Universitario de Maracaibo.

**Palabras Claves: Agotamiento, Compromiso, Personal de Enfermería.**



## **Introducción**

Muchos profesionales en relación de dependencia, en el ámbito estatal o privado, desempeñan tareas en condiciones impropias, con horarios excesivos, inseguridad en el cargo, remuneración insuficiente y carencia de recursos materiales o humanos indispensables para una correcta labor, ellos, integran el universo de personas en riesgo de contraer el síndrome de agotamiento laboral, el cual es un cuadro polifacético y evolutivo, con un desarrollo histórico de enfermedad, conocido por los médicos desde la década del año 1970, que puede comenzar con cambios psicológicos que van incrementando su intensidad desde el descontento y la irritabilidad hasta estallidos emocionales, afectando los sistemas físicos y psíquicos fundamentales para la supervivencia del individuo.

El síndrome de agotamiento laboral afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste, demostrando incapacidad para atender a otras personas, que resultan abrumadoras. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan (Maslach y Jackson, 1997).

Cabe destacar, que el síndrome de agotamiento se relaciona con el compromiso organizacional, ya que a través de éste los individuos, siempre buscan la eficacia en las actividades de la institución, debido a que el compromiso que tienen las personas dentro de ésta es una de las tareas más importantes; la organización debe buscar adaptarse a la gente que es diferente ya que el aspecto humano es el factor determinante dentro de la posibilidad de alcanzar los logros de la organización.

## **Planteamiento del problema**

A nivel mundial las organizaciones de salud son instancias para las cuales el ser humano es considerado un valor, por ello a nivel general se han dedicado grandes esfuerzos al manejo del

recurso humano como principal protagonista de la construcción y productividad organizacional. Los nuevos gerentes se ven obligados a comprender el ser humano en su complejidad, monitorear con detenimiento los procesos motivacionales y los factores generales de estrés en el ambiente de trabajo.

Las organizaciones de salud ambulatorios, redes de atención primaria y hospitales juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la calidad de vida de la población; sin embargo no escapan de la realidad del estrés laboral. Los hospitales luchan por crear un clima organizacional adecuado donde el personal (médicos y enfermeras) este en capacidad de iniciar y mantener un contacto armónico con los pacientes, brindando un servicio de excelencia para garantizar la prevención y tratamiento de enfermedades.

Además, es importante señalar el aumento ocasional del ritmo de trabajo, la exigencia de supervisiones inmediatas o el cumplimiento estricto de normas y procedimiento médicos propios del trabajo. El mantenimiento de altos niveles de tensión en la organización puede ocasionar lo que se denomina síndrome de agotamiento. Bencomo (2000), lo describe como “un conjunto de síntomas físicos y psicológicos de cansancio crónico o la pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento total y extremo del individuo.”

El síndrome se presenta en aquellas personas a las cuales se adjudican exceso de tareas, actividades o funciones dentro de la organización; razón por la cual se ven coartadas sus posibilidades de superación laboral y metas personales. Como consecuencia de lo anterior el nivel de compromiso con la organización también puede verse afectado.

Fernández (2002:234) define el compromiso laboral, como “la capacidad de la persona para dar prioridad a la visión organizacional, identificándose afectivamente y manteniendo niveles de desempeño acordes a lo esperado por los estándares de la organización.” Ante este planteamiento surgen diversas interrogantes: ¿Qué impacto tendría el agotamiento laboral sobre los niveles de compromiso de una enfermera?, ¿Existirá una relación entre agotamiento y compromiso?

Bencomo (2000:101), afirma que “el personal en contacto directo con pacientes, como es el caso de las enfermeras, se encuentra expuesto a situaciones potencialmente provocadoras de agotamiento debido a la naturaleza de su trabajo, así como la demanda de interacción social permanente lo que puede ocasionar una serie de trastornos orgánicos y psíquicos en el individuo

quien superado por su realidad laboral sufre un desgaste psicoafectivo que finalmente va en detrimento de su desempeño y sus competencias como trabajador.

La búsqueda de aumento de los niveles de productividad, la estimulación de las competencias personales como profesionales del recurso humano y el logro de organizaciones con alta competitividad hace necesaria la apertura de líneas de investigación que permitan determinar los elementos asociados al desarrollo organizacional. El estrés ocupacional y el compromiso organizacional son eventos de alto interés para el área gerencial durante los últimos 10 años, recientemente el síndrome de agotamiento laboral (SAL) fue descrito en el campo de la medicina y los servicios de salud. De allí la necesidad de desarrollar el presente estudio.

## **Objetivos de la investigación**

**Objetivo General:** Determinar la influencia del síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las causas emocionales del agotamiento laboral que manifiesta el personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia
- Describir las consecuencias que produce el agotamiento laboral en el Personal de Enfermería
- Identificar las variables que determinan el grado de compromiso organizacional del personal de enfermería
- Determinar el nivel de compromiso organizacional en el Personal de Enfermería
- Establecer la relación que existe entre el agotamiento laboral y el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia.

## **Antecedentes de la investigación**

Peña (2010), investigó sobre El síndrome de Burnout en los profesionales de los servicios públicos de salud del Municipio Maracaibo. El objetivo general de la investigación fue analizar los factores socio demográficos y laborales asociados al Síndrome de Burnout en los profesionales de los Servicios Públicos de Salud del Municipio Maracaibo.

Se concluyó que los profesionales de la salud presentan altos niveles del Síndrome de Burnout en todas las dimensiones con una prevalencia del 24 por ciento de los encuestados. Se recomendó el establecimiento de programas de afrontamiento y prevención del síndrome.

López y Cuba (2006), realizaron una investigación denominada Factores asociados al síndrome de Burnout en Enfermeras de Emergencia del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” tuvo como objetivo determinar los factores asociados al síndrome de Burnout y más específicamente determinar la asociación entre factores profesionales y laborales asociados al síndrome de Burnout.

Como resultados se dedujo que el síndrome de Burnout se encuentra en su mayoría en niveles bajos a predominio de la dimensión de despersonalización (13.6%). Sin embargo, se encontró una considerable proporción de este personal con niveles medios de Burnout a predominio de las dimensiones de agotamiento emocional (31.8%) y despersonalización (36.4%). En conclusión existe baja asociación estadística ( $p=0.005$ ) entre los factores profesionales (interacción conflictiva y ambigüedad de rol), y también baja asociación estadística entre los factores laborales (sobrecarga laboral y supervisión) y el síndrome de Burnout.

Morán (2009), estudió la Responsabilidad social y compromiso organizacional en los servicios públicos de salud enfocados en el nuevo modelo de gestión. El propósito de la presente investigación fue establecer la relación entre la responsabilidad social y el compromiso organizacional en los servicios públicos de salud enfocados en el Nuevo Modelo de Gestión, en los hospitales: General del Sur Dr. Pedro Iturbe, Central Dr. Urquinaona y Chiquinquirá del Municipio Maracaibo. Concluyen que existe una correlación baja positiva entre ambas variables e infiere que mientras una variable baja su comportamiento, la otra también lo hace.

Bayona y otros (2005), realizaron una investigación titulada “Compromiso Organizacional y sus Implicaciones para la gestión estratégica de los Recursos Humanos.”. El objetivo del es estudiar

el Compromiso Organizacional como herramienta de gestión de recursos humanos, aplicado al caso de una organización pública servicios.

Así, si se consigue que los empleados estén muy identificados e implicados en la organización en la que trabajan (compromiso actitudinal), mayores serán las probabilidades de que permanezcan en la misma.

De esta forma lo que pretendemos es que la organización pueda disponer de un mejor conocimiento de los individuos, para así poder incentivar comportamientos que repercutan en unos mejores resultados.

## **Bases teóricas**

El síndrome de agotamiento laboral “es un problema social y de salud pública, es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional de enfermería y la calidad de su labor asistencial”, ya que sus pacientes no recibirán un trato amable, humano, y ante todo, eficaz y oportuno (Carbonell y otros, 2007:4).

Sus manifestaciones de acuerdo a Jaramillo y otros (2005: 27), son: Agotamiento emocional, Despersonalización, Falta de realización profesional.

Hernández y otros (2007: 32), definen el síndrome de agotamiento laboral como “una pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”.

## **Causas Emocionales del Agotamiento Laboral**

El agotamiento emocional hace referencia a sensaciones de sobre esfuerzo físico y psíquico que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que mantienen los trabajadores entre ellos, con los clientes.

Se produce al estar expuesto diariamente y permanentemente a personas que hay que atender como objetos de trabajo. Entre las causas emocionales del agotamiento laboral de acuerdo a Hernández y otros (2007: 33), se encuentran las siguientes: Entusiasmo, Estancamiento, Apatía,

Despersonalización, Reducida realización personal.

## **Consecuencias que produce el Agotamiento Laboral en el Personal de Enfermería**

Según Sarros (1999: 24), las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas son consideradas mediadores en la relación estresor - salud, tanto en términos de enfermedad como salud mental, aspectos relacionados con la vulnerabilidad a los accidentes y el absentismo laboral.

Si permanece en el tiempo, derivará en consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas, y para la organización, en forma de deterioro de calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc. Los sujetos afectados por el agotamiento laboral tienen sensación de cansancio, fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para cansarse, les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente.

Para la organización: De acuerdo a Otero (1996: 19), “vienen asociadas más intensamente a los componentes actitudinales del síndrome: baja realización personal en el trabajo y despersonalización y en menor medida a los sentimientos de agotamiento emocional.” Las consecuencias del síndrome de agotamiento laboral pueden dividirse en físicas, emocionales, conductuales y sociales, además de pérdida de eficacia laboral y alteraciones de la vida familiar y social. Tiene duras consecuencias en la calidad de la vida laboral de las personas que ejercen trabajos de asistencia y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficios de su trabajo. Juega un rol muy importante en la insatisfacción laboral, ausentismo, rotación del personal y en general, en la eficacia de las instituciones.

### **Consecuencias Personales del Agotamiento Laboral en los Profesionales de Enfermería**

Entre estas consecuencias, tal como lo señala Otero (1996: 20), se encuentran: Exaltación de las actividades extralaborales, Consumo de Psicofármacos y de alcohol, Psicopatología, Aislamiento Social

Variable Compromiso Organizacional, Según Jack y otros (2004: 22), el compromiso organizacional está definido “como un deseo fuerte de permanecer miembro de una organización en particular, aun presentándose oportunidades de cambiar de trabajo.

Compromiso Organizacional, “es el grado en el que un empleado se identifica con una organización en particular y sus objetivos, y desea mantener su membresía en la organización. Es identificarse con la organización en su totalidad” (Morrow, 2003: 42).

Perspectivas del compromiso organizacional, El término general de compromiso organizacional aglutina diferentes aspectos relacionados con el apego afectivo a la organización, con los costes percibidos por el trabajador asociados a dejar la organización y con la obligación de permanecer en la organización. Así surgen tres perspectivas del compromiso, el afectivo o actitudinal, el calculativo o de continuidad y el normativo.

Mowday y otros (2003: 17), lo definen de la siguiente manera: “es la fuerza de la identificación de un individuo con una organización en particular y de su participación en la misma. “ Conceptualmente puede ser caracterizado por al menos tres factores: a) una fuerte convicción y aceptación de los objetivos y valores de la organización; b) la disposición a ejercer un esfuerzo considerable en beneficio de la organización; c) el fuerte deseo de permanecer como miembro de la organización.

Meyer y Allen (1997), manejan tres tipos de dimensiones para el compromiso organizacional:

- Compromiso afectivo: refleja el apego emocional, la identificación e implicación con la organización.
- Compromiso continuo: revela el apego de carácter material que el colaborador tiene con la organización, reconoce los costos asociados con dejar la organización.
- Compromiso normativo: consiste en la experimentación por parte del colaborador de un fuerte sentimiento de obligación de permanecer en la organización para la que labora, revela los sentimientos de obligación del colaborador.

Morrow (2003: 44), señala que: “Las variables que determinan el grado de compromiso que un individuo presenta con la organización en la que trabaja pueden agruparse en distintas categorías: variables que tienen que ver con características del propio individuo, variables que tienen que ver con aspectos relacionados con el trabajo que desarrolla la persona y variables que tienen que ver con características de la organización o del grupo”.

## **Sistema de variables**

**Variable:** Agotamiento laboral

### **Definición Conceptual**

Hernández y Otros (2007: 41), definen agotamiento laboral como la “pérdida progresiva del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”.

### **Definición Operacional**

Sensaciones de sobreesfuerzo físico y psíquico que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que mantienen los trabajadores entre ellos, y con los clientes. El cual se medirá operacionalmente a través de las dimensiones: causas y consecuencias; con sus respectivos indicadores

**Variable:** Compromiso organizacional

### **Definición Conceptual**

Morrow (2003: 42), lo define como “el grado en el que un empleado se identifica con una organización en particular, sus objetivos, y desea mantener su membresía en la organización.

### **Definición Operacional**

Enfatiza en aspectos asociados a la organización, lo cual será medido a través de un instrumento de recolección de datos, el cual constará de una encuesta. El cual se medirá operacionalmente a través de las dimensiones variables y nivel de compromiso organizacional con sus respectivos indicadores.

A continuación se presenta el cuadro de operacionalización de las variables objeto de estudio:

Cuadro 1. Operacionalización de las variables



**Objetivo General:** Determinar la influencia del síndrome de agotamiento laboral sobre el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica del Hospital Universitario de Maracaibo.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las causas emocionales del agotamiento laboral que manifiesta el personal del área quirúrgica.</li> </ul>	Síndrome de Agotamiento Laboral	Causas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entusiasmo</li> <li>Estancamiento</li> <li>Apatía</li> <li>Despersonalización</li> <li>Reducida realización personal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Describir las consecuencias que produce el agotamiento laboral en el Personal de Enfermería.</li> </ul>		Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exaltación de actividades extra laborales</li> <li>Consumo de psicofármacos y alcohol</li> <li>Psicopatología</li> <li>Aislamiento social</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las variables que determinan el grado de compromiso organizacional del personal de enfermería</li> </ul>	Compromiso Organizacional	Variables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personales</li> <li>- Trabajo desarrollado</li> <li>- Clima de trabajo</li> <li>- Relaciones con el líder</li> <li>- Cohesión dentro del grupo</li> <li>- Tamaño de la organización</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el nivel de compromiso organizacional en el Personal de Enfermería</li> </ul>		Nivel de compromiso organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades intelectuales</li> <li>Habilidades físicas</li> <li>Personalidad</li> <li>Lugar de control</li> <li>Maquiavelismo</li> <li>Autoestima</li> <li>Auto monitoreo</li> <li>- Toma de riesgos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer la relación que existe entre el agotamiento laboral y el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia</li> </ul>		Será medida a través del coeficiente estadístico de correlación de Spearman Brown	

Fuente: Higuera (2011)

## **Marco metodológico**

### **Tipo de Investigación**

Un estudio descriptivo según Cruz (2001: 85), “delimita los hechos que conforman el problema de investigación planteado, permitiendo identificar características propias del fenómeno investigado, describe hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente.”

Esta investigación se enmarco en un estudio descriptivo correlacional, según Hernández y otros (2002: 25), “tiene como finalidad medir el grado de relación que eventualmente pueda existir entre dos o más variables, en los mismos sujetos.”

### **Diseño de la Investigación**

El diseño fue de tipo no experimental, según Hernández y Otros (2002: 189), la investigación no requiere la manipulación de variables, ni asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones, por lo tanto no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por los investigadores.

Para Hernández y otros (2002: 31), el diseño es transeccional descriptivo, debido a que la recolección de los datos se dará en un único momento, obteniendo una sola medición y en un único tiempo, su propósito es describir variables en un determinado momento.

Es un estudio de Campo, puesto que se orienta a recolectar la información relacionada con el estado actual de las personas, objetos, situaciones o fenómenos tal cual se presentan al momento de la recolección (Chávez, 2003).

### **Población y Muestra**

Según Sierra (2003:179), la población “es el conjunto de unidades que se quiere estudiar y que podría ser observada individualmente en el estudio”. En el presente estudio la población o universo estuvo constituido por 75 enfermeras del Área Quirúrgica del Hospital Universitario de Maracaibo.

Por ser la población de carácter finito y accesible a la aplicación de los instrumentos, fue tomada totalmente, constituyéndose por lo tanto en un censo poblacional, definido por Tamayo y Tamayo (2002: 64), como, “la muestra en la cual entran todos los miembros de la población”.

## **Técnicas de Recolección de Datos**

### **Observación**

Para Cordero (2002: 64) “es aquella que se caracteriza porque se realiza “in situ” y los hechos son captados tal como acontecen”. Según Hernández y Otros (2002: 72) “consiste en el registro sistemático, valido y confiable de comportamiento”.

En la presente investigación se aplicó la observación directa, ya que se visitó el hospital captando los hechos tal cual como se dan en el sitio de trabajo y las actividades que en ella se llevan a cabo.

### **Revisión Documental**

Hernández y otros (2002: 75), “la revisión de los materiales escritos o aplicados por el investigador; los cuales constituyen la principal vía de recolección practica y metodológicamente válida para el estudio.”

Para Tamayo y Tamayo (2002:28), la revisión documental “se basa en la revisión de textos, folletos y registros que permiten precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema”. Considerando lo expuesto, se aplicó el análisis documental como técnica de diagnóstico referente al problema de investigación, debido a que permite involucrar al investigador en el proceso real, a través de informes periodísticos, revistas especializadas, textos, trabajos de investigación.

## **Instrumentos de Recolección de Datos**

### **Cuestionario**

Chávez (2003: 67), expresa que “la encuesta consiste en un conjunto de preguntas, cuidadosamente preparadas, sobre los aspectos que interesan conocer en una investigación aplicando el mismo a la población o muestra seleccionada, una vez que se ha tenido contacto directo con la realidad que se investiga y se tiene conocimiento de sus aspectos más relevantes”. Para tal fin el instrumento conto con cuarenta y seis (46) preguntas dirigidas al personal de enfermería del Área Quirúrgica del Hospital Universitario de Maracaibo., aplicadas en la escala tipo Lickert, las cuales constan de cinco (5) alternativas de respuestas: (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca), donde todos los ítems tienen relación con los distintos indicadores de la variable de estudio.

## **Validez y Confiabilidad del Instrumento**

La validez del cuestionario se realizó a través de la técnica de Juicio de Expertos, que según Chávez (2003: 193), “su objetivo es determinar la eficiencia con la cual un instrumento mide el objeto de la investigación, mediante la revisión lógica por medio de un grupo de expertos en el campo al que ha de aplicarse”.

Para lo cual fueron seleccionados 5 expertos para su evaluación. Una vez determinada la validez de contenido del instrumento, el mismo fue sometido a una prueba piloto para determinar la validez de constructo. Para alcanzar este propósito, se aplicó el coeficiente de Alpha Cronbach, utilizando para ello el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

En relación a la confiabilidad, Hernández y otros (2002: 256), expresan que “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su acción repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados”.

Para el cálculo se procedió a utilizar el método de estadística de las Dos Mitades (pares e impares), el cual consiste en la aplicación del mismo a una prueba piloto. Para obtener el procesamiento se dividieron los datos en dos partes iguales, luego se realizó un análisis de la desviación estándar de cada una de las partes, a través de la aplicación de la fórmula de Spearman Brown.

En virtud de que la investigación fue definida como un estudio descriptivo, el tratamiento estadístico utilizado fue congruente con el diseño; por consiguiente se utilizó la estadística descriptiva; dentro de este método, se utilizaron las medidas de tendencia central y variabilidad a

través del uso de la media aritmética como la desviación estándar de cada uno de los ítems que integran del cuestionario. En este orden de ideas, la utilización de la media permitirá la categorización de ítems, indicadores, y dimensión en estudio.

Sobre esta base, para su interpretación fue diseñada una tabla de rango, intervalo y categoría. Así pues, para el establecimiento de los rangos del mencionado baremo, se utilizó como punto de partida la escala de respuestas utilizadas dentro del instrumento.

Cuadro 2. Análisis para la interpretación del promedio

<b>Rango</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Categoría</b>	<b>Alternativa</b>
5	4.21 – 5	Muy Alta	Siempre
4	3.41 – 4.20	Alta	Casi Siempre
3	2.61 – 3.40	Moderada	A veces
2	1.81 – 2.60	Baja	Casi Nunca
1	1 – 1.80	Muy Baja	Nunca

Fuente: Higuera (2011)

Para la segunda técnica mencionada “media de variabilidad”, se utilizó la desviación estándar, ésta última para indicar el grado de dispersión de las respuestas, con relación a la escala de medición utilizada y su rango, representado por las puntuaciones mayor y menor obtenidos, es decir, cinco y uno (5 y 1) respectivamente, lo cual permitió elaborar para su respectivo análisis una tabla de rango, intervalo y categoría.

Cuadro 3. Baremo de la Desviación

<b>Escala</b>	<b>Criterio de Confiabilidad</b>	<b>Criterio de Validación</b>
00 – 20	No es Confiable	
21 – 40	Confiabilidad Deficiente	
41 – 60	Medianamente Confiable	
61 – 80	Confiable	
81 – 100	Muy Confiable	

Fuente: Higuera (2011)

A éste coeficiente se le realizó la corrección de Spearman – Brown. El coeficiente de confiabilidad fue interpretado a través del Baremo que se muestra a continuación:

Cuadro 4. Categoría de Análisis para la Interpretación del Coeficiente de Correlación

Intervalo			Descripción
-1	–	-0,96	Correlación Negativa Perfecta
-0,95	–	-0,51	Correlación Negativa Fuerte
-0,50	–	-0,11	Correlación Negativa Moderada
-0,10	–	-0,01	Correlación Negativa Débil
	0		Correlación Nula
0,01	–	0,10	Correlación Positiva Débil
0,11	–	0,50	Correlación Positiva Moderada
0,51	–	0,95	Correlación Positiva Fuerte
0,96	–	1	Correlación Positiva Perfecta

Fuente: Carrasquero (2004).

## Análisis y discusión de los resultados

En este capítulo se presentan los resultados de las Variables Síndrome de Agotamiento Laboral y Compromiso Organizacional, fueron medidos y evaluados a través de la estadística descriptiva para la elaboración de las tablas con la media aritmética y la desviación estándar, que permitieron la categorización de los reactivos, en dimensiones, indicadores y las variables.

Con respecto al primer objetivo específico Identificar las causas emocionales del agotamiento laboral que manifiesta el personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia se tiene lo siguiente:

En el cuadro 5 se encuentran reflejados los promedios para cada uno de los indicadores que integran la dimensión **Causas emocionales**

Cuadro 5. Dimensión: Causas emocionales

--	--	--

<b>Entusiasmo</b>	4,62	0,71
<b>Estancamiento</b>	2,82	0,85
<b>Apatía</b>	3,13	0,64
<b>Despersonalización</b>	4,05	0,66
<b>Reducida realización personal</b>	2,94	0,87
<b>TOTAL</b>	<b>3,51</b>	<b>0,74</b>

Higuera: (2011)

En el cuadro 5 referido a la dimensión **Causas emocionales** se evidencia un promedio de **3.51**; con una baja dispersión de **0.74**, ubicándose según el baremo diseñado, en una categoría alta; interpretando estos resultados se afirma que las enfermeras tienen aspiraciones de surgir en su sitio de trabajo, trabajan en el área quirúrgica con energía y entusiasmo, moderadamente se sienten frustradas por no poder realizar su trabajo debidamente.

Algunas veces se han sentido sin ganas de ir al sitio de trabajo, siempre tratan a los pacientes con respeto además de consideración y medianamente han sentido alguna vez una disminución en su autoestima personal u otras alteraciones como frustración y estrés.

Contrariamente se tiene que estudios previos como el de Frías (2005), evidencian que el personal de enfermería de los servicios de clínica médica y cirugía, según la escala utilizada, un alto grado de afección en los tres componentes (Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal).

Cuadro 6. Dimensión: Consecuencias

<b>Exaltación de actividades laborales</b>	1,69	0,59
<b>Consumo de psicofármacos y alcohol</b>	3,83	1.03
<b>Psicopatología</b>	3,82	0,64

<b>Aislamiento social</b>	4,19	0,65
<b>TOTAL</b>	<b>3,38</b>	<b>0,65</b>

Higuera: (2011)

Para la segunda dimensión, se creó el cuadro 11, donde se plasman los promedios referidos a las Consecuencias del Síndrome de Agotamiento, alcanzando un promedio de **3.38** con una dispersión de 0.65, estos resultados se comparan con el baremo del presente estudio encontrando una categoría moderada; esto indica que las enfermeras nunca se han enfermado a causa del trabajo excesivo, así mismo no se han sentido vulnerables al peligro en su sitio de trabajo. Por otro lado casi siempre.- han sufrido de ansiedad e insatisfacción que los ha llevado a tomar fármacos para poder dormir y en sus momentos libres toman algún tipo de licor para aliviar el estrés.

En el mismo orden de ideas casi siempre el estrés ha hecho que sufran de algún trastorno psíquico como de depresión laboral; igualmente casi siempre el personal de enfermería es constantemente requerido profesionalmente por sus familiares como amigos más cercanos en sus momentos libres, obligado a aislarse del mundo social para poder descansar y disfrutar de su tiempo libre.

Estos resultados concuerdan con lo citado por Gervás y Hernández (1995:15), “busca la compensación al estrés “congelando” su actividad laboral y exaltando alguna extra laboral.” Esto también es respaldado por Otero (1996: 23) quien afirma la ansiedad e insatisfacción que genera el agotamiento laboral pueden combatirse con el consumo de alcohol y de psicofármacos.

Finalmente, los autores Gervás y Hernández (1995:25), afianzan la idea de que El estrés laboral y la insatisfacción en el trabajo favorecen y provocan trastornos psíquicos

Cuadro 7. Dimensión: Variables

<b>Personales</b>	3,78	0,78
<b>Trabajo desarrollado</b>	2,73	1,14
<b>Clima de trabajo</b>	3,79	0,81
<b>Relaciones con el líder</b>	2,84	0,80



<b>Cohesión dentro del grupo</b>	3,21	0,93
<b>Tamaño de la organización</b>	2,11	0,84
<b>TOTAL</b>	<b>3,07</b>	<b>0,88</b>

fuelle: Higuera (2011)

Al contrastar estos resultados con la teoría plasmada por Gómez (2006), quien identifica la existencia de otros factores con los que el compromiso organizacional mantiene una correlación más alta, éstos son los siguientes: motivación interna (positiva), implicación en el puesto de trabajo (positiva), satisfacción laboral global (positiva), satisfacción con el propio trabajo (positiva), satisfacción con la promoción (positiva), satisfacción con el sistema de supervisión (positiva) y estrés (negativa).

Cuadro 8. Dimensión: Nivel de compromiso organizacional

<b>Habilidades intelectuales</b>	2,34	0,88
<b>Habilidades físicas</b>	2,29	0,96
<b>Personalidad</b>	2,60	0,81
<b>Lugar de control</b>	2,11	0,72
<b>Maquiavelismo</b>	2,24	0,85
<b>Autoestima</b>	1,93	0,80
<b>Auto monitores</b>	2,02	0,93
<b>Toma de riesgos</b>	2,28	0,82
<b>TOTAL</b>	<b>2,25</b>	<b>0,84</b>

Fuente: Higuera (2011)

En referencia a lo expresado en el cuadro, indica que el promedio fue de **2,25**, el cual es bajo, con una dispersión de **0,80** esto sugiere que en opinión del personal de enfermería casi nunca se realizan test o pruebas para poder realizar el trabajo diario, ni utilizan el razonamiento inductivo.

Por lo general no se encuentran en perfecta aptitud física, ni siente vigor y fuerza a la hora de realizar su trabajo; poseen una actitud moderadamente optimista ante los problemas laborales, así mismo, cuando un paciente está muy grave medianamente dan animo a sus familiares.

Casi nunca se sienten responsables de su destino laboral igualmente no controlan las emociones de manera interna, sin comunicarle a nadie; el personal de enfermería casi no usan el poder y tampoco ganar profesionalmente. En el mismo orden de ideas, casi nunca son exitosos en su lugar de trabajo, ni son tan susceptibles a las situaciones del exterior.

Muchas veces no adaptan su conducta a las situaciones que se presentan en el trabajo, ni son capaces de mostrar una cara de felicidad porque por dentro tienen problemas muy grandes, igualmente casi no han tomado decisiones por sí mismos ni aceptan responsabilidades en su sitio de trabajo que no les corresponde.

Davis y Newstrom (2001), afirma: el compromiso organizacional es el nivel en el que un empleado se identifica con la organización y desea seguir participando activamente en ella; como una gran fuerza magnética que atrae un objeto metálico hacia otro, el compromiso es un indicador de la disposición del empleado a quedarse con una organización en el futuro.

En lo que respecta al objetivo específico 5, donde se plantea: Establecer la relación que existe entre el agotamiento laboral y el compromiso organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia, se recurrió al coeficiente estadístico de correlación de Spearman, para la presente investigación se usó el procedimiento Correlaciones Bivariadas de SPSS que permite medir el grado de dependencia existente entre dos o más variables mediante la cuantificación por los denominados coeficientes de correlación lineal de Pearson, de Spearman y la Tau-b de Kendall con sus respectivos niveles de significación.

Versión no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman, que se basa en los rangos de los datos en lugar de hacerlo en los valores reales. Resulta apropiada para datos ordinales (susceptibles de ser ordenador) y para datos agrupados en intervalos que no satisfagan el

supuesto de normalidad. Los valores del coeficiente varían de -1 a +1. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y el valor absoluto del coeficiente de correlación indica la fuerza de la relación entre las variables. Los valores absolutos mayores indican que la relación es mayor. (Camacho, 2000)

Cuadro 9. Correlación de Spearman

	<b>AGOLA</b>	<b>CORPORG</b>
Rho. Spearman Coeficiente de Correlación AGOLA	1.000	,283
Sig. (bilateral)		,460
N	9	9
CORPORG Correlación de Spearman	,0283	1.000
Sig. (bilateral)	,460	
N	9	13

Fuente: Higuera (2011)

Al analizar, la relación existente entre el Agotamiento Laboral y el Compromiso Organizacional del personal de enfermería del Área Quirúrgica; puede decirse que según el baremo de Carrasquero (2004) existe una Correlación Positiva Moderada, lo que significa que el Agotamiento Laboral moderadamente está influyendo el grado de Compromiso Organizacional del personal que labora en el área quirúrgica del Hospital Universitario de Maracaibo, es decir, medianamente existe una relación entre ambas variables.

Lo que indica que el síndrome de agotamiento medianamente influye en el grado de apego que tienen los encuestados con la organización a la cual pertenecen, pudiendo estar influyendo otras variables como la edad, antigüedad en el trabajo, nivel educativo y la capacitación recibida directamente en el compromiso continuo de este personal con el centro hospitalario donde laboran.

## Conclusiones

Con respecto al primer objetivo específico del presente estudio se concluye que al Identificar las causas emocionales del agotamiento laboral que manifiesta el personal de enfermería del Área

Quirúrgica Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia, se evidencio que las enfermeras tienen aspiraciones de surgir en su sitio de trabajo, trabajan en el área quirúrgica con energía, moderadamente se sienten frustradas por no poder realizar su trabajo debidamente.

Algunas veces se han sentido sin ganas de ir al sitio de trabajo, siempre tratan a los pacientes con respeto además de consideración y medianamente han sentido alguna vez una disminución en su autoestima personal u otras alteraciones como frustración y estrés.

Se concluye, en el segundo objetivo específico, al Describir las consecuencias que produce el agotamiento laboral en el Personal de Enfermería: Las enfermeras manifiestan que nunca se han enfermado a causa del trabajo excesivo, así mismo no se han sentido vulnerables al peligro en su sitio de trabajo. Por otro lado casi siempre.- han sufrido de ansiedad e insatisfacción que los ha llevado a tomar fármacos para poder dormir y en sus momentos libres toman algún tipo de licor para aliviar el estrés. casi siempre el estrés ha hecho que sufran de algún trastorno psíquico como de depresión laboral; igualmente casi siempre el personal de enfermería es constantemente requerido profesionalmente por sus familiares como amigos más cercanos en sus momentos libres, obligado a aislarse del mundo social para poder descansar y disfrutar de su tiempo libre.

Continuando con el tercer objetivo específico se concluye que al Identificar las variables que determinan el grado de compromiso organizacional del personal de enfermería, se encontró que el personal de enfermería casi siempre se siente con mucha edad para poder realizar su trabajo y creen que no poseen el nivel educativo alto suficiente para ejercerlo.

Por otro lado, moderadamente son variadas las tareas desarrolladas en su sitio de trabajo y toman participación en la toma de decisiones; es agradable el sitio de trabajo y se sienten a gusto en él. Medianamente mantienen buenas relaciones laborales con su jefe inmediato y moderadamente se consideran líderes en su lugar de trabajo. A veces trabajan en grupo para resolver algún problema y están conectados de forma moderada como una sola familia en el área quirúrgica. Finalmente el espacio físico casi nunca es suficiente para realizar su trabajo.- pero casi no ha influido negativamente en área quirúrgica.

## **Recomendaciones**

- Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al

personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones.

- Evaluar en qué medida el compromiso organizacional está afectando otras variables como el nivel de desempeño y la productividad laboral.
- Diseñar planes de recompensas diferenciadas que se acerquen en mayor medida a las necesidades que enfrenta el personal de enfermería, segmentándolos por perfil demográfico y expectativas, de manera de contribuir efectivamente al incremento del compromiso en el centro de salud.
- Es importante corroborar la predominancia del tipo de compromiso existente en el área quirúrgica, como en otras dependencias del Hospital Universitario de Maracaibo
- Hacer efectivo el derecho de los trabajadores de recibir atención médica cuando padecen enfermedades laborales pues estas pueden traer graves consecuencias. El que un trabajador padezca una enfermedad como el burnout, provoca innumerables pérdidas, ya que baja el rendimiento de la persona y por consiguiente la productividad.
- Por último, en el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. También se deben desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol.
- Otras estrategias que se pueden llevar a cabo desde el nivel organizacional son reestructurar y rediseñar del lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional

## **Referencias bibliográficas**

- Bayona, C., Goñi, S. y Madorrán, C. (2005) “Compromiso organizacional: implicaciones para la gestión estratégica de los recursos humanos” Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa. Vol. 9, N° 1, pp. 139-149
- Bencomo, J. (2000) Síndrome de Agotamiento Psicológico en Personal Médico. Universidad Rafael Urdaneta Tesis de Postgrado. Maestría en Psicología Clínica. Maracaibo, Venezuela. 213p.
- Camacho Rosales, J. (2000): Estadística con SPSS para Windows. Ed. Rama, Madrid.
- Carbonell, E; Carrasquero, M, y Miras, T (2007) 12° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero-Marzo 2011 [Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com). Consultado 03 de Marzo del 2011
- Carrasquero, E. (2004). Introducción a la Estadística en el Uso del STAT GRAPHICS Versión 7.0. Trabajo de Ascenso. Universidad Nacional Experimental “Rafael María Baralt”. Cabimas. Venezuela.
- Chávez, A. (2003). Introducción a la Investigación Educativa. Taller de Arte S.A. Maracaibo. Edo. Zulia. 336p.
- Cordero, M. (2002). Metodología de la Investigación Editorial MC GRAW-HILL. Interamericano de México, S.A de C V. BUSTO. 269p.
- Cruz, A. (2001). Investigación Educativa. Editorial Romor. Caracas Venezuela. Biblioteca Nueva. 289p. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, N° 19.ª Edición (2009).
- Davis, K. y Newstrom J. (2001). Comportamiento humano en el trabajo. México: McGraw Hill.
- Fernández, J. (2002). Compromiso Organizacional Nuevos Retos de RRHH. Editorial Trillas. 2da Edición. Caracas Venezuela. 425p.
- Frías, R. (2005). Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería”. Trabajo de Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud Catamarca, Editorial Grafica. España. 125p.
- Gervás, Ñ. y Hernández, F. (1995). Habilidades de Autocontrol. 3ª Edición. Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla. 325p.
- Gómez, D. G. (2006). K Sigma: Control de procesos para mejorar la calidad de la enseñanza (cómo identificar entre lo mucho que es trivial lo poco que es crítico). México: WK Educación.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2002). Metodología de la Investigación. Editorial MC GRAW-HILL. Interamericano de México, S.A de C V. BUSTO. 242p.

- Hernández, C.; Dickinson, M. y Fernández, M. (2007). El Síndrome de Desgaste Profesional Burnout en Médicos Mexicanos. Departamento De Medicina Familiar, Facultad de Medicina UNAM. 189p.
- Jack, J.; Guisson, A. y Camacaro, P. (2004). Clima Organizacional. 4ª Edición. Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla. 258p.
- Jaramillo, A; Beltrán, P y Gutiérrez, M. (2005). Síndrome de Desgaste Profesional en los Enfermeros de los Hospitales Santa Sofía e Infantil de Manizales. Tesis de Postgrado. Magister Scientiarum. 148p.
- López, Z. y Cuba, T. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en Enfermeras de Emergencia del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen. Revista de Ciencias de la Salud. V4 Nº III pp. 69-72
- Maslach, C. y Jackson, S. (2000). Mas medición del desgaste experimentado. Revista de psicología del trabajo Vol. N° 3. pp. 69 – 82. 125.
- Maslach, C y Jackson (1997). SE. Evaluación del estrés. En tercer lugar edición. Palo Alto, CA: Psicólogo Consultoría Prensa; p. 191-216
- Meyer, J. P. y N. J. Allen. (1997). Compromiso en el lugar de trabajo. Teoría, investigación y aplicación. Thousand Oaks, California: Sage Publications, inc.
- Morán, G. M. (2009) Responsabilidad social y compromiso organizacional en los servicios públicos de salud enfocados en el nuevo modelo de gestión. Universidad Dr. Rafael Bellosillo Chacín, Decanato de investigación y Postgrado, Maestría en Gerencia de Recursos Humanos, Maracaibo
- Morrow, A. (2003). Compromiso Organizacional. Buendía ed. Madrid: Biblioteca Nueva. 258p.
- Mowday, C; Steers, H. y Porter, K. (2003).Compromiso Organizacional. 2<sup>da</sup> Edición. Madrid: Ed. Mosby. 389p.
- Otero, J. (1996). Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2º Edición. Nueva Cork: Editorial McGraw-Hill. 129p.
- Peña B, J. (2010) El síndrome de Burnout en los profesionales de los servicios públicos de salud del Municipio Maracaibo. Universidad Dr. Rafael Bellosillo Chacín, Decanato de Investigación y Postgrado, Maestría en Gerencia Empresarial, Maracaibo
- Sarros, W. (1999). Un Modelo Causal sobre los Antecedentes y Consecuentes del Estrés de Rol en Profesionales de la Salud. Revista de Psicología de la Salud. V: II. N° 2. pp. 236 – 241.

Sierra, B. (2003). Introducción a la Investigación Educativa. Editorial Grafica. 336p.

Tamayo y Tamayo, M. (2002). Introducción a la Investigación Educativa. Editorial Grafica, S.A. Venezuela. 312p.

## **Eficacia de la intervención educativa en el hogar vs educación grupal en el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con Diabetes tipo 2**

**MCE. Clara Teresita Morales Álvarez** [tere811008@hotmail.com](mailto:tere811008@hotmail.com)

**MIE. Ana María Padilla Aguirre** [anyta50@hotmail.com](mailto:anyta50@hotmail.com)

### **Introducción**

La prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más apremiante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 60% del total de las defunciones en el mundo (1)

La Federación Internacional de Diabetes (FID), menciona que 285 millones de personas en el mundo tienen diabetes. (2). En el ámbito internacional, México ocupa el décimo lugar con 6.8 millones de personas enfermas por este padecimiento siguiendo las tendencias internacionales en cuanto a la aparición a nuevos casos a menor edad y mayor incidencia de complicaciones secundarias a la diabetes tipo 2 (DT2).

El programa de acción para la prevención y control de la diabetes mellitus menciona que en las entidades federativas se aprecia un patrón de comportamiento que concentra las tasas más altas de mortalidad en los estados del centro y norte del país, con un rango de tasas que van de 29 a 96, defunciones por cada 100,000 habitantes en 2006 y Guanajuato es uno de los estados con mayor tasa de defunciones que van de 62.1 a 79 por cada 100,000 habitantes (3).

En Celaya Guanajuato los registros epidemiológicos del Hospital General de Zona No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social manifiestan que hasta Octubre del 2008 se registraron 144 muertes por DT2, aunando a esto 369 egresos hospitalarios registrados y 6141 personas acudieron a la consulta externa (4).



La Dirección General de Epidemiología de Celaya registró hasta noviembre del 2008, 377 nuevos casos, de los cuales es importante destacar que la mayoría se presentan en las edades de 25 a 44 años con 103 casos, el resto de los casos se presentan en las edades de 45 en adelante (5).

Con el propósito de prevenir y controlar la DT2 en el municipio de Celaya, Gto, se han implementado programas educativos encaminados a fortalecer las capacidades de autocuidado proporcionando educación a los pacientes de manera individual en las unidades de salud y en grupo a través de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), sin embargo el problema en cuanto a la incidencia de DT2 va en aumento según los registros epidemiológicos.

Los GAM, se inician en la década de los noventa bajo el concepto de Clubes de Diabéticos, se ha redimensionado al incluir entre sus participantes no sólo a personas con diabetes, sino también aquellas en riesgo de padecerla y personas adultas mayores. Actualmente se estima que existen aproximadamente 10 000 grupos operados por personal de la Secretaría de salud con un total de 110 000 participantes, sin embargo su posicionamiento como una de las mejores estrategias para el control de la diabetes no corresponde a su valor real, ya que en promedio sólo un 18.3% de los pacientes diabéticos atendidos por la SSA se encuentran integrados a dichos grupos (6).

Diversas son las investigaciones realizadas en donde se demuestra que la educación en forma grupal contribuye al aumento del autocuidado y control de la glicemia capilar sin embargo, el incremento de las tasas de morbimortalidad por complicaciones secundarias a DT2 continúa, presentándose cada vez más a menor edad como lo refieren los estudios epidemiológicos nacionales, estatales y locales.

Es por ello que el objetivo de esta investigación fue el de comparar la eficacia de la intervención educativa en el hogar (IEH) vs intervención educativa grupal (IEG) en el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con DT2.

Para lo cual se planteó la siguiente hipótesis; La IEH es eficaz para el autocuidado y control de la glicemia capilar del paciente con DT2 en comparación de la IEG.

## **Metodología**

Estudio correlacional, prospectivo, prolectivo, longitudinal y cuasi experimental, fundamentado en la teoría de Dorothea E. Orem. La muestra fue calculada en el programa Epi Info 3.4.3 en el sub programa Stat cal para los siguientes parámetros: precisión 95%, poder de 80%, proporción casos a controles 1:1, tasa de efectividad con la intervención individual 82.92%, tasa de efectividad con la intervención grupal 62.85 el tamaño calculado de la muestra fué: 172 pacientes, 86 para la IEH y 86 para la IEG.

El estudio se realizó en comunidades rurales del municipio de Celaya Gto, México con base en los siguientes criterios de inclusión: personas de 20 a 59 años de edad con diagnóstico de DT2, no haber pertenecido a un GAM por lo menos 6 meses antes del estudio y que aceptaran participar en el estudio previo consentimiento informado, el muestreo fue por asignación aleatoria de intervención y probabilístico por bloques en las comunidades.

Para la obtención de la información se elaboró el instrumento “Autocuidado del paciente con DT2” con una concordancia intra observador de .80 e inter observador de .72 por kappa, dicho instrumento consta de 3 apartados; el primero permitió indagar sobre los Factores Condicionantes Básicos (FCB): edad, escolaridad, estado civil, sexo, ocupación, peso, estudios de laboratorio, control de la vista, enfermedades presentes.

El segundo apartado evaluó el autocuidado en cinco dimensiones: alimentación, actividad física, higiene, tratamiento farmacológico, control médico, así como la variable de confusión nivel socio económico (INSE) y el tercero los conocimientos de los pacientes acerca de la DT2, en este último se utilizó el instrumento diseñado por la LEO. Soledad Flores Martínez. Denominado “Cuestionario para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2”.

Para la recolección de la información, se obtuvo la autorización del comité de investigación de la División Ciencias de la Salud e Ingenierías Campus Celaya – Salvatierra Universidad de Guanajuato, con el propósito de evitar el sesgo en los resultados de la investigación se capacitó a 11 enfermeros para educar a los pacientes con DT2, 4 realizaron la (IEG) y 7 la intervención en el hogar (IEH).

Se procedió a la asignación aleatoria de intervención y probabilístico por bloques en las comunidades con el fin de evitar la contaminación entre los sujetos. Una vez establecida la dinámica de trabajo se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes que participaron en

el estudio, a los pacientes asignados a la IEH se aplicó la intervención educativa en su domicilio y a los asignado a la IEG se les cito en las instalaciones de la unidad de salud de su comunidad. La primera medición se realizó antes de la intervención entrevistando a las personas en forma grupal e individual en el hogar para aplicar el instrumento y la medición de glicemia capilar, está fue tomada en ayunas con un glucómetro marca One Touch ultra.

Después de realizar la primera medición se aplicó la intervención educativa en el hogar y grupal durante seis semanas continuas, un tema por semana, siguiendo el programa de educación en ambos grupos y vigilando el cumplimiento de las actividades de autocuidado en cada visita, la duración de las sesiones fue de 30 minutos, a la semana posterior de la intervención educativa se realizó la segunda medición aplicando el mismo cuestionario y determinación de la glicemia, la tercera medición se realizó al mes de haber realizado la segunda medición con los mismos procedimientos.

La investigación no representó riesgos para los pacientes y se realizó tomando en cuenta las consideraciones éticas establecidas en la ley general de salud de México y en la Declaración de Helsinki.

El procesamiento de la información se realizó con SPSS versión 15.0. Para las variables demográficas cuantitativas con distribución normal se calculó media y desviación estándar, para las que presentaron distribución sesgada rango total e intercuartilar y para las categóricas, frecuencias y porcentajes.

Los conocimientos fueron evaluados en su escala original y posteriormente se agruparon en intervalos, el autocuidado se midió a través del cumplimiento de sus dimensiones, las cuales se categorizaron, la asociación de conocimientos y autocuidado con la intervención educativa se midió a través de Riesgo Relativo (RR), con prueba de hipótesis de  $X^2$ , el análisis de extensibilidad de los resultados de la muestra al universo, se hizo a través de Intervalo de confianza del 95% y p de  $\geq 0.05$

Para comparar las cifras de glicemia inicial y final de los pacientes del grupo de intervención grupal y en el hogar se utilizó la Prueba de Rangos Señalados de Wilcoxon (z), debido a que no se obtuvo una curva de distribución normal en la glicemia inicial y final en ambos grupos. La diferencia entre la glicemia inicial de los pacientes que recibieron intervención grupal y los que recibieron intervención en el hogar se midió a través de la prueba de la mediana ( $x^2 = 0.05$ ).

## **Resultados**

Los sujetos de estudio fueron 172 personas sin embargo se suscitaron abandonos durante el estudio, en la primera medición en el grupo IEH fueron 16, en la segunda 11 y en la tercera 0, para el grupo de IEG fueron 23, 14 y 10 respectivamente, quedando la muestra de 98 sujetos 59 para la IEH y 39 para la IEG de los cuales a continuación se presentan resultados.

### **Factores condicionantes básicos (FCB)**

El 65.3% de los sujetos de estudio fueron mujeres y 34.7% hombres, la mediana de la edad fue de 57 años. En los FCB socioculturales el mayor porcentaje en ocupación lo obtuvieron las amas de casa con un 57.1% seguido de las ocupaciones de obrero y campesino con un 12.2% cada uno, en cuanto al estado civil predomino el casado con 83.7% y el de menor frecuencia fue el de divorciado con 1% el rango de escolaridad fue entre 0 a 16 años con una mediana de 3.

Respecto a la revisión de ojos y estudios de laboratorio son prácticas de salud que forman parte del tratamiento de los pacientes con DT2, en este estudio el 65.3% refirió haberse realizado estudios de laboratorio para evaluar el control de su enfermedad y el 75.5 % no acuden al oftalmólogo.

En el factor estado de salud las enfermedades agregadas de mayor frecuencia fue la hipertensión con 19.4% (Cuadro 8.1), el rango de peso fue entre 46 y 106 kg, con una media de  $68.1 \pm 11.43$ .

### **Nivel de conocimientos acerca de la DT2**

El nivel de conocimientos que obtuvieron los pacientes con DT2 acerca del padecimiento en ambos grupos en las diferentes mediciones. En el grupo de IEH los conocimientos suficientes se incrementaron de 1.4% en la primera medición a 40.7 % en la segunda y a 49.2% en la tercera medición, este incremento no se observó en el grupo de IEG.

### **Autocuidado de los pacientes con DT2**

El autocuidado de los pacientes con DT2 del grupo de IEH se incrementó de 4.0% en la primera medición a 24.2% en la segunda y a 32.9% en la tercera medición, en los pacientes del grupo IEG el incremento fue menor en las diferentes mediciones.

### **Niveles de glicemia en los pacientes con DT2**

Además de evaluar el autocuidado a través del cumplimiento de las cinco dimensiones, también se hizo tomando en cuenta las cifras de glicemia capilar. En los pacientes del grupo IEH el valor de la mediana disminuyó de 201.5 mg/dl en la primera medición a 160mg/dl en la tercera y en el grupo de IEG la mediana también disminuye de la primera a la segunda medición sin embargo incrementa en la tercera.

### **Asociación del nivel de conocimientos de los pacientes acerca de la DT2 y la intervención educativa individual y grupal.**

Se midió a través de Riesgo Relativo (RR), con prueba de hipótesis de  $X^2$ , el análisis de extensibilidad de los resultados de la muestra al universo, se hizo a través de intervalo de confianza del 95% y p de  $\geq 0.05$ . La significancia estadística entre el nivel de conocimientos y el control de la glicemia capilar fue mayor en los pacientes del grupo IEH (RR= 5.6  $X^2=4.74$ , p x Fisher = 0.01),

La asociación entre nivel de conocimientos y mejoría en la glicemia, la significancia estadística entre estas variables fue mayor en los pacientes del grupo IEH, también se observa que esta significancia es mayor en los pacientes con mejoría de glicemia respecto a los pacientes con control de glicemia

### **Asociación entre autocuidado e intervención educativa individual y grupal.**

La significancia estadística entre autocuidado y las intervenciones educativas resulto mayor en los pacientes del grupo IEH que presentan mejoría en los niveles de glicemia capilar en

comparación con quienes lograron controlar las cifras de glicemia, por tanto la IEH favorece a que los pacientes aumenten su autocuidado y presenten mejoría en sus niveles de glucosa, pero no influye para que los pacientes lleguen a controlar su glicemia esto nos lleva al rechazo de la hipótesis.

## **Diferencia de distribución**

Para comparar las cifras de glicemia inicial y final de los pacientes del grupo de intervención grupal y en el hogar se utilizó la Prueba de Rangos Señalados de Wilcoxon, (z). En los pacientes del grupo de IEH se encontró una diferencia significativa: con  $z=4.55$  para un valor crítico de 3.841 lo que significa que la IEH influyó en una disminución significativa de la glicemia. En los pacientes del grupo de intervención educativa grupal no se encontró diferencia importante con  $z= 3.38$  para el mismo valor crítico.

## **Comparación de medianas**

Para la diferencia entre la glicemia inicial entre los pacientes que recibieron intervención grupal y los que recibieron intervención en el hogar se utilizó la prueba de la mediana, ( $\alpha = 0.05$ ) y al hacer la prueba de hipótesis a través de  $X^2$  se observó que no había diferencia significativa, lo que confirma que al principio no había diferencia entre los grupos. Para la comparación entre glicemia final entre el grupo de intervención grupal e intervención en el hogar  $\chi^2= 1.6$ , también se utilizó prueba  $\chi^2$  en donde tampoco hubo diferencia significativa.

## **Variable de confusión**

En cuanto a la variable de confusión (Nivel socioeconómico) ésta no estuvo actuando de forma importante en la variable de estudio ya que al medir la asociación el RR crudo fue de 1.08, y el RR = 1.96, el I.C. corregido de 0.31 a 3.00.

## Conclusiones

La IEH incrementa conocimientos y autocuidado sin embargo no es eficaz para el control de la glicemia capilar. Sin embargo podría resultar eficaz para el control de glicemia capilar si se realiza un seguimiento educativo por dos años, además de aumentar la muestra de pacientes, controlar las pérdidas de los sujetos durante el desarrollo de la investigación y contemplar sesiones motivacionales en el seguimiento.

## Referencias bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS de vigilancia de las ENT. [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/strategy/es/index.html](http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/es/index.html) [Consultada el 1 Noviembre 2008].

McClaughlyn K. Las últimas cifras sobre diabetes muestran un panorama desalentador, Octubre 2009. Disponible en [http://www.idf.org/webdata/docs/PR\\_IDFDiabetesAtlas191009\\_ES.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/PR_IDFDiabetesAtlas191009_ES.pdf) [Consultada el 6 de julio 2010].

Programa de Acción Específico 2007- 2012 Diabetes. Secretaria de Salud. 1 era. edición. Disponible en [www.spps.gob.mx/diabetes-mellitus](http://www.spps.gob.mx/diabetes-mellitus) [Consultada el 8 enero 2010].

Registros en base de datos del HGZ 4. Departamento de epidemiología.

Registro en base de datos CAICES Celaya Gto. Departamento de epidemiología.

Frenk Mora J. Programa diabetes. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documetos/diabetesmellitus.pdf> [Consultado en enero 2011].

## Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

MEyAS. José Manuel Rodríguez Flores [jrodriguez58@hotmail.com](mailto:jrodriguez58@hotmail.com)

Dr. Fredy Hernán Polo Campos [epifam@gmail.com](mailto:epifam@gmail.com)

### Resumen

Actualmente los determinantes sociales de la salud son denominados como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas, por lo que la pregunta de investigación es: ¿Cuál es el impacto de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con la hipótesis: Los determinantes Sociales de la Salud inciden directamente en la adherencia al Tratamiento de los pacientes con DM tipo 2; El objetivo General es: Determinar la influencia de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en una comunidad Rural; Es un Estudio Descriptivo de tipo prospectivo observacional, correlacional y explicativo, el Universo: está formado por los pacientes con Diabetes Mellitus, de la comunidad. La Muestra: es No probabilística, por disponibilidad, la selección de los sujetos de investigación es los que tengan diagnóstico de diabetes mellitus y que no mantienen apego al



tratamiento. Para la recolección de datos se utiliza el instrumento ya validado y confiable realizado en el Instituto Nacional de Nutrición llamado *Cuestionario de Apego Terapéutico y Conocimiento de la Diabetes*. (Arcega, 2005), se encuentra en la etapa de recolección de datos

## **Palabras clave: determinantes sociales, adherencia al tratamiento, diabetes mellitus tipo 2**

### **Antecedentes y justificación**

Actualmente los determinantes sociales de la salud son denominados como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. el termino está siendo utilizado cada vez más para identificar la interrelación entre los determinantes y la enfermedad, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas.

Las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades y la presencia de desigualdades en salud. En el ámbito de la salud pública podemos establecer dos razones principales que justifican ese interés: *a)* su importancia ética y política, ya que reflejan un sustrato social que tiene una amplia repercusión en la vida comunitaria, familiar, laboral y cotidiana de la población, y *b)* tal como reflejan numerosos estudios científicos, su gran influencia en la salud y la calidad de vida. Por ejemplo, los estudios sobre desigualdades sociales en salud han mostrado, en ambos sexos y para todas las edades, como las clases sociales más desfavorecidas y las personas o áreas geográficas más pobres tienen peores indicadores de salud que la población de las clases sociales más privilegiadas o las personas o zonas geográficas con mayor riqueza (Benacha et al., 2004: 16-23).

Estos factores se considera que influyen en el apego al tratamiento considerando a este como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Esta conducta

no se limita a la toma de medicamentos e incluye, las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes paraclínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento. La evaluación del apego al tratamiento supone como prerequisite el cumplimiento de los siguientes supuestos: que se trate de una enfermedad relevante, que exista tratamiento eficaz, que el diagnóstico y la prescripción sean correctos, que existan métodos apropiados para medir el apego y que existan consecuencias demostrables del desapego (*Wacher N., Tena C.,2002:74-78*).

El desapego al tratamiento constituye uno de los retos terapéuticos más importantes de la actualidad. En un número creciente de padecimientos crónicos considerados incurables y que corresponden con las más importantes causas de mortalidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias, por mencionar solo algunos (*Wacher N., Tena C.,2002:74-78*).

Desde Alma Ata, pasando por el famoso Informe Lalonde, otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas» de la enfermedad (Lip et al., 2005: 84)

La adherencia es un proceso dinámico que se modifica de acuerdo con las necesidades de cada persona. La adherencia al tratamiento es un aspecto integral de la gestión de la enfermedad para pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. Se ha sugerido que los pacientes con diabetes que tienen baja adherencia a la medicación pueden tener peor conocimiento de los objetivos terapéuticos generales y puede ser menos probable que los alcancen (Whitley et al., 2010:183-190).

El plan terapéutico se asocia con la aparición temprana de complicaciones de la enfermedad como retinopatía, pie diabético y falla renal. En consecuencia, la no adherencia es un problema urgente que cada día, por el incremento de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad crónica, es más crítico (Baca et al., 2008)

Y de manera particular se considera que influyen en la adherencia al tratamiento, control de la DM y sus complicaciones, dado que es responsabilidad del paciente, ya que debe seguir las

indicaciones de su médico en cuanto a la adherencia terapéutica, entendiendo esta como el “Grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas. (OMS 2001)

La Diabetes Mellitus (DM) es hoy día un problema creciente de Salud Pública para el mundo desarrollado como subdesarrollado, en el año 2000 existían 165 millones de personas con diabetes y se pronosticaron 239 millones para el 2010 y 300 millones para el 2025.(Díaz 2000)

Según la Encuesta Nacional de salud ENSA 2006 en México, la prevalencia de la diabetes mellitus por diagnóstico médico en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres 7.3 % que en los hombres 6.5 %. En el grupo de 50 a 59 años dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres, en el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%,21.3% en mujeres y 16.8% en hombres. (SSA 2006)

Como causa de mortalidad general en México, la diabetes ha escalado posiciones, desde el lugar 28 en 1928, al 4°. Lugar en la década de los 90 y de ahí al primer lugar como causa de muerte en mujeres y el segundo lugar como causa de muerte en hombres, en el 2002. (SSA 2010)

La Diabetes Mellitus (DM) es un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental, caracterizado por una hiperglicemia crónica, consecuencia de un déficit en la secreción o acción de la insulina, que provoca que Las personas con Diabetes tengan una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que la población general. Una mejoría en el cuidado de la diabetes aumentaría la esperanza de vida de estas personas, pero esto a su vez llevaría una mayor incidencia de complicaciones agudas: coma hiperosmolar o crónicas micro-vasculares, nefropatía, retinopatía y macro-vasculares, enfermedades coronarias, cerebro-vasculares, vasculares periféricas y neuropatía. La edad y la duración de la Diabetes son los principales factores de riesgo no controlables, por lo que será necesario aplicar los conocimientos existentes o desarrollar tecnologías capaces de prevenir la aparición de la enfermedad y de sus complicaciones, lo que contribuirá a reducir la carga económica que origina en la sociedad, que se concentra sobre todo en los gastos de hospitalización provocados por las complicaciones (Díaz 2000).

Su prevención es difícil, considerando que el diagnóstico clínico, en el 90% de los casos, se hace entre 4 a 7 años después de la existencia de algún grado de hiperglicemia no diagnosticada, por lo que no es posible detectar precozmente durante esa etapa “silente” y ejecutar medidas de control de los individuos en la comunidad.

Así pues tenemos que el estado de salud en un momento dado es una configuración resultante de la interrelación de las estructuras de sus dimensiones biológica, económica, política y cultural según la OMS, lo económico, político, cultural y lo social propiamente dicho, están comprendidos como social, genéricamente. (OPS 2005)

En México se registra un aumento de las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra la diabetes, como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización, a estos fenómenos se les ha denominado como problemas emergentes, que afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos, ingresos medios y a los pobres. Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. (SSA, 2001:10-11)

En un estudio realizado en la Cd. de Chihuahua (México), los resultados arrojaron que El apego al tratamiento farmacológico correspondió al 54%, en donde los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa para no apearse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa o menor y la falta de información sobre su enfermedad, y que por lo tanto La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones (Duran et.al., 2001)

Es deseable que la educación y la comunicación en salud generen en el paciente diabético, un mayor conocimiento y una representación social sobre los alcances de su enfermedad, la cual se reflejaría en un incremento de la adherencia a la dieta, al ejercicio, al tratamiento farmacológico y a estilos de vida saludables que le induzcan a una cultura de salud. (Morales et.al.2008)

Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben de recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico. (SSA, 2001:10)

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) ha llamado la atención sobre la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad con la que ésta se distribuye que actúan sobre la salud: denominándolos determinantes estructurales, que incluyen: a) El contexto socioeconómico y político (conformado por la gobernanza, las políticas macroeconómicas, la posición social, las políticas públicas y la cultura y valores sociales) y b) la posición socioeconómica, la estructura

social y la clase social, misma que definen la situación de educación, ocupación e ingreso, en medio de determinaciones de género y étnica (Breilh, 2009)

El segundo tipo de determinantes, llamados intermediarios, vincula a los anteriores (los estructurales) con los resultados en salud, están constituidos por circunstancias materiales (como condiciones de vida y trabajo), elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud. Este tipo de determinantes actuará sobre la equidad en la salud y sobre el bienestar. (Breilh, 2009)

### **Determinantes sociales de la salud**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La *promoción de la salud* trata fundamentalmente de la acción y la *abogacía* destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los *comportamientos* y los *estilos de vida saludables*, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas *condiciones de vida* que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos *estilos de vida y condiciones* (OMS, 1998).

Para la OMS los Determinantes sociales de la salud (DSS) los concreta como: conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones (OMS, 1998). Referido genéricamente por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) como “el conjunto de las condiciones sociales en las cuales la gente vive y trabaja” (OMS, 2007; citado en Villar 2007).

Un determinante social del enfoque de salud tiene diversas ventajas. Salva la distinción artificial entre las intervenciones sociales y técnicas, y demuestra cómo ambas son aspectos necesarios para la acción. Procura corregir el desequilibrio entre la acción preventiva y curativa, y las intervenciones individualizadas y poblacionales. Además, al actuar sobre las condiciones estructurales de la sociedad, un enfoque de determinantes sociales ofrece una mejor perspectiva de resultados sostenibles y equitativos (Baum, 2002; citado en OMS, 2007).

Este enfoque se resume en que existen dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud y los segundos son los llamados determinantes intermediarios. Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurara los determinantes sociales intermediarios.

b) Determinantes intermediarios. Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. (ALAMES, 2010:4)

Otro estudioso de los DSS es el Ecuatoriano Jaime Breilh (2003) menciona que la salud humana no es un fenómeno biológico, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico, porque el ser humano es social por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, por lo que se origina una transformación mutua.

Parafrasea que identificar los determinantes sociales y emprender las estrategias de promoción de la Salud que de ello se deriven, significa elevar la atención de Salud al nivel en que históricamente han estado los servicios de atención a la enfermedad, integrando a todos los actores sociales y las disciplinas científicas para su consecución.

El proceso salud-enfermedad se estudia como sistema complejo que se caracteriza por ser abierto, sujeto a dinámicas no lineales, no jerárquicas e intercambiar sustancias, energía, información y sentido con el entorno. En estos sistemas no rigen las leyes de los pequeños ni de

los grandes números, de modo que no son reducibles a funciones determinísticas de la matemática clásica ni estadísticas probabilísticas.

En los procesos que se valoran bajo esta nueva conceptualización, las causas y los efectos dependen de las condiciones iniciales en que interactúan en un contexto específico. No existe proporción directa entre causa y efecto, de modo que pequeñas causas pueden determinar grandes consecuencias o viceversa.

El enfoque de la causalidad y de los determinantes de la salud continúa siendo objeto de debate a nivel internacional, teniendo en cuenta dos posicionamientos epistemológicos fundamentales: por un lado, el paradigma analítico de las Ciencias Clásicas, que se expresa por la acción de una causalidad lineal tanto en el modelo unicausal como multicausal, y que corresponde al ámbito de "lo individual", donde rigen las leyes de las estadísticas probabilísticas ampliamente tratado por la Epidemiología y las Ciencias Clásicas y por otro, el paradigma holístico de la Complejidad, donde el objeto de estudio es la población como un todo indivisible, la causalidad que actúa no es lineal y el modelo de indagación acude a las Ciencias Sociales para explicar las causas de las causas: los Determinantes Sociales.

Así pues, la vida y, dentro de esta, la salud de un individuo resulta entonces, de la multiplicidad de intercambios que se producen y determinan mutuamente entre su genotipo (normas de reacción de base heredada, pero que siguen transformándose a lo largo de la vida), su fenotipo (procesos fisiológicos que determinan la capacidad metabólica, inmune, neurofisiológica, estructuración y funcionalidad psíquica, etc.) y su entorno (espacio socionatural donde se vive) (Breilh, 1995:43).

El problema de la salud no se reduce a los fenómenos terminales de la enfermedad, ni a la dimensión meramente individual. La salud es un proceso complejo, multidimensional, que exige enfocar los procesos sociales que generan o determinan las condiciones de salud. Este giro no es sólo importante para revolucionar el sistema de salud y romper el cerco de un asistencialismo pasivo, sino que es un requisito *sine qua non* para ampliar y profundizar la cobertura del derecho (Breilh, 2010:1)

Actualmente uno de los principales retos para las sociedades, tanto desarrolladas como en vías de desarrollo, es disminuir las desigualdades en salud para conseguir una equidad efectiva. El Ministerio de Sanidad y Política Social, consciente de esta realidad y conocedor de la importancia que las desigualdades en salud tienen en el desarrollo económico y social de un país,

ha establecido como prioridad para la Presidencia española de la Unión Europea del primer semestre de 2010 la «Innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud». Además, para esta legislatura también se ha marcado la reducción de las desigualdades como una prioridad y se está trabajando en el desarrollo de una estrategia nacional (Calvete et al., 2010: 84).

Para la acción de la salud de la población basada en la determinación se proponen cinco categorías interrelacionadas que deben comprenderse como elementos de un sistema complejo, que debe incluir políticas e intervenciones para abordar algunas o todas esas categorías, reconociendo sus interrelaciones. Estas son: **Entorno socioeconómico**: ingreso económico, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación, y factores sociales en el lugar de trabajo; **Entorno físico**: los aspectos físicos en el lugar de trabajo y en las viviendas, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.; **Hábitos personales de salud**: comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud; **Capacidad individual y aptitudes de adaptación**: la estructura psicológicas de la persona, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y características genéticas y biológicas; **Servicios de salud**: servicios para promover, mantener y restablecer la salud. En este enfoque, se busca alcanzar las metas para mejorar la situación de salud de la población mediante la acción sobre sus determinantes sociales, en términos individuales (prácticas de salud, capacidad y aptitudes para la adaptación) como colectivos (entornos propicios y servicios), teniendo en cuenta que los determinantes colectivos proporcionan las bases para los determinantes individuales. (Lip et al., 2000:71-72)

## **Adherencia al tratamiento**

La evolución del modelo médico de una postura paternalista a uno que considera a los pacientes como aliados en la toma de decisiones sobre sus enfermedades, ha tenido su impacto en la conceptualización del comportamiento en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, o ejecución de cambios en el estilo de vida. Posteriormente y desde la perspectiva de las ciencias sociales, surge el término de adherencia, el cual resalta la importancia de una colaboración activa y voluntaria por parte del sujeto, refieren que el término involucra más el



derecho del paciente a la autodeterminación en relación con su tratamiento, que el de cumplimiento (Quintero,2008:172)

La adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001 , llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento (OMS, 2004a:9).

El proyecto sobre adherencia terapéutica ha definido la adherencia al tratamiento prolongado, considerando las definiciones de Haynes y Rand: El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (OMS, 2004b:9).

Se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u *observancia*. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva (OMS, 2004c:10).

El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de enfermedades crónicas: “Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención” (OMS, 2004d:10)

## Cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante (figura 1).



Factores socioeconómicos, Algunos factores son: estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, el desempleo, falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, la disfunción familiar.

Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, hay factores que ejercen un efecto negativo, entre ellos tenemos: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Factores relacionados con la enfermedad, Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los

pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento, la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión en la diabetes o la infección por el VIH/SIDA y el abuso de drogas y alcohol.

Factores relacionados con el tratamiento, la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos.

Factores relacionados con el paciente, el grado de conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente, la motivación para tratar la enfermedad, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos, el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento. (OMS, 2004)

## **Valoración del comportamiento adherente**

Métodos objetivos indirectos: son estrategias que valoran el incumplimiento determinando sus circunstancias y el grado de control de la enfermedad (Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, 2003). Entre este grupo Palop y Martínez (2004) destacan: *Recuento de comprimidos*: se refiere al conteo de la medicación que queda en el envase del medicamento prescrito al paciente, tomando en cuenta la fecha de inicio. El porcentaje del cumplimiento se calcula dividiendo el número de comprimidos presuntamente ingeridos, entre el número de comprimidos prescritos, multiplicando el resultado por 100. Este método tiene dos modalidades, o el paciente lleva el envase a la consulta, o el recuento se hace en una visita sorpresa al hogar del paciente. Dados los requerimientos necesarios para poder establecer el porcentaje de cumplimiento (saber la fecha exacta de inicio del tratamiento y del envase, disponer del envase al momento del

recuento) suele utilizarse para fines de investigación. Su desventaja radica en la imposibilidad de saber si realmente los comprimidos faltantes en el envase han sido consumidos por el paciente.

*Monitoreo electrónico acoplado al envase del medicamento (MENS):* es una versión más sofisticada del método anterior, en el cual un dispositivo electrónico registra el número de veces que el envase es abierto. Tiene la misma desventaja del recuento y, adicionalmente, el dispositivo es costoso por lo que su uso está restringido a estudios científicos con elevado presupuesto.

*Asistencia a las citas programadas:* el sentido amplio del término adherencia incluye no solo la ingesta de la medicación, sino también aspectos como acudir a las citas con el personal de salud. Este método ha mostrado ser más sensible para detectar el incumplimiento de actividades preventivas, si se comparan con las relacionadas con enfermedades crónicas, más frecuentes en el Adulto Mayor.

*Valoración de la eficacia terapéutica:* el control de la enfermedad también ha sido utilizado como una medida de adherencia, sin embargo, es necesario tener presente que existen otros factores o variables que pueden afectar la eficacia de las medidas terapéuticas, lo cual hace bastante complejo el establecimiento de una relación directa entre control de la enfermedad en el comportamiento de incumplimiento.

Métodos subjetivos: Estos métodos son sencillos y económicos, sin embargo es probable que sobreestimen la adherencia pues la información la brinda el mismo paciente, un familiar, o la estimación del médico. Entre estos métodos los más utilizados son:

*Juicio del personal sanitario:* estimación o pronóstico que realiza el personal de salud basado en el conocimiento previo del paciente, sus características personales, impresión, entre otros (Gil et al., 1994).

*Métodos basados en la entrevista y cuestionarios:* se pregunta directamente al paciente sobre sus conductas adherentes. Su ventaja es que permiten explorar las causas del incumplimiento; son fiables cuando el paciente se confiesa incumplidor, mas no cuando afirma realizar el tratamiento (Gil et al, 1994).

Test de batalla: se trata de un cuestionario sobre el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad; ha sido utilizado en pacientes con hipertensión arterial y dislipidemias. Se asume que a mayor conocimiento, mejora la adherencia (Gil et al., 1994; Palop y Martínez, 2004).

Cuestionario de Morinsky y Green: consiste en preguntas relativas a las conductas de adherencia, tales como si deja de tomar su dosis o si deja el medicamento cuando se siente bien o se siente mal; Es cumplidor quien responde adecuadamente a las preguntas (Gil et al, 1994; Palop y Martínez, 2004); Cuestionario de comunicación del autocumplimiento: este cuestionario fue propuesto por Haynes y Sackett (1976) para evaluar el cumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial. Sus preguntas están dirigidas a explorar si la persona tiene dificultades en tomar la medicación. Se considera cumplidor quien reporta no tenerlas.

Test de Prochaska y Di Clemente (1984): es un cuestionario basado en el modelo trasteórico de estos autores. De acuerdo con sus respuestas el paciente quedará ubicado en uno de cinco estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento. Las tres primeras etapas van desde la ausencia de la intención de cambio, su consideración, y la ejecución de acciones que lleven al cambio. Las dos restantes implican la realización de la conducta saludable y su mantenimiento. Si de acuerdo a las respuestas al cuestionario el comportamiento del paciente se ubica en alguna de las tres primeras etapas, se considera incumplidor; Test de comprobación fingida: consiste en solicitar al paciente que se auto-reportó como cumplidor una muestra de fluido para detectar restos del medicamento. Si el paciente se niega o si refiere creer que se encontrarán bajos niveles del medicamento, se considera incumplidor.

## **Diabetes mellitus**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) describe a la diabetes como una enfermedad crónica debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la diabetes no controlada, y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, y en particular en los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2006)

La OPS (2008), describe a la diabetes mellitus (DM) como un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (OPS, 2008)

La Norma Oficial Mexicana (NOM) (2001), Describe a la diabetes como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por

hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Señala a la Diabetes Tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

García (2006), menciona que la DM2 muestra un componente hereditario ya que hay mayor concordancia de diabetes (60-100%) en gemelos monocigóticos. Los factores ambientales en el desarrollo de la DM2: son: características de la dieta, distribución de la grasa corporal, inactividad física, obesidad, malnutrición intrauterina, gestación, multiparidad, drogas, endocrinopatías, tabaco, etc. los factores dietéticos que se ha considerado que podría favorecer la génesis de la DM2 están el aporte calórico elevado, el aumento del contenido graso de la dieta, la disminución del aporte de fibra vegetal (soluble) y de manera mucho menos evidente, el déficit de determinados micronutrientes (cromo, zinc). Es evidente la mayor frecuencia de obesidad en sujetos diabéticos, al tiempo que en personas obesas existe un riesgo progresivo de desarrollar diabetes conforme aumenta el índice de masa corporal (IMC). Niveles de IMC superiores a 25 marcan un comienzo de riesgo para el desarrollo de diabetes y complicaciones vasculares.

La Distribución de la grasa corporal. García (2006), señala que la obesidad central o abdominal (androide) presenta un mayor riesgo para el desarrollo de diabetes y complicaciones vasculares ateroscleróticas que la obesidad glúteo-femoral (ginecoide). El tejido adiposo visceral es metabólicamente muy activo, propiciando un incremento de la liberación de ácidos grasos libres (AGL) así como de la producción de TNF-alfa, que favorece la resistencia insulínica al interferir con la actividad tirosina-kinasa de su receptor.

El incremento de los niveles plasmáticos de AGL se sigue de diferentes repercusiones a nivel hepático (incremento de gluconeogénesis y glucogenólisis), muscular (disminución del consumo de glucosa) y pancreático (disminución secreción insulina), todas ellas conducen a perturbar el metabolismo de carbohidratos. Se ha considerado también la disminución en la síntesis de leptina por los adipocitos.

La Inactividad Física, el ejercicio físico realizado de forma esporádica por un sujeto normal favorece el consumo de glucosa por el músculo, debido principalmente a que la contracción muscular aumenta localmente el flujo sanguíneo capilar y mejora la sensibilidad insulínica (incremento del número de transportadores de glucosa Glut-4 y activación de la sintetasa de glucógeno y otras enzimas glucolíticas).

La obesidad, describe el grado de obesidad y la distribución del tejido adiposo (obesidad abdominal) son factores predisponentes en la aparición de la DM2, al tiempo que factores predictivos de cardiopatía isquémica, no estando demostrada por otro lado su influencia en el desarrollo de complicaciones ateroscleróticas cerebrales o vasculares periféricas.

Algunos estudios señalaron que en las personas con obesidad abdominal la pérdida de peso mejora la relación entre las medidas de la cintura y la cadera, y se ha señalado que las anormalidades metabólicas relacionadas con la obesidad abdominal, incluidos los cambios en los lípidos sanguíneos, pueden disminuirse con el ejercicio físico. El índice cintura cadera, considerado factor de riesgo cardiovascular, también se ha relacionado con la diabetes. La obesidad abdominal, asociada a resistencia insulínica, se acompaña de un aumento del flujo portal de ácidos grasos libres que se sigue de un incremento de secreción hepática de VLDL y de la actividad de la lipasa hepática, circunstancias que se traducen en último término en un incremento de los niveles de triglicéridos, de partículas LDL pequeñas densas y en un descenso de HDL-colesterol.

Pero la diabetes mellitus tipo 2 no evoluciona aisladamente, sino que suele caminar "codo con codo" con otras manifestaciones clínico-bioquímicas, y que constituyen el denominado inicialmente "síndrome X" y posteriormente "síndrome metabólico". En su base se encuentra la insulinoresistencia y/o hiperinsulinismo subsiguiente, y en sentido amplio parece agrupar múltiples manifestaciones: diabetes o intolerancia glucídica, hipertensión arterial, obesidad abdominal o visceral, hipertrigliceridemia, disminución de HDL colesterol, aumento partículas LDL pequeñas densas, hiperlipemia posprandial, Hiperleptinemia (resistencia a leptina), microalbuminuria, aumento PAI-1 ("plasminogen activator inhibitor"), hiperfibrinogenemia e hiperuricemia.

La presentación clínica muy rara vez es la clásica de polifagia, polidipsia y poliuria. El paciente geriátrico tiende a mostrar cuadros atípicos como fatiga, falta de apetito, trastornos del sueño, delirium, este en ocasiones las primeras evidencias se descubren cuando se presenta un trastorno

concurrente, como enfermedad cerebrovascular o cardiaca, infecciones, depresión, adversidades psicosociales y otros.

## **Epidemiología de la diabetes mellitus.**

García (2006) Menciona que el problema es de gigantescas dimensiones, solamente de pacientes diagnosticados existen más de 171 millones de enfermos en el mundo y si se considera que la mitad de los que padecen esta enfermedad lo saben, se estima que esta cifra sería del doble en el mejor de los casos, esta magnitud del problema es lo que mantiene en constante presión a los sistemas de salud, ya que además del gran problema existente, está previsto que antes del año 2030 existirán a nivel mundial, más de 280 millones de personas con esta enfermedad.

A nivel mundial la Diabetes es responsable de una de cada 20 muertes y de la mitad de los casos de hipertensión. La atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta el 15% del total de sus recursos y los costos derivados de las consecuencias en pérdida de productividad y competitividad ya que este padecimiento se presenta en la población en edad productiva, lo que hace a estas pérdidas considerables. (García, 2006b)

La diabetes mellitus (DM). Constituye un problema de salud pública en el mundo, ya que en 1995 existían 135 millones de diabéticos y para el año 2025 se estima que serán alrededor de 300 millones. La encuesta salud bienestar y envejecimiento (SABE) reportó para la ciudad de México una prevalencia de 22% para las personas de 60 años y más. (Mendoza, 2003). Es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. De acuerdo a datos reportados por algunos investigadores, se estima que para el año 2030 el número de personas con este síndrome podría alcanzar cifras hasta de 366 millones. (Villalobos, 2007)

## **La diabetes en México**

El Programa Nacional de Salud (PNS) (2007-2012), menciona que después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad- cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica



(EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres (PNS, 2007b).

Principales causas de muerte, en México hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26 % de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (PNS, 2007c) .

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. (PNS, 2007d)

La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera. (PNS, 2007e)

En el nivel nacional, entre 2001-2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa pasó de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. (PNS, 2007f). García (2006), describe que en México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondieron a enfermedades crónico degenerativas, en 1992 llegaron al 55%. Fue en la década de los años 70 cuando este incremento se hace más notable entre las enfermedades crónicas degenerativas la DMT2 muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa, en 1992, se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4° lugar de mortalidad.

En 1998 se registraron 41,832 defunciones y en 2000 alrededor de 582 826 personas murieron por diabetes tipo 2 y ocupó el 3er. lugar como causa de muerte. Actualmente (2005) ocupa el primer lugar como causa de muerte en mujeres y el segundo en hombres. Durante el 2001, existían aproximadamente 5 millones de personas con esta enfermedad. La mayor parte muere

antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil, años de vida saludable (AVISA) después los 45 años y por discapacidad se pierden 171 mil.

Los pacientes diabéticos en México viven en promedio 20 años con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan 13 nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el Distrito Federal se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano.

Mendoza (2003), dice que en la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000 se encontró una prevalencia de DM en mujeres de 24% (60 a 69 años), 25% (70 a 79 años) y 11% (80 y más años). Por otro lado en la república mexicana en el año 2001, la DM fue reportada como la primera causa de muerte para las mujeres y la segunda para los hombres.

Actualmente en México la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) representa un grave problema de salud debido a que ocupa los primeros lugares en las listas de morbilidad y mortalidad (Beristáin, 2007), es la forma más frecuente de este padecimiento comprende un grupo de trastornos metabólicos en lípidos proteínas y carbohidratos que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, el metabolismo se altera y a largo plazo se pueden presentar complicaciones en diferentes órganos del que afecta la salud y ponen en riesgo la calidad de vida de la persona pudiendo llegar hasta la muerte.

López (2003), describe a la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar a prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.

Diabetes mellitus, se observa que es una enfermedad en escala, que afecta cada vez a más personas y desde edades más tempranas lo cual constituye una clara alerta de salud pública. Representa una amenaza para el envejecimiento en buenas condiciones (envejecimiento exitoso).

Se calcula que hasta el 20% de las personas de más de 65 años tiene diabetes, pero cuando menos la mitad no ha sido diagnosticada de modo que una cantidad importante de personas de edad avanzada sufrirá las consecuencias de una enfermedad no tratada que afecta seriamente el bienestar y la funcionalidad, además de que será una carga para las instituciones de salud. El envejecimiento en si está relacionado con la intolerancia a la glucosa y la fomenta:

## **Diabetes en Guanajuato.**

En Guanajuato, hoy en día las enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes mellitus ocupan el primer lugar como causa de muerte. Así también, según datos del Sistema Único de Información en los últimos dos años, cada semana se presentan 352 casos nuevos detectados por Diabetes mellitus y 416 casos por Hipertensión; ambos padecimientos derivados de la obesidad (Lara 2006).

## **Metodología del estudio**

Lo anterior manifiesta que el apego al tratamiento de los pacientes con diabetes requiere ser estudiado desde otros aspectos como los determinantes de la salud que permitan al equipo de salud conocer qué factores favorecen que no se dé el apego del paciente diabético al tratamiento, por lo que se plantea la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Cuál es el impacto de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2? **Hipótesis**: Los determinantes Sociales de la Salud inciden directamente en la adherencia al Tratamiento de los pacientes con DM tipo 2. **Objetivo general**: Determinar la influencia de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en una comunidad Rural del Estado de Guanajuato. **Objetivos específicos**: Conocer los determinantes sociales del paciente con diabetes mellitus tipo 2 ; Identificar los Determinantes Sociales que influyen en la adherencia al tratamiento; Identificar formas y/o estrategias mediante las cuales se pueda ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Es un Estudio Descriptivo de tipo prospectivo observacional, correlacional y explicativo, el Universo: está formado por los pacientes con Diabetes Mellitus, de una comunidad rural del

municipio de Comonfort, Guanajuato. México. La Muestra: es No probabilística, por disponibilidad, la selección de los sujetos de investigación es los que tengan diagnóstico de diabetes mellitus y que no mantienen apego al tratamiento en la UMAPS de Neutla, municipio de Comonfort Gto. Los Criterios de Inclusión son: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que asisten a la UMAPS de Neutla; Pacientes que acepten participar en el estudio; Pacientes que no mantienen apego al tratamiento. Variables del Estudio: Determinantes Sociales de la Salud, adherencia al Tratamiento de paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Para la recolección de datos se utilizará el instrumento ya validado y confiable realizado en el Instituto Nacional de Nutrición llamado *Cuestionario de Apego Terapéutico y Conocimiento de la Diabetes*.(Arcega,2005), Este cuestionario consta de 27 preguntas, agrupadas en dos subescalas: conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento. El conocimiento es la información que el paciente tiene sobre su enfermedad y se mide con una escala compuesta que va de 0 a 10 y evalúa conocimientos como la cifra normal de glucosa, síntomas de hipoglucemia y el autocontrol, y con una escala global (¿cómo calificaría su conocimiento sobre la diabetes?) que da una puntuación de 0 a 10; en ambos casos 0 es la peor calificación y 10 la máxima obtenible. El apego al tratamiento se mide con una escala compuesta que evalúa aspectos como el cumplimiento de citas, dieta, ejercicio y toma de medicamentos; genera una calificación de 0 a 4, 0 para el peor apego y 4 para el máximo apego. Además se hace una autoevaluación similar del conocimiento, con una calificación de 0 a 10. Asimismo se construyó un instrumento que será validado y comprobada su confiabilidad para identificar los determinantes sociales de la salud.

## **Consideraciones éticas y legales**

De acuerdo con la **Ley General de Salud** en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Julio del 2008, la investigación se realizará conforme a lo que estipula el **Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a los principios científicos y éticos ya que no existe otro método por el cual obtener el conocimiento requerido, este será mediante la encuesta; no se expondrá a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. De los principios básicos en la **Declaración de Helsinki** en cuanto al diseño y la ejecución de los procedimientos se formulara claramente un protocolo que será enviado a un

comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos; el interés por el individuo prevalecerá sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad; se respetará el derecho de los participantes en la investigación para proteger su integridad, se tomarán las precauciones para respetar la vida privada del participante mediante la asignación de un folio; se obtendrá el consentimiento informado por alguien ajeno a la investigación y a la institución que los atiende; se dará oportunidad a todas las personas de participar, se informará a los adultos mayores de la libertad de abstenerse y de revocar en cualquier momento el consentimiento que han otorgado para participar en el estudio.

## **Bibliográficas**

ALAMES, *Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de salud*, [online] ,2010.23 de octubre 2010. <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

Árcega-Domínguez A, et al. *Percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes*. Rev Invest Clin 2005; 57 (5): 676-684

Beristáin García Isabel, García Campos Ma. De Lourdes. *La alimentación, parte importante del estilo de vida en las personas con diabetes mellitus tipo 2*. Desarrollo científico de enfermería Vol.15 No. 9 octubre, 2007. Pp. 390-394.

**Breilh Jaime, *Hacia un nuevo paradigma de los derechos humanos y la salud*, ALAI [online], 2010. consultado el 24 de octubre 2010, <http://alainet.org/active/39410&lang=es>**

Breilh, Jaime. *De la vigilancia convencional al monitoreo participativo*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.4, pp. 937-951. ISSN 1413-8123.consultado 23 de octubre del 2010. <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n4/a16v8n4.pdf>

Calvete O Antonio et al., (2010), *Innovando en salud pública: monitorización De los determinantes sociales de la salud y reducción De las desigualdades en salud. Una prioridad Para la presidencia española de la unión europea en 2010*. Vol. 84, N.º 1, 2010. 2 pp.

García de la Torre G., Moreno A. L. Pantoja M.C. *Monografía diabetes mellitus tipo 2 México 2006* disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo2k61/sibc\\_s\\_2k6.pdf](http://www.facmed.unam.mx/pibc/segundo2k61/sibc_s_2k6.pdf) consultada el: 22/07/08

Lara Lona Elia. *Prevención de Enfermedades Crónicas: Acciones recientes en el ámbito de la nutrición y expectativas del sector salud a nivel nacional*. 2006 Disponible en:

[http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-10-2006/conferencia\\_magistral/CM\\_4.htm](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-10-2006/conferencia_magistral/CM_4.htm)

consultado el: 30/07/08

Lip Licham, César; Rocabado Quevedo, Fernando. Determinantes sociales de la salud en Perú, Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, 2005.pp 71-72.

López C. Juan Manuel, Ariza Andraca Raúl Cuauhtémoc. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en paciente con DMT2. Salud pública de México. Vol. 45 No.4 Julio-agosto 2003. Pp. 260-267.

Mendoza N. Víctor Manuel. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. Envejecimiento en la pobreza: Género, salud y calidad de vida. Edit. Instituto Nacional de Salud pública México (2003)

NOM.- 015-SSA2-1994. *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*, publicada el 18 de enero de 2001 disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/nomssa/index/assoc/HASHe32c.dir/doc.pdf>

consultada el: 19/07/08

**OMS, (2004), Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción (traducción al castellano OPS), Unidad de enfermedades no transmisibles, Washington, D. C. 2004**

OMS. *Que es la diabetes* septiembre 2006 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> consultado el: 22/07/08

OMS/CDSS. *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos (declaración provisional)*,(2007) OMS. [online], consultado 23 de octubre 2010.[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim\\_statement\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf)

OPS. *Guía Alad de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2* Washigton.Dc: OPS 2008. Disponible en: <http://amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.pdf> consultado el: 19/07/08

**Quintero Marialcira (2008), La salud de los adultos mayores una visión compartida, Mérida Venezuela, Colección Textos Universitarios, Universidad de Zulia.**

Secretaría de Salud *.Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012.* Gobierno del Estado de Guanajuato, consejo especial de población del estado de Guanajuato. Programa Especial de Población. Edit. Karudmen, servicios editoriales Guanajuato, Gto. México 2005

Villalobos S.C., Pineda R., L. Teresita., C. Ortiz. *Estilo de vida y factores de riesgo para desarrollar diabetes en el área rural*. Desarrollo científico de enfermería. Vol.15 No. 5 Junio 2007.Pp. 208-211

VILLAR, Eugenio. *Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil*. Saude soc. [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 7-13. ISSN 0104-1290. consultado 23 de octubre 2010, <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos Completos/los DSS y la lucha por la equidad en salud.pdf>

## **Influencia del Apoyo Educativo que brinda la Enfermera en las Capacidades de Autocuidado del Paciente con Diabetes Mellitus tipo II.**

Mtra. Mayela Judith Lazarini García [mayelazarini@prodigy.net.mx](mailto:mayelazarini@prodigy.net.mx)

### **Introducción**

La Diabetes Mellitus es un padecimiento que constituye un serio problema de salud en México ya que afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva; cuando no se controla, provoca modificaciones importantes tanto en la calidad como en la esperanza de vida de las personas que la padecen. Requiere de una atención especial debido a la incapacidad del organismo para utilizar los alimentos adecuados, generalmente causada por una insuficiente producción de insulina o bien, por una interferencia en la acción de esta sustancia en el organismo.

Este trabajo fue realizado con el objetivo de determinar si el apoyo educativo brindado por enfermería influye en la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Se presenta en la primera parte del trabajo la justificación donde se mencionan aspectos epidemiológicos importantes ( y un panorama general del padecimiento), posteriormente el planteamiento del problema seguido de la hipótesis, los objetivos del estudio y se incorpora el marco conceptual con la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem haciendo énfasis en el autocuidado del paciente y el apoyo educativo, es incluida dentro de este punto la historia natural de la enfermedad, se presenta en un apartado más, el diseño metodológico el cual muestra la forma en que se desarrolló dicho estudio, así como resultados, ( donde se demuestra que el programa de apoyo educativo que brinda la enfermera, influye en las capacidades de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II ) se realizó la prueba de hipótesis de 2 medias de poblaciones independientes, se seleccionó la prueba estadística Z en seguida se hace la discusión y conclusiones.

## **Justificación**

Los cambios de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y muerte en México. Los cambios en el estilo de vida, y el incremento en la esperanza de vida son factores importantes en dicha modificación, aunado a esto las malas conductas alimenticias, la falta de ejercicio, la no-aceptación de la enfermedad y la falta de apego al tratamiento dietético, son condicionantes que han favorecido la presencia de las complicaciones de la diabetes mellitus.

La enfermera tiene un papel muy importante que desempeñar para lograr fortalecer en el paciente el autocuidado de la salud y mejorar la calidad de vida para evitar que el paciente presente complicaciones.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria a la salud, con base en los resultados obtenidos en una encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles reporta que el 8.2% de la población de 20 a 69 años padecen diabetes mellitus, 68.7% de ellos tienen conocimiento de su padecimiento y el 31.3% no tenían conocimiento de su enfermedad fue hallazgo de la encuesta. Existen otros



padecimientos de origen metabólico que se asocian con la diabetes mellitus y que probablemente se relacionan con la resistencia a la insulina, tal es el caso de la hipertensión arterial que se presenta en 23.8% de la población, la obesidad en 21.5%, la microalbuminuria en 11.7%, la hipercolesterolemia en 8.3%, la enfermedad renal en 3.5% y la gota en 3.2%.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar a nivel nacional como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas y representa 16.7% de las defunciones; Además es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 1991, lo cual comparada con la de 1980 representa una variación absoluta de 11.67 puntos y 33.59% de variación relativa.

Por todo lo anterior es necesario que las medidas preventivas de la diabetes mellitus sean encaminadas a mantener la salud y la calidad de vida de pacientes diabéticos a través de educación y autocuidado efectivo del paciente, para prevenir y controlar oportunamente las complicaciones de la enfermedad, disminuir su mortalidad y el costo que representa esta enfermedad, tener en cuenta factores principales que deben evitarse como: obesidad, desnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol, estrés severo y prolongado así como el uso injustificado de medicamentos”<sup>5</sup>

Por lo que el profesional de enfermería deberá enfocar el apoyo educativo hacia el tratamiento dietético, ejercicio y manejo terapéutico; no solo dirigido al paciente sino que también es importante involucrar a la familia ya que cuando existe un déficit de autocuidado estos fungirán como agentes de autocuidado, fomentando las prácticas de autocuidado consideradas por Dorothea E. Orem como “El ejercicio de actividades que las personas inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar” <sup>6</sup>

Cervantes y Jacobo (1997) elaboraron en la Escuela de Enfermería y Obstetricia de Celaya una guía de autocuidado donde el objetivo fue que el paciente diabético tuviera un balance en el control adecuado de su diabetes.

Esparza y Col. (1999) realizaron un estudio en la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey, Nuevo León, U.M.F.#26 donde analizaron el nivel de autoestima con relación al nivel de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II,

---

<sup>5</sup>.- Norma Oficial Mexicana NOM –015.SSA2-1994.p.1

<sup>6</sup>.- Marriner Tomey, Alligood. Modelos y teorías en enfermería cuarta edición Haercourt Brace de españa 1999. p. 177

en donde se concluyó que el nivel de autoestima resultó directamente proporcional al nivel de autocuidado del paciente adulto mayor.

En un estudio realizado por López Claudia y Col. (1999) en la Escuela de enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León, U.M.F. #28 analizaron el impacto de la educación otorgada por enfermería en el autocuidado del paciente diabético en donde los autores concluyeron que la educación otorgada por enfermería el impacto es positivo en el paciente diabético.

Un estudio realizado por Gil, Griselda y Col. (1999) en la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León, U.M.F. #26 determinaron los beneficios del programa de autocuidado en el paciente con enfermedad crónica, concluyendo que el incremento de conocimiento y las condiciones generales finales de evaluación en los pacientes indican que si existen beneficios del programa educativo domiciliario de autocuidado otorgado por enfermería en el paciente con enfermedad crónica.

Colunga Barrón, y Col. (1999) en la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León, U.M.F. #26 evaluaron la influencia de la educación sobre el autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II en el adulto mayor incluidos en el programa de atención al diabético, los resultados encontrados fueron: que la edad promedio de los pacientes entrevistados fue de 64.2 años, D.S. 3.4 Moda 60, mediana 63.5. El sexo que predominó fue el femenino con un 66.6%. La escolaridad con mayor porcentaje fue la primaria con 72.2%. Se observó un 75% de pacientes con conocimiento de su enfermedad y un 88% con buen autocuidado rebasando el 60% manejado en la hipótesis alterna.

Debido a que enfermería no cuenta con trabajos publicados bajo la teoría del autocuidado en el Estado de Guanajuato se desarrolló ésta investigación, ya que la enfermera dada su labor profesional y la intervención directa que tiene con el paciente, es fundamental que sea ella la que dirija los conocimientos que posee el paciente sobre su padecimiento así como las prácticas de autocuidado que ejecuta, para lograr cambios en el estilo de vida del paciente diabético, que le conduzcan a un control adecuado de su padecimiento, a elevar su calidad de vida y de quienes lo rodean.

## **Planteamiento del problema**

Diabetes Mellitus es un trastorno hereditario, crónico condicionado por inadecuada secreción o utilización de insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio ( Hidratos de carbono, grasas y proteínas), con alteraciones neurológicas y lesiones vasculares de macro y microangiopatías, que ocasionan grave deterioro al organismo<sup>7</sup>

La atención primaria juega un rol estratégico en la detección precoz, control y educación de los diabéticos, se sabe que el número de personas que padecen Diabetes Mellitus y sus complicaciones es muy alto. La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de amplia distribución mundial. En México, la prevalencia global es más alta, en el medio urbano que en el medio rural. En los hospitales de segundo nivel del IMSS, la Diabetes Mellitus ocupa el segundo lugar como motivo de consulta, es por lo tanto indudable que las repercusiones sociales y económicas causadas por esta enfermedad obligan a las instituciones de Salud a diseñar programas encaminados a su detección temprana y a crear esquemas de tratamiento eficaces que eviten las complicaciones tardías. Las estrategias con que se cuenta actualmente para este fin, incluyen un arsenal suficiente de hipoglucemiantes, restricciones dietéticas, ejercicio y modificación en el estilo de vida. Sin embargo todos estos esfuerzos se ven nulificados si el enfermo es incapaz de seguir un esquema terapéutico de los múltiples que existen.

Es para la disciplina de enfermería un reto importante el cuidado del paciente diabético, ya que se ha convertido en un serio problema de salud pública; la enfermera, dado su quehacer profesional tiene un vínculo directo con los pacientes que puede favorecer para guiarlo a través de la educación hacia el autocuidado. Es un hecho conocido que a pesar de que existen programas de medidas preventivas para este tipo de pacientes desafortunadamente las estrategias de intervención es ineficaz y se siguen presentando las complicaciones.

Cabe hacer notar que depende de la educación que brinde la enfermera para lograr buenos resultados a través de conductas por parte del paciente diabético para que sean adoptadas frente a la enfermedad, en las que, el tomar los medicamentos, realizar ejercicio y adherirse a la dieta adquiere un papel igualmente preponderante. “Otras de las actividades que debe realizar la enfermera es el desarrollo de un proceso de educación, donde se involucre el familiar del paciente diabético para dirigir la información al conocimiento y manejo de la enfermedad, encaminado a modificar las actitudes y mejorar las habilidades del paciente y de sus familiares,

---

<sup>7</sup> Martínez y Martínez Roberto. La salud del niño y del adolescente Salvat Mexicana de ediciones, S.A de C.V. México 1986 p.1557.

para reforzar las acciones de apoyo del núcleo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en el paciente diabético.”<sup>8</sup>

Uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado.

Además, al ser la diabetes una enfermedad crónica que acompaña al individuo que la padece durante toda su vida, la evolución de la enfermedad y adherencia al tratamiento dependerá la calidad de vida del paciente o incluso su supervivencia. “Para resolverlo es necesario un abordaje integral y multidisciplinario, además es fundamental que el diabético asuma la responsabilidad de su auto cuidado, es necesario que acepte su enfermedad y que tenga una actitud responsable y crítica, considerando su dieta, ejercicio y medicación. Por lo cual se insiste sobre la necesidad de diseñar proyectos de investigación en el área de la educación en salud ya que mientras no se encuentre la forma de prevenir o de curar la diabetes la educación sanitaria brindada por enfermería constituye el principal recurso para prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.”<sup>9</sup>

Es indudable que para lograrlo se debe recurrir a la educación del enfermo con miras a cambiar sus hábitos de alimentación, su estilo de vida y todos los comportamientos que tengan influencia negativa en el seguimiento de un esquema terapéutico. El tipo de educación empleado, ha de ser en términos de individualización en donde la enfermera tenga un acercamiento e identificación con cada enfermo en particular con un afán de comprender plenamente los puntos que deberá abarcar la enseñanza. En virtud de que el diabético requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es aquí donde enfermería realiza una serie de actividades propias de la profesión y de educación a la salud, para concientizar al paciente y a su familia de que es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad de su autocuidado en el control de la enfermedad.

Por lo anterior es de suma importancia que la enfermera dada su labor profesional directa con el paciente le motive a tener conciencia sobre su enfermedad y los cuidados que requiere, en

---

<sup>8</sup> Díaz, Laura y col. Grupo de Auto cuidado de Diabetes Mellitus tipo II Salud Publica de México, Marzo – Abril 1993 Vol. 35 N° 2. p. 39

<sup>9</sup> Isla, Pilar y col. Diabetes Mellitus Expectativas del futuro en la educación sanitaria. Revista Rol de Enfermería N°224, Abril 1997. P. 51

cuanto a dieta, ejercicio, tratamiento terapéutico y la aceptación de su enfermedad para disminuir la presencia de complicaciones y lograr que el paciente tenga una vida digna.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué influencia tiene el apoyo educativo que brinda la enfermera en la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional de Celaya Gto?

### Hipótesis

Los pacientes con diabetes mellitus tipo II que reciben apoyo educativo de la enfermera tienen mayor capacidad de autocuidado en comparación con los pacientes que no la reciben

### **Objetivo General**

Identificar la influencia que existe entre el apoyo educativo que brinda la enfermera y la capacidad de auto cuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar las capacidades de autocuidado que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II
- Comprobar la efectividad de la intervención de enfermería de apoyo educativo aplicado a los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

### **Marco conceptual**

El marco conceptual que se presenta está conformado por un breve resumen de la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem de donde se deriva lo referente al apoyo educativo y la capacidad de autocuidado que conforman las variables del estudio; por último se presenta la historia natural de la enfermedad y las acciones primordiales que realiza la enfermera en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

## Teoría del déficit de autocuidado

La Teoría de Dorothea E. Orem, del Déficit de Autocuidado, está considerada como una gran teoría de enfermería que se clasifica a su vez en tres subteoría denominadas Teoría de Autocuidado, Teoría de Déficit de Autocuidado y Teoría de Sistemas de Enfermería, las que se describen brevemente a continuación.

La Teoría de Autocuidado considera factores condicionantes básicos del individuo y los requisitos de autocuidado que a su vez se dividen en requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos de desviación de la salud.

En la Teoría de Déficit de Autocuidado se considera la demanda terapéutica de autocuidado que incluye el cuidado dependiente, agente de cuidado dependiente y agencia de cuidado dependiente.

La Teoría de Sistemas de Enfermería especifica tres tipos de sistemas de enfermería: sistema de apoyo educativo, sistema parcialmente compensatorio y sistema totalmente compensatorio, además se proponen métodos de ayuda, empleados por enfermería cuando ayuda a los pacientes a superar o compensar los problemas presentados por los déficit de autocuidado.

- Actuar o hacer para otros.
- Dirigir a otros.
- Apoyar a otros.
- Proporcionar un ambiente de desarrollo.
- Enseñar a otros.

Orem define el **autocuidado**, como la acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidarse a sí mismas en sus situaciones ambientales.

El **déficit del autocuidado**, es cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado.

**Sistemas de enfermería**, son sistemas complejos de acciones de enfermería seleccionadas y producidas por las enfermeras con dos metas:

- a.- El logro de la demanda terapéutica de autocuidado
- b.- Proteger o desarrollar la agencia de autocuidado.

El sistema de enfermería representa las acciones y las interacciones de la enfermera y el paciente en los componentes sociales, interpersonales y tecnológicos del proceso de enfermería en la práctica. Para planificar, el diseño del sistema de enfermería, prescribir el rol de la enfermera y el rol del paciente. La prescripción del rol especifica lo que el paciente hará, lo que la enfermera hará, y lo que harán la enfermera y el paciente juntos.

Consta de tres sistemas:

1. - Totalmente compensatorio. Se utiliza cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar del paciente depende de otros.
2. - Parcialmente compensatorio. Se utiliza cuando un paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado, pero requiere de la ayuda de la enfermera para satisfacer otros.
3. - De apoyo educativo. Se utiliza cuando un paciente satisface los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta o en la adquisición de habilidades.

Este sistema de enfermería es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y adaptarse a las nuevas situaciones, pero necesita ayuda de enfermería. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente a que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje. La enfermera también puede tener un papel de consultora si solo se requiere información periódica o actualización. En este sistema la enfermera regula la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado mientras que el propio paciente realiza su propio autocuidado. “Los sistemas necesitan ser dinámicos, un paciente puede requerir inicialmente un sistema totalmente compensatorio para satisfacer los requisitos de autocuidado universales y a medida que cambia su estado de salud también cambiará el sistema”.<sup>10</sup>

## Autocuidado

En esta teoría Orem considera de suma importancia el autocuidado que lo define como:

---

<sup>10</sup> .-Stephen J. Cavanagh Modelo de Orem Aplicación Práctica Ed. Masson Salvat decima edición Barcelona 1993. P.29

Una conducta, una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación.

Es necesario determinar el valor terapéutico de la práctica de autocuidado, cuando contribuye al logro de los siguientes resultados:

1. - Soporte de los procesos de la vida y promoción del funcionamiento normal.
2. - Mantenimiento del crecimiento, desarrollo y maduración normales.
3. - Prevención de la incapacidad o compensación de la misma.
5. - Promoción del bienestar. Algunos de estos resultados son necesarios para todas las personas de manera continua durante todos los estadios del ciclo vital.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido, el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

**Capacidad de autocuidado:** “Es el conocimiento, habilidad y motivación para la producción y practica de las acciones dirigidas a sí mismo o a su ambiente, que tiene la persona para satisfacer los requisitos de autocuidado”.<sup>11</sup>

El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

Requisitos de auto cuidado.- Son los propósitos formulados que se dirigen a las acciones según Orem. Los requisitos deben sugerir qué acciones son necesarias para resolver la necesidad de autocuidado. Uno o más factores condicionantes básicos pueden afectar el valor, la calidad, o la cantidad del requisito de autocuidado. Estos requisitos constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Los requisitos son generalizaciones sobre la necesidad del cuidado y la manera de lograrlo. Los requisitos de autocuidado tienen dos partes. La primera representa la necesidad que las personas

---

<sup>11</sup> Dennis Connem *Déficit theory of nursing concepts and applications* primera edición Mosby Estados Unidos 1997 p.43.



deben resolver para alcanzar o mantener la vida, la salud y el funcionamiento integrado y el bienestar. La necesidad es el factor o el elemento que debe ser controlado por las acciones de autocuidado. La segunda hace hincapié en que las cantidades, calidades y tipos de acciones son necesarios para resolver la necesidad específica.

Cada categoría de los requisitos de autocuidado contiene requisitos múltiples. De autocuidado universales incluyen 8 requisitos, el de desarrollo incluye 2 tipos de requisito y los de desviación de la salud incluyen 6 tipos.

Cada requisito de autocuidado es una generalización sobre la necesidad y las maneras de lograrlo. Los requisitos deben ser examinados en los factores condicionantes básicos. Orem, indicó que los factores condicionantes básicos que deben ser considerados son edad, estado de desarrollo y estado de salud.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo (Orem 1991, Pág. 215) La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés que la enfermera manifiesta por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad.

A continuación se presenta la Historia Natural de la Diabetes Mellitus, que es otra variable en estudio

#### Historia natural de la diabetes mellitus tipo II

Concepto: Es un trastorno hereditario, crónico condicionado por inadecuada secreción o utilización de insulina, con repercusión en el metabolismo intermedio (hidratos de carbono, grasas y proteínas), con alteraciones neurológicas y lesiones vasculares de macro y microangiopatías, que ocasionan grave deterioro al organismo.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> .- Martínez y Martínez Roberto Id. p.1557

El paciente diabético se caracteriza por presentar, polidipsia: mucosas orales reseca. Poliuria: alteración en la eliminación urinaria, hiperglucemia, glucosa de 200 mg en sangre. Polifagia: pérdida de peso debilidad y fatiga.

Periodo prepatogénico

a) Agente:

**Biológico:** Factores genéticos inmunológicos y ambientales (vírales) que contribuyen a la destrucción de las células BETA del páncreas **Químico:** Insuficiencia absoluta o relativa de insulina.

b) Huésped: Predisposición genética, obesidad, edad de 30 años a más.

- **Inmunidad:** Los anticuerpos atacan los tejidos normales (islotos de Langerhans) del cuerpo como si fueran extraños.
- **Grupo étnico:** En Estados Unidos hay más probabilidad de diabetes tipo II.
- **c) Medio ambiente:**
- **Biológico.** Virus y toxinas
- **Socioeconómico:** Nivel socioeconómico bajo.
- **Cultural:** Nivel sociocultural bajo.

Prevención Primaria.

Promoción a la salud.

- **Educación médica:** Especificaciones de la patología, autocontrol domiciliario 2-3 perfiles glucémicos, recomendaciones de dieta, práctica de glicemia capilar por lo menos una vez al mes.
- **Información** acerca de su padecimiento, tratamiento, pronóstico y su autocuidado.
- **En la Diabetes Mellitus tipo II,** cuando existe obesidad permite una pérdida de peso ponderal hasta llegar a un peso razonable, especificar en la educación nutricional dieta recomendable para el caso específico con relación a carbohidratos y grasas.

Protección específica.

La detección temprana de la enfermedad mediante visitas regulares con el médico es conveniente, la detección en familiares es conveniente recomendar dieta, ejercicio y terapéutica específica.

- Aseo personal: Promover las acciones personales de higiene como baño diario, corte adecuado de uñas e higiene bucal.
- Dieta equilibrada
- Ejercicio físico adecuado

### **Periodo patogénico.**

#### **Etapa subclínica**

En la diabetes Mellitus tipo II, hay dos problemas principales relacionados con la insulina; la resistencia insulínica y la alteración de la secreción insulínica.

La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina; normalmente la insulina se fija en los receptores especiales de las superficies celulares, con lo que ocurre una serie de reacciones en el metabolismo de la glucosa dentro de la célula. La resistencia insulínica se acompaña de la disminución de estas reacciones intracelulares, por lo que la insulina se vuelve menos eficaz para estimular la captación de glucosa por los tejidos. Para superar la resistencia insulínica y evitar la formación gradual de glucosa en la sangre, debe aumentar la cantidad de insulina secretada, esto ocurre cuando se altera la tolerancia a la glucosa en el cual se mantiene una concentración normal o ligeramente elevada sólo por el exceso de la secreción de insulina, sin embargo, las células BETA son incapaces de continuar con la creciente demanda de insulina, la glicemia se eleva y se desarrolla la diabetes Mellitus tipo II.

#### **Etapa clínica**

Los signos y síntomas de la Diabetes Mellitus tipo II son: poliuria, polidipsia, heridas en la piel con mala cicatrización, infecciones vaginales y visión borrosa.

Prevención Secundaria

#### **Diagnóstico precoz.**

- Valoración y determinación de niveles de glucosa.
- Orientación al paciente para la disminución de peso.
- Ejercicio.
- Agregar agentes hipoglucemiantes.
- Vigilancia de la glucosa.

Tratamiento oportuno.

- Dieta.

- Ejercicio.
- Vigilancia de la glucosa.
- Medicamentos (cuando sea necesario) En la diabetes mellitus tipo II, los hipoglucemiantes orales son eficaces en pacientes que no pueden ser tratados únicamente con dieta, algunos de ellos son: Talbutamida, Cloropropamida, y Gliburida.
- Enseñanza.

#### Limitación del daño.

La enseñanza sobre la dieta, actividad física y estrés físico y emocional, los pacientes tienen que aprender el cuidado personal diario para evitar los aumentos o disminuciones agudas de la glucemia, también tienen que incorporar a su estilo de vida muchas medidas preventivas para evitar complicaciones diabéticas a largo plazo.

La enfermera proporcionará enseñanza sobre autocuidado al paciente diabético; realizando una previa valoración sobre los conocimientos que tiene sobre su padecimiento. Verificará que el paciente y la familia, estén enterados de los signos y tratamiento de la hipoglucemia para disminuir la ansiedad del paciente e incrementar el sentido de autocontrol.

- Orienta al paciente sobre los métodos domiciliarios para la obtención de glucemia y estimular al paciente a que mantenga un registro diario del control de la glucosa.
- Realiza un reforzamiento continuo al paciente con respecto a su dieta, ejercicio y tratamiento terapéutico.
- Orienta al paciente que sea consciente del aumento de susceptibilidad respecto a las infecciones; revisar los signos de infección, enrojecimiento, hinchazón, exudado y fiebre.
- Enseña al paciente sobre el cuidado de los pies y de la piel, los ejercicios de las piernas y la valoración del estado circulatorio.
- Orienta y hacer comprender la importancia del control de la enfermedad, para prevenir o retardar complicaciones.

#### Complicaciones.

Las complicaciones crónicas de la diabetes tipo II por lo general aparecen de diez a quince años después del inicio de la enfermedad y hay tres tipos principales:

1. Enfermedad macro vascular.
  - Arteriopatía coronaria (que conduce al infarto al miocardio.)

- Enfermedad cerebro vascular (que causa apoplejía)
- Vasculopatía periférica
- 2. Enfermedad micro vascular.
- Retinopatía (alteración ocular).
- Nefropatía (enfermedad de los riñones).
- 3. Neuropatía (daño nervioso)
- Neuropatía sensorio motoras (que afecta a las extremidades).
- Neuropatía autónoma (que afecta el funcionamiento gastrointestinal, cardiovascular, y genitourinario).

#### Defecto o daño.

- Retinopatía diabética
- Cataratas.
- Glaucoma.
- Nefropatías.
- Neuropatías diabéticas.
- Estado crónico.
- Es importante controlar la glicemia en todo momento así se evita el inicio de las complicaciones o daños macro vasculares como:
  - Disfunción renal.
  - Hipertensión.
  - Infecciones de vías urinarias
  - Ceguera, Muerte

#### Prevención Terciaria.

#### Rehabilitación.

- Dieta terapia. Control dietético y ponderal son fundamentales en el tratamiento de la diabetes.
- Definir métodos de enseñanza para una terapia ocupacional valorando la facilidad de aprendizaje del paciente y familia.
- Integración de grupos.

- Apego al tratamiento.

Apoyo educativo en la capacidad de autocuidado en el paciente diabético.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, en la que el paciente debe tener conocimientos sobre su padecimiento, ya que el desconocimiento ocasiona un mal manejo de la enfermedad, por tal razón el paciente diabético debe desarrollar sus capacidades de autocuidado “a través del conocimiento, habilidad y motivación para la producción y práctica de las acciones dirigidas a sí mismo o a su ambiente para satisfacer los requisitos de autocuidado,<sup>13</sup>” logrando este a través del apoyo obtenido de las acciones que realiza el sistema de enfermería para educar y asesorar al paciente sobre el conocimiento control y manejo de su enfermedad a fin de que el paciente diabético tome las mejores decisiones para aprender que hacer y cómo cuidarse, para incrementar su capacidad de autocuidado pues se ha dicho que un diabético que tiene conocimiento y cuidado sistemático ordenado y constante en su salud y tratamiento, puede tener un nivel de vida igual al de cualquier otra persona.

## **Diseño de investigación**

El estudio fue longitudinal, cuasiexperimental y correlacional. Longitudinal porque la recolección de datos se hizo en dos momentos, para analizar los cambios a través del tiempo en las capacidades de autocuidado posterior a la intervención de enfermería; cuasiexperimental porque se manejaron dos grupos experimental, control y se manipulo la variable independiente y correlacional por que se relacionó la variable independiente apoyo educativo y la variable dependiente capacidad de autocuidado.

---

<sup>13</sup> Dennis Connem Self – Care Déficit theory of Nursing. Conceptos and aplicatons 1 edc.97 Mosby Estados Unidos 1997 p. 93

## Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio lo constituyeron (N = 60) Pacientes registrados en el servicio de medicina preventiva y hospitalización del Hospital General de la Secretaria de Salud de Celaya Gto. Asignados a dos grupos experimental (n = 30) y control (n = 30) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, que reunieron los siguientes criterios de inclusión:

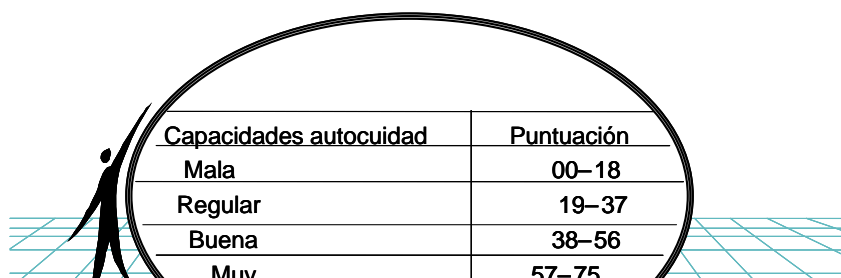
- Adultos de 24 a 60 años.
- Con diabetes mellitus tipo II
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que radicaron en Celaya Gto.
- Con posibilidades de comunicación oral y escrita.

Se excluyeron a los pacientes que presentaron complicaciones y otros tratamientos y se eliminaron pacientes que no asistieron al programa de apoyo educativo.

## Material y método

La recolección de datos se hizo a través del cuestionario Escala de Capacidades de Autocuidado, (elaborado por docentes de la maestría de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Gto., Díaz Guerrero y col.), está constituido por dos partes: la primera de datos de identificación que incluye los factores condicionantes básicos; La segunda constituido por 25 ítem a través de una Escala Likert; que evalúa los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud. Para calificar las capacidades de autocuidado, se asignó un valor de 3 en los ítem contestados en siempre, el 2 a las respuestas de frecuentemente, 1 a las respuestas de a veces y 0 a las respuestas de nunca, se hizo la sumatoria de las cuatro categorías de respuesta y se comparó con el cuadro siguiente de acuerdo a la operacionalización de las variables (Apéndice No. 1).

Indicador de dimensiones de Capacidades de Autocuidado  
Celaya Gto. 2002



Capacidades autocuidado	Puntuación
Mala	00–18
Regular	19–37
Buena	38–56
Muy Buena	57–75

Para la confiabilidad del instrumento se realizó Test – pretest. (Probar y volver a probar). Por un grupo de alumnas de la maestría y docentes de la Facultad de enfermería, el cual fue aplicado a 60 individuos, sin importar estado de salud o sexo; obteniendo una confiabilidad de alfa de cronbach de .7086, con esto se asegura que el instrumento tiene confiabilidad del 70 %.

Método: Como metodología el primer paso fue elaborar el programa educativo que se manipuló como variable independiente. Se contó con una lista completa de todos los pacientes capturados en dichos servicios y que totalizaron 130 individuos. Por el criterio de optimización de tiempo y recursos se tomó una muestra aleatoria de 60 pacientes, 30 para cada grupo (experimental y control).

Para la selección de los 60 pacientes se utilizó la media muestral, como una estimación puntual de la media poblacional. Se numeró a todos los pacientes del 1 al 130, y por medio de la tabla de números aleatorios se seleccionaron 60 pacientes para el estudio.

El investigador visitó a los pacientes seleccionados en sus domicilios particulares, a participar en el estudio; donde se les informó de los objetivos del mismo y se solicitó por escrito su participación y autorización a través del consentimiento informado. Se les citó en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya Gto, para impartir el programa educativo

Se procedió a formar los grupos de estudio, se numeraron los pacientes: los números impares integraron el grupo experimental y los números pares el grupo control.

Se realizó la primera medición a ambos grupos para determinar las capacidades de autocuidado a través del instrumento denominado Escala de Capacidades de Autocuidado.

Posterior a la primera medición, al grupo experimental se le impartió el Programa de Apoyo Educativo) mismo que se desarrolló en 4 sesiones, que fueron impartidas en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya Gto. El investigador visitó en sus domicilios a los pacientes



que no acudieron a la Facultad para impartir de manera individual el programa de apoyo educativo.

El grupo control solo recibió la orientación que de ordinario imparte el personal de la institución.

Al grupo experimental se le realizó la segunda medición de las capacidades de autocuidado a los 30 días después de impartido el programa de apoyo educativo.

Al grupo control se le realizó una segunda medición de las capacidades de autocuidado a los 30 días.

## **Análisis estadístico**

Se realizó el análisis de la siguiente forma: Se tomaron los resultados de la primera medición de capacidades de autocuidado del grupo control y los resultados de la segunda medición del grupo experimental; después de haber aplicado el programa de apoyo educativo, se realizó la prueba de hipótesis de 2 medias de poblaciones independientes donde  $n_1 \geq 30$  y  $n_2 \geq 30$ , se seleccionó la prueba estadística Z ( basada en el teorema de límite central )

- Planteamiento estadístico de las hipótesis: \*  $H_0: m_1 - m_2 \geq 0$ , \*  $H_a: m_1 - m_2 > 0$ .
- Establecimiento del coeficiente de confianza :  $\alpha = 0.05$  es decir con una confiabilidad del 95%.
- Estructuración del criterio de rechazo de la hipótesis nula: cuando  $Z \leq -1.64$ .
- Cálculo del valor del estadístico Z para la muestra:

## **Ética del estudio**

El estudio no implicó riesgo para el paciente (Art. 17 frac.1 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de salud, 1987) se les informó verbalmente acerca de los objetivos del estudio y se les pidió su consentimiento por escrito ( Art. 13, art. 14 frac. V ).

## Resultados y discusión

La muestra la constituyeron 60 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que acudieron a los servicios de medicina preventiva y hospitalización de una institución de salud de segundo nivel, divididos en dos grupos.

Datos descriptivos de los grupos de estudio.

Grupo experimental (n = 30) el 86.6 % de los pacientes fueron del sexo femenino y el 13.3 % del masculino; el rango de edad fue de 24 a 60 años, el estado civil predominante fue el casado con 83.3 % y el 90.0% tenían una escolaridad de nivel primaria.

Grupo control (n = 30) el 63.3 % de los pacientes fueron del sexo femenino y el 36.7 del sexo masculino; el rango de edad fue de 42 a 60 años, el estado civil predominante fue el casado con 60.0 % y el 86.7% cuenta con escolaridad de primaria.

Harvey A. MC. Gehee, M.D, (Hon) y otros. Mencionan que la Diabetes Mellitus tipo II, se presenta en poblaciones de 30 a más años, lo que difiere en el presente estudio, donde se identificaron pacientes con D.M. tipo II, de 24 años de edad. Esto coincide con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la D.M. tipo II; donde reporta que la población afectada va de 20 a 69 años, demostrando con esto que se ha modificado los patrones de enfermedad y muerte en México, pudiendo deberse a los cambios en los estilos de vida presentes en los últimos años.

En cuanto al género es notoria la predominancia de la población femenina en ambos grupos, esto puede deberse a que la esperanza de vida en la mujer es mayor en comparación con la del hombre, y a que la mujer es quien más acude a la consulta médica, para el mantenimiento y control de su salud, no siendo así en la población masculina.

El estado civil predominante en ambos grupos es la categoría casado en un 71.6%. La escolaridad que ocupa el mayor porcentaje es el nivel primaria con 88.3 %; con respecto a la ocupación la categoría de oficios ocupó el 66.6%, seguido de negocio propio con 21.6% entre los más significativos.

El promedio de horas por día trabajadas de los pacientes de ambos grupos fue de 6 – 8 Hrs. con un 81.6 %. El 43.3 % es autosuficiente, el 33.3 % de los pacientes del sexo femenino dependen del esposo. El vivir acompañado es una de las categorías que predominó en los grupos con el 88.3 %; el 81.6 % de los pacientes realiza actividades recreativas, la religión católica fue la que

predominó con 96.6 %. Se analizó en este estudio que los factores condicionantes básicos que se mencionan arriba no tuvieron ninguna influencia en el resultado de las capacidades de autocuidado, los pacientes con diabetes mellitus tipo II independientemente del factor condicionante básico presentaron buena y muy buena capacidad de autocuidado

Al evaluar la capacidad de autocuidado, (mala, regular, buena y muy buena) en la primera medición del grupo experimental; con la Escala de Capacidades de autocuidado se encontró en el promedio una media de 2.36; al realizar la segunda medición, los resultados obtenidos en el grupo experimental, el promedio de la media fue de 2.69. Es notorio observar como en la segunda medición el grupo experimental incremento significativamente su promedio al interior del mismo grupo respecto a la primera medición.

En cuanto a las mediciones que se realizaron al grupo control se obtuvo un promedio con una media de 2.50. En la segunda medición el resultado fue: una media de 2.57; cabe hacer notar que el grupo control no tuvo un incremento significativo en su promedio

Al cotejar los valores obtenidos en las mediciones de ambos grupos se identificó diferencias significativas en el promedio de la media; con lo cual se comprobó que los pacientes con diabetes mellitus tipo II que reciben apoyo educativo de la enfermera tienen mayor capacidad de autocuidado en comparación con los que no la reciben.

La hipótesis planteada: “Los pacientes con diabetes mellitus tipo II que reciben apoyo educativo de la enfermera tienen mayor capacidad de autocuidado en comparación con los pacientes que no la reciben”.

Para probar esta hipótesis se utilizó la prueba Z de “Diferencia de medias” (entre más grande sea la muestra toma una distribución normal).

Obteniéndose un valor de  $Z = - 1.938$  por lo tanto se aceptó la H1 que establece que el programa de apoyo educativo que brinda la enfermera sí influye en las capacidades de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.

Al comparar los resultados obtenidos en la presente investigación, en contraste con los reportados por Colunga Barrón y Col. (1999) de la Escuela de enfermería del IMSS en Monterrey Nuevo León, U.M.F. # 26, donde evaluaron la influencia de la educación sobre el autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II se encontraron las siguientes coincidencias: la edad promedio de los entrevistados en éste estudio fue de 50.2, una moda de 60 y una mediana

de 50.2, mientras que en el IMSS la edad promedio fue de 64.2 años, una moda de 60 y una mediana de 63.5.

El sexo predominante en ambos estudios corresponde al femenino, La escolaridad identificada con mayor porcentaje corresponde a nivel primaria.

En ambos estudios se evaluaron las capacidades de autocuidado, la diferencia estriba en la metodología empleada, ya que en este trabajo se manejaron dos grupos (experimental y control), se realizaron dos mediciones (antes – después), y en el IMSS se evaluó en un solo grupo, el impacto del programa de atención al diabético al término de éste. Lo relevante de ésta contrastación es la coincidencia, en ambos estudios, de que el apoyo educativo que proporciona la enfermera incrementa, de manera importante la capacidad de autocuidado en los pacientes diabéticos tipo II.

Por otro lado, se establece comparación de éstos resultados con los obtenidos por López Claudia y Col. (1999) de la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey, Nuevo León U.M.F. # 28 donde se analizó el impacto de la educación otorgada por enfermería en el autocuidado del paciente diabético para cuidarse.

La Diabetes Mellitus tipo II, es una de las enfermedades crónico degenerativas que requieren de un manejo y control específico por parte del paciente, por lo cual éste necesita adquirir los conocimientos necesarios que le permitan realizar con eficiencia dicha actividad, el profesional de enfermería, apoyado en la teoría de Orem puede brindar esa capacitación a través del apoyo educativo.

En este estudio se encontraron resultados similares al realizado por Gil, Griselda y col. (1999) de la Escuela de Enfermería del IMSS de Monterrey Nuevo León, U.M.F. # 26, dónde se implementó un programa educativo domiciliario de autocuidado desarrollado por enfermería dirigido a pacientes con enfermedad crónica, concluyendo que el incremento de conocimiento y las condiciones generales finales de evaluación demostraron los beneficios del programa, a favor del Autocuidado en este tipo de pacientes, lo que fundamenta la utilidad del apoyo educativo para incrementar capacidades de autocuidado.

El objetivo general del programa de apoyo educativo, que se implementó con el grupo experimental en este estudio, fue el incrementar las Capacidades de Autocuidado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, a través del conocimiento del padecimiento y desarrollo de habilidades prácticas para el manejo y control de la enfermedad, éste objetivo coincide con

Cervantes y Jacobo (1997) de la Escuela de Enfermería de Celaya, quienes diseñaron una guía de autocuidado con el propósito de que el paciente diabético lograra un balance en el control de su enfermedad.

Cuando el paciente crónico fortalece sus conocimientos y se habilita en las prácticas para autocuidarse, se incrementa su autoestima, esto se observó en el grupo experimental, durante el desarrollo del programa de apoyo educativo, por el vínculo directo con los pacientes, previéndose en ellos aceptación de su enfermedad, interés y motivación en el fortalecimiento de sus conocimientos y en la adquisición de habilidades para autocuidarse, traduciéndose, en asistencia constante a sus sesiones y en el establecimiento de prácticas para el control de la enfermedad, como fueron: diseño de dieta según recursos, elaborar plan de ejercicios según disposición de tiempo, auto control de glicemia a través de la toma de destrostix, entre otras.

Lo anterior confirma los hallazgos reportados por Esparza y Col.(1999), en el estudio realizado en la Escuela de Enfermería del IMSS en Monterrey Nuevo León, U.M.F. # 26 donde analizaron el nivel de autoestima con relación al nivel de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. En donde se concluyó que a mayor nivel de autoestima, mayor nivel de autocuidado.

Asimismo, los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran la comprobación de los principios señalados en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem, en el sistema de enfermería de apoyo educativo, demostrando que esta función que realiza la enfermera, favorece que los pacientes adquieran mayor capacidad de autocuidado cumpliéndose la meta propuesta para la teoría: “ Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta”<sup>14</sup>

## **Conclusiones y recomendaciones**

Los resultados obtenidos en este estudio confirman, que la intervención de enfermería proporcionada a través de la implementación de programas de apoyo educativo, influyen en el incremento de las capacidades de autocuidado en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II,

---

<sup>14</sup> .- Marriner Tomey Alligood. Modelos y teorías en enfermería cuarta edición 1999 p. 181

La diabetes Mellitus tipo II es uno de los padecimientos considerados dentro del grupo de enfermedad crónico degenerativa, con programas específicos de apoyo educativo enfocados al padecimiento que son manejados por las instituciones del sector salud y a pesar de estos se siguen presentando casos de diabetes Mellitus descompensada y las complicaciones; es por ello fundamental que enfermería tenga seguimiento continuo en la ejecución de programas de apoyo educativo.

De los resultados obtenidos en la Escala de Capacidades de Autocuidado en el apartado de factores condicionantes básicos (sexo, edad, estado civil, escolaridad) se visualizó que estos no tienen ninguna influencia sobre el paciente con diabetes mellitus tipo II puestos que su autocuidado fue muy bueno y bueno; determinando que el paciente logra realizar su autocuidado. Se concluyó que aumentó las capacidades de autocuidado el programa de apoyo educativo instruido por el investigador.

Que se sigan realizando trabajos de investigación a pacientes con diabetes mellitus tipo II, en periodos más largos de medición.

Que enfermería de seguimiento al programa de Apoyo Educativo.

Involucrar en los programas educativos a la familia del paciente, ya que cuando existe déficit de autocuidado en él, fungirá como agentes de autocuidado.

Proporcionar intervención individualizada de enfermería al paciente diabético.

## **Bibliografía**

ALFARO ROSALINDA Aplicación del proceso de enfermería 2. edición, Edit. Doyma. Barcelona, España 1992.

CARPENITO L. J. Manual de diagnósticos de enfermería. 5 edición, Edit. Macgraw – Hill Interamericana. 1996.

CERVANTES PÉREZ BEATRIZ y JACOBO RAZO MARÍA DE LA LUZ, Guía de Autocuidado para el paciente diabético. Tesis (Enf. General) Universidad de Guanajuato, Escuela de Enfermería y obstetricia de Celaya 1997.

DÍAZ LAURA Y COL. Grupo de Autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II Salud pública de México, Marzo - Abril 1993 Vol.35 No. 2

HARVEY A. MC. GEHEE, M.D; ( Hon ) y otros. Tratado de Medicina interna Vigésima segunda edición Edit. Interamericana Mc. Graw- Hill 1998. Sec. 9.

ISLA, PILAR Y COL. Diabetes Mellitus Expectativas del Futuro en la Educación Sanitaria. Revista Rol de Enfermería No. 229 Abril 1997.

LEY GENERAL DE SALUD. Decimoquinta edición tomo I, Edit. Porrúa. México 1998.

MARRINER TOMEY, ALLIGOOD. Modelos y teorías en enfermería cuarta edición Edit. Harcourt. 1999.

MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ ROBERTO. La salud del niño y del adolescente Edit. Salvat Mexicana de ediciones 1999.

NORMA OFICIAL MEXICANA Para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria a la salud, publicada en el diario Oficial de la Federación el 26 de abril 1994, elaborado por el sistema nacional de salud NOM – 115 – S.S.A. 2

OREM DOROTHEA E. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica Ediciones Científicas y técnicas S.S.A. Edit. Masson Salvat cuarta edición 1993.

PADILLA, JOSEFA Y COL. Control de calidad en diabetes Mellitus Insulino dependiente Revista Rol de enfermería No. 219 noviembre 1996.

SAMPIERI HERNÁNDEZ ROBERTO Metodología de la investigación segunda edición, Edit. Mc Graw Hill 1998.

STEPHENS “Modelo de Orem” Aplicación Práctica Edit. Masson S. Madrid 1993.

SECRETARIA DE SALUD DE GUANAJUATO Dirección de planeación fuente S.S.A. 9 de enero del 2000. <http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/pubs/nutrit/howmuch/muchspan.htm>.

## **Instrumento para medir las capacidades de autocuidado en los pacientes adultos hospitalizados con terapia Intravenosa (INMCAPV)**

Rodríguez-Meza María del Carmen [carmenm@ugto.mx](mailto:carmenm@ugto.mx)

Rosalina Díaz- Guerrero [rosalina\\_dg@hotmail.com](mailto:rosalina_dg@hotmail.com)

### **Resumen**

El *propósito* del presente reporte es informar al lector sobre el procedimiento para determinar, la *confiabilidad* y *validez* del instrumento de medición de las capacidades de autocuidado del paciente adulto hospitalizado con venoclisis, (INMCAPV). El instrumento se elaboró con base al concepto “capacidades de autocuidado” desarrollado a partir de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem<sup>1</sup> (TGDAC) y del procedimiento de enfermería denominado venoclisis. Las capacidades de autocuidado de acuerdo con Orem incluyen los conocimientos, habilidades y motivación que mantienen los pacientes cuando requieren hospitalización y que se encuentran implícitos en los supuestos de Orem. La motivación se omitió del instrumento debido a que, todos los pacientes estuvieron en disposición de colaborar en el autocuidado de su propia venoclisis. El cálculo de la *confiabilidad* en la prueba piloto del instrumento, se llevó a cabo en una muestra representativa de 25 pacientes adultos hospitalizados con venoclisis sin la presencia de complicaciones. La *validez* de contenido se desarrolló mediante la consulta a tres enfermeras expertas que trabajan en el área de hospitalización adultos, de las cuales dos han trabajado con la teoría de Orem, a manera de panel las tres enfermeras se dieron a la tarea analizar el contenido de los ítems. La confiabilidad obtenida del instrumento fue calculada en el KR-20 0.74 en escala de Kuder Richardson.

**Palabras clave: Validez y confiabilidad, autocuidado de la venoclisis pacientes adultos hospitalizados y terapia intravenosa.**



## **Introducción**

Debido a que el procedimiento de venoclisis es utilizado frecuentemente por el personal de enfermería aproximadamente en el 80%<sup>1</sup> de pacientes hospitalizados, es insoslayable el estudio de este tema para mejorar el cuidado mediante la participación de los pacientes ya que, todo los artículos de investigación encontrados respecto a este tópico así como las recomendaciones ó sugerencias indican el apego a normas y procedimientos que debe utilizar el profesional de enfermería durante la implementación del procedimiento sin considerar la participación de los pacientes. Hasta el año 2003 es considerada su participación como parte del mismo.<sup>1</sup>

Es entonces cuando, el diseño de estrategias para verificar en el mundo empírico los fenómenos que acontecen, se torna de gran ayuda la configuración de contenidos teórico-conceptuales de enfermería a través de la estructuración de instrumentos considerados valiosos para la investigación y el desarrollo disciplinar.

La Teoría General del Déficit de autocuidado (TGDA) es la base para el diseño de instrumentos que pueden ser aplicado a pacientes hospitalizados en nuestro medio, en especial el que se interrelaciona con un procedimiento universal que utilizan las enfermeras en su práctica profesional, la venoclisis, debido a que este procedimiento requiere del cuidado continuado de enfermería para la detección de complicaciones que pueden presentarse de manera *real o potencial*, en pacientes adultos los cuales son hospitalizados por diversas causas y niveles de gravedad respecto a su enfermedad.

Con base en lo anterior, la colaboración del paciente previamente capacitado ofrece una alternativa para la prevención de complicaciones, específicamente en aquellos que cursan con tratamientos intravenosos con antibióticos.

En nuestro país el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a 1,471,177 derechohabientes de los que, según el reporte mensual de Sistema medico operativo (SIMO) del mismo instituto en la ciudad de Celaya Guanajuato en el 2009, informó ofrecer atención medica hospitalaria mensual en los servicio de cirugía a 230 pacientes, mientras que en el servicio medicina interna aproximadamente a 300, adicionando la permanencia prolongada hospitalaria de aproximadamente 20 a 30 días en pacientes que, por la gravedad de su padecimiento así lo

requieren.<sup>1</sup> Es de esperarse que continuamente el o los pacientes ingresados en estos servicios demanden mayor calidad en la atención de enfermería y nos señalen las molestias en el sitio de aplicación de la venoclisis, que en muchas ocasiones, el personal de enfermería por incremento en la carga de trabajo<sup>1</sup> atienden cuando estas se encuentran en un alto grado de avance, obstaculizando otras áreas posibles de punción en las mismas áreas anatómicas de ramificación venosa donde se encuentran ubicados los catéteres para venoclisis debido a que, las complicaciones comunes especialmente la flebitis, la infiltración y la obstrucción del catéter, aunque consideradas de tipo químico aparecen en la literatura con una alta incidencia.<sup>1</sup> **Silveira**<sup>1</sup> en España desde el año 2000 menciona que la flebitis es la complicación más frecuente mientras que, **Sebastián**<sup>1</sup> cita que la aparición de efectos adversos (EA) se incrementan con la edad y estancia en el hospital este último autor menciona que, la extravasación es la complicación más frecuente que aparece en pacientes adultos hospitalizados, ambos investigadores coinciden que, dichas complicaciones prolongan el tiempo de estancia hospitalaria en estos pacientes. Este contexto nos muestra la relevancia de la participación del paciente, en la detección oportuna de molestias o complicaciones, al considerar dentro de los supuestos de Orem las necesidades de autocuidado donde se afirma que estas necesidades siempre existen, y la capacidad para satisfacerlas dependen de las habilidades cognoscitivas y motoras, el nivel emocional, edad, motivación intrínseca de las personas.

En general las capacidades de razonamiento y la toma de decisiones se desarrollan a partir de la segunda etapa de la vida. Por tanto no todos los pacientes pueden llevarlas a cabo ya que se requiere que el paciente mantenga un repertorio de habilidades, y una clase determinada de conocimientos, e incluso estar motivados para ocuparse de la aplicación de una gama de conductas específicas en este caso el autocuidado de su venoclisis.

A este respecto es indispensable que la agencia de enfermería determine el tipo de pacientes que pueden utilizar el repertorio de conductas y una vez identificados, aplique para la enseñanza, del autocuidado de la venoclisis, dos de los tres sistemas de enfermería para el cuidado: Apoyo educativo y el sistema parcialmente compensatorio.

## **Teoría del Déficit de autocuidado (TDéfAC) y autocuidado de la venoclisis.**

Orem en su teoría afirma que las habilidades individuales o capacidad de autocuidado de las personas, o las actividades que realiza la persona para sí misma, pueden describirse en términos de desarrollo, operatividad y adecuación.

El desarrollo y la operatividad de la agencia de autocuidado de los pacientes, incluyen atributos tales como capacidad de autocuidado y la demanda de autocuidado en este caso la necesidad de la aplicación del autocuidado preventivo, para la detección de complicaciones de la venoclisis los que, por otro lado pueden verse afectados además, por factores genéticos y constitucionales edad, género, situación o estado de salud o estado sociocultural son entre otros aspectos, lo que Orem denomina factores condicionantes básicos.(FCBS)

El desarrollo y la operatividad se identifican por tanto en términos de clase de operaciones o acciones de autocuidado que pueden ser realizadas, por parte del paciente de manera consistente y efectiva. La adecuación de la agencia o capacidad de autocuidado se mide en términos de la relación del número y clase de operaciones o acciones en que pueden ocuparse las personas, en este caso los pacientes, para calcular y satisfacer una demanda de autocuidado terapéutico presente o previsto.

Por otro lado nos ofrece la oportunidad de utilizar uno de los tres requisitos de autocuidado: requisitos de desviación de la salud (RDS) que corresponden a una de las seis categorías de los requisitos de autocuidado utilizadas cuando se desvía o falla la salud el cual incluye el estar enterado de, atender o regular los efectos nocivos o incómodos de las medidas diagnósticas, terapéuticas, preventivas y de rehabilitación que son prescritos, los cuales abarcan el resultado de una enfermedad, lesión o alteración de su tratamiento, entre otros. Estos cambios en el estado de salud requieren que la persona busque ayuda, de otras personas competentes como los profesionales de enfermería. En este sentido, los pacientes o sus familiares cuando identifican alteraciones en la perfusión de una venoclisis, como dolor en el sitio de punción, ausencia de goteo, salida de líquido, o sangre acuden con el personal de enfermería para que éste solucione el problema, ellos saben que en una adecuada perfusión de los líquidos a través de la venoclisis subyace la recuperación relativa de sí mismos o su familiar los que, se encuentran

hospitalizados, es entonces, cuando la enfermera o agencia de autocuidado utiliza el sistemas de apoyo educativo y el sistema parcialmente compensatorio.

## **Metodología**

Se diseñó un formulario impreso denominado Instrumento para la medición de las capacidades de autocuidado en los pacientes con Venoclisis “INMCAPV” que consta de 3 apartados con un total de 27 ítems.

El diseño del instrumento se basó en la definición conceptual de la capacidad de autocuidado del paciente, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes. Tiene un diseño de alta estructura en la construcción de los ítems y la integridad de su contenido se ha aplicado en un estudio de investigación, como una intervención de enfermería<sup>1</sup>, mediante la técnica de entrevista y observación.

El primer apartado se elaboró considerando, algunos de los factores condicionantes básicos de la teoría de Orem como edad, género, datos generales como la ocupación, escolaridad y diagnóstico médico.

El segundo apartado, constituye la parte medular del instrumento porque contiene los ítems referidos a conocimientos y habilidades, contruidos a partir de la teoría del Déficit de Autocuidado de E. Orem y focalizados en los pacientes respecto del autocuidado preventivo de su venoclisis y los atributos señalados con antelación, que el paciente debe poseer para llevar a cabo el cuidado preventivo para la detección oportuna de complicaciones de la venoclisis, es decir que tanto sabían sobre el cuidado de su propia venoclisis durante el periodo de su hospitalización.

Los resultados de la aplicación directa del instrumento fueron considerados como fuente primaria de obtención de datos, la técnica de observación es

considerada también en el instrumento ya que, en éste se registraron datos observables por el mismo paciente o de manera contractual con la enfermera, es decir, la existencia de un compromiso previamente pactado por ambos protagonistas del cuidado de la venoclisis, una vez que aquella ha aplicado el sistema de apoyo educativo o la intervención de enfermería lo que permitió a los pacientes conocer las complicaciones más frecuentes que potencialmente

pueden aparecer durante el tiempo que una venoclisis es aplicada y permanece como parte de su tratamiento.

El tercer apartado refiere siete aspectos relacionado con las condiciones físicas del paciente y datos de la instalación de la venoclisis.

### **Validez y Confiabilidad del instrumento INMCAPV**

La *confiabilidad*, y *validez* de contenido se desarrolló, a partir del análisis de los constructos derivados tanto de la TDéFA, y de la técnica de venoclisis observando la concordancia de los datos obtenidos con la realidad, y del contenido del instrumento; trabajo realizado con la participación de tres enfermeras expertas en la aplicación y vigilancia del procedimiento de venoclisis, de las cuales dos son conocedoras de la TDéFA.

Con el propósito de valorar, si la calidad de las preguntas instrumento “INMCAPV” era bien entendida por los pacientes, las expertas llevaron a cabo 4 revisiones del contenido y una primera prueba piloto del instrumento a una muestra representativa de 15 pacientes elegidos aleatoriamente en un hospital público con características semejantes al hospital donde se aplicó de manera formal. Con los resultados de la aplicación del instrumento mediante técnica de entrevista y observación se somete a una primera prueba de confiabilidad, en la que se obtuvo una índice Kuder Richardson por debajo del límite requerido y junto con las observaciones de estructuración y orden de los ítems, se procedió a reestructurar nuevamente instrumento, eliminando todos los ítems de motivación, debido a que no hubo variabilidad en sus respuestas, interpretando que todos los pacientes tienen la disposición y actitud de autocuidar su venoclisis para prevenir complicaciones; se reestructuraron algunos ítems para mejorar su comprensión y se cambió el orden de presentación de otros 3 ítems. Volviendo entonces a aplicar una segunda prueba a una muestra de 10 pacientes hospitalizados y nuevamente, con los

resultados de esta aplicación se calcula el índice de confiabilidad Kuder Richardson<sup>1</sup> la cual arrojó como 0.74 este resultado, permitió verificar la homogeneidad o consistencia interna de los cuestionamientos del segundo apartado del instrumento, interpretándose como las preguntas y sus respuestas estaban midiendo apropiadamente, el fenómeno capacidades de autocuidado habilidades y conocimientos del paciente hospitalizado y su relación con la venoclisis.

### **Descripción del instrumento INMCAPV:**

Se trata de un cuestionario ex profeso integrado por tres apartados, el primero relacionado con algunos FCBs, como son, la edad, género identificados en la TGDéfAC de Orem, y con datos generales ocupación escolaridad así como diagnóstico médico, esto suman 5 ítems.

El segundo apartado lo conforman 15 ítems que son la parte medular del instrumento ya que, al igual que los FCBs emergen de la relación entre la TGDéfAC, y el procedimiento de venoclisis. Dichos cuestionamientos refieren los atributos de la capacidad de autocuidado del paciente, las habilidades y conocimientos individuales de las personas las cuales se han descrito en términos de desarrollo operatividad y adecuación de los poderes que poseen las personas y su conexión estrecha con la técnica de venoclisis.

Para cada ítem se presenta una serie de cuatro opciones de respuesta con los incisos a, b, c y d.

El tercer apartado está integrado por 7 ítems, se plantea para indagar los datos específicos de la instalación de la venoclisis, localización anatómica, fragilidad venosa, identificación de signos y síntomas de complicaciones por parte del paciente de manera contractual con el agente de autocuidado dependiente o enfermera. Fecha de instalación, retiro del catéter, fármacos considerados agresivos comúnmente empleados durante la terapia. La conveniencia de la integración de esta última parte está en, que puede ser utilizado en futuras investigaciones.

### **Conclusiones:**

Cuando los instrumentos requeridos para medición de variables son inexistentes, su diseño requiere de una profunda y continua reflexión con respecto a las variables determinadas en un estudio de investigación, de tal manera que estas deban coincidir con sus definiciones tanto conceptuales como operacionales, situación que implica para la persona que investiga avanzar y retroceder en los mismos, hasta obtener información clara y concreta de suficiente calidad. No obstante deben ser estructurados y revisados las veces que el investigador lo considere conveniente. Por otro lado deben ser sometidas a pruebas rigurosas, que permitan obtener su confiabilidad. La validez también importante para el presente instrumento debe ser revisada, tanto en su contenido como en su constructo por expertos en el ramo. No debemos olvidar que, tanto el diseño como la implementación de instrumentos para la investigación requieren considerar limitación, disponibilidad accesibilidad de recursos en particular cuando se requiere

de mediciones biofisiológicas en las cuales se utilizan instrumentos de alto costo. La obtención de herramientas de medición con un grado de precisión aceptable estadísticamente permite a las personas involucradas en la disciplina de enfermería contar con instrumentos válidos y confiables, susceptibles de ser utilizados en futuras investigaciones.

### **Referencias bibliográficas**

<sup>1</sup> Orem Dorotea E., Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica 4ª. Ed.Masson Salvat. Barcelona España 1993. 90-93

<sup>1</sup> Haley, RW. White JW The financial Incentivfor hospital to Prevent Nosocomial Infections under Prospective Palament Sistem. A Determination from a Nationally Representative Sample. 1994 Jama 257:1611 -14 pp.

<sup>1</sup> Rodríguez -Meza María del Carmen, Díaz Guerrero Rosalina Venocllisis y Autocuidado Desarrollo cientif. Enferm. Mex. Vol 12, Sep. 2004 N.8.

<sup>1</sup> Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) sistema de operación Médico Operativo (SIMO) Área de Información Médica y Archivo clinico (ARIMAC) Celaya Gto.2009

<sup>1</sup> Salas-Campos L, Fernández Mansilla M. Estudillo Pérez V. Medicamentos listos para usar Rev ROL enf. 2006; 29(9): 585-590.

<sup>1</sup> J. Alegre Rocío, León o. J. Flebitis en catéteres venosos periféricos Med. Clin.(Barc) 1997; 108: 638-639

<sup>1</sup> Silveira, R. Al, Quintans J, M. García JM, Pintos García M. Complicaciones de la Terapia Intravenosa como causa de prolongación hospitalaria Enf. Cient. 1992 118:20-1.

<sup>1</sup> Sebastián Viana, Tomás; Núñez Crespo, Fernando; González Ruiz, José Miguel Prevalencia de efectos adversos relacionados con dispositivos intravasculares periféricos. Evidentia 2010 ene-mar; 7: (29).

<sup>1</sup> Rodríguez-Meza MC, Díaz-Guerrero R. Capacidad de Autouidado de los pacientes con venocllisis con apoyo educativo de enfermería. Rev Enf. IMSS Mex Sep. Vol 17 no. 3 Sep. – Dic. 2009 123-25 pp.

<sup>1</sup>Anderson David R Estadística para administración y Economía Internacional 8ª. Ed. México Thompson 2004 308-661 pp.

## Calidad de vida de la persona adulta mayor en el área urbana

María de Guadalupe Navarro Elías [guadalupenavarroelias@yahoo.com.mx](mailto:guadalupenavarroelias@yahoo.com.mx)

Zoila Esperanza Leiton Espinoza [zoilaleiton@yahoo.com](mailto:zoilaleiton@yahoo.com)

Ma. Guadalupe Ojeda Vargas [ojedal@ugto.mx](mailto:ojedal@ugto.mx)

Maritza Villanueva Benítez [maritzavilla59@hotmail.com](mailto:maritzavilla59@hotmail.com)

### Resumen

La calidad de vida (CV) del adulto mayor (AM) se ve comprometida por los cambios en sus funciones afectando, la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, la CV del AM es un compromiso para enfermería por lo que se planteó la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana y los factores: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, morbilidad sentida, función cognitiva, acceso a los servicios sanitarios e ingresos económicos? Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, se trabajara con AM que acuden a 3 centros de atención formales con el objetivo de Determinar la relación que existe entre la calidad de vida de las personas adultas mayores con edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, morbilidad sentida, función cognitiva, acceso a los servicios sanitarios e ingresos económicos en el área urbana, se diseñó un instrumento integrado por 4 áreas, obteniendo un alpha de cronbach de 0.7, el estudio se encuentra en la etapa de recolección de datos.

**Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, factores cognitivos**



## **Antecedentes y justificación del problema.**

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad en distintas partes del mundo produjeron en los últimos 20 años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa al envejecimiento como uno de los principales problemas del siglo XXI, dado a que está comprometiendo enormemente la calidad de vida de los adultos mayores y lo seguirá haciendo sino no se toma en cuenta que ellos son también actores sociales de desarrollo y del progreso de los pueblos (Goleman,2001).

Las predicciones demográficas indican que para el año 2050 el grupo de Adultos Mayores superará al de 14 años y menores, En América Latina la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2050 será de 3.5%, tres veces mayor a la población total. En México, este grupo etario suma 7.9 millones y representa el 7.5% del total de la población. La esperanza de vida radica en 74.8 años, 72.4 años para hombres y 77.2 para mujeres (Guzmán, 2009). Por lo que, esta población se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, con enormes implicancia sociales, económicas y políticas que van a influenciar enormemente en su calidad de vida.

El envejecimiento no es un fenómeno común en naturaleza, sino un producto de la civilización y es un proceso en el desarrollo propio de la especie humana, y la vejez es la última etapa donde se identifica a la persona adulta mayor, es decir aquella de 60 años y más (Rodríguez ,2007). Por lo que las que las personas mayores han de continuar con un nivel de participación y actividad en su cuidado que es esencial para vivir de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida (Villalobos, 2007:)

La Calidad de Vida, actual es caracterizada por un aumento en la longevidad, y no está necesariamente asociada a mejor calidad. Hablar de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de las personas. Sin embargo es frecuente que se dejen de lado estos aspectos.

Dentro del área de la salud, calidad de vida se define como la percepción que la sociedad tiene respecto de las condiciones globales de vida y que los traduce subjetivamente en sentimientos de

bienestar, satisfacción, insatisfacción, felicidad o infelicidad. (Cárdenas, 2001: 35-40). En este contexto se inscribe la necesidad de conocer la calidad de vida del adulto mayor.

En la actualidad el viejo ya no puede trabajar ya que legalmente no debe hacerlo y procede la jubilación, que si bien para muchos es una etapa de descanso y relajación para la gran mayoría sufre un problema de empobrecimiento, ya que no es sujeto de una pensión, (63.3% según INSEN 2010) y deberá sobrevivir con lo que a los hijos, familiares o amistades le puedan proporcionar lo necesario para sobrevivir (Goleman ,2001).

La función intelectual de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas (Varela 2004).

La calidad de vida en el adulto mayor es un compromiso social en el que la enfermería está involucrada y por su puesto comprometido con esa población, situación que amerita investigarse, por lo que al contar con poca producción científica sobre este tema, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida de la persona adulto mayor en la zona urbana y los factores: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, morbilidad sentida, función cognitiva, acceso a los servicios sanitarios e ingresos económicos?

## **Marco teórico**

### **Envejecimiento**

La población adulta mayor ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. De acuerdo a la Asamblea del Envejecimiento realizada en Viena,

Austria en (1985), se estableció que un individuo es considerado como Adulto Mayor (AM) a partir de los 60 años de edad.

Envejecimiento se conceptualiza como un proceso, es decir un conjunto de transformaciones o cambios que ocurren en una persona a lo largo de su vida; es por tanto la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

### **Cambios Anatómo- fisiológicos en el envejecimiento**

Durante el envejecimiento se producen cambios en los órganos o sistemas y por tanto en su función, entre ellos se encuentran: Disminución en un 40% de las células que efectúan la función de los diferentes órganos y/o sistemas así como de su capacidad de reserva; Aumento del número de células que constituyen el tejido conectivo; Disminución de la cantidad de agua, especialmente intracelular hasta un 40%; Disminución de las capacidades de reserva de los diferentes órganos o sistemas.

### **Cambios psíquicos en el envejecimiento**

La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento supone cambios en el comportamiento, donde se hace presencia la actitud conservadora y en donde aparece un sentimiento de miedo e inseguridad; cambios en la autopercepción en donde hay un descenso de la autoestima relacionado con la pérdida de autonomía y cambios de reacciones específicas en que el adulto mayor se adapta de forma diferente a las nuevas situaciones que se dan en su entorno (Said, 2007)

### **Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud ha estado constantemente en la búsqueda del desarrollo de acciones que favorezcan la salud, con el fin de mejorar y elevar la calidad de vida de quienes padecen una enfermedad, lo cual se ha convertido en uno de los objetivos principales de las diferentes disciplinas de salud. Para la disciplina de enfermería se vuelve una prioridad, contar con estrategias definidas para brindar un cuidado holístico.

El concepto de Calidad de Vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida y un grado de bienestar y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción de necesidades individuales.

La calidad de vida según la OMS (1994) es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

## **Marco empírico**

Urzúa ( 2008), evaluó la calidad de vida y su relación con factores biopsicosociales en 240 participantes chilenos, 120 de los cuales vivían con una patología médica crónica prevalente en Atención Primaria de Salud. El principal instrumento utilizado fue el HOQoL-Bref de la OMS, no encontró relación entre la calidad de vida y el sexo, el apoyo social objetivo y el tiempo viviendo con la enfermedad. (Urzua 2008:207-214)

García, Pinellad y Peiróa (España, 2006) estimaron los pesos de calidad de vida para España mediante un modelo PROBIT ordenado en el que el estado de salud autopercebido se relacionaba con la presencia de enfermedades crónicas, características demográficas y un error aleatorio, y normalizado a partir de una transformación de los estimadores obtenidos en el modelo. Los hallazgos indicaron que la calidad de vida asociada con las enfermedades crónicas difiere según cuáles sean éstas. (García 2006)

En el ámbito regional, Calso y colaboradores (Calso 2003:47-68) condujeron un estudio con la finalidad de describir áreas de fragilidad y contextos de desarrollo satisfactorios, y contrastar dimensiones de calidad de vida en mayores con diferentes realidades socio-ambientales, compararon mayores de Iquitos y Sevilla que acceden a espacios geronto- comunitarios públicos, encontrando diferencias entre los grupos en cuanto a la disparidad de enfermedades con que los mayores de cada ciudad se ven afectados, los Iquiteños tienen más prevalencia en problemas de tipo nutricionales digestivos y cardiovasculares; detectaron que modelos gerontológicos de valoración integral y equipos transdisciplinarios parecen aportar conocimiento

socio-sanitario sobre la calidad de vida de personas mayores en espacios culturales diferentes. González y Padilla (México, 2006) realizaron una investigación para describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos. Los resultados muestran que el 63,9% padece alguna enfermedad, principalmente crónico-degenerativa (53,9%). La calidad de vida fue significativamente diferente para los enfermos vs no enfermos ( $t=-4,38$ , g.l. = 184,  $p<0,000$ ), Se concluye que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última.

### **Objetivo general:**

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida de las personas adultas mayores con edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, morbilidad sentida, función cognitiva, acceso a los servicios sanitarios e ingresos económicos en el área urbana

### **Objetivos específicos**

- Conocer el nivel de calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- Conocer la edad de las personas adultas mayores de un área urbana
- Conocer el sexo de las personas adultas mayores de un área urbana
- Conocer la escolaridad de las personas adultas mayores de un área urbana
- Conocer la ocupación de las personas adultas mayores de un área urbana
- Conocer el estado civil de las personas adultas mayores de un área urbana
- Identificar la morbilidad sentida de las personas adultas mayores de un área urbana
- Determinar el acceso a los servicios sanitarios de las personas adultas mayores de un área urbana
- Determinar el ingreso económico de las personas adultas mayores de un área urbana
- Valorar la función cognitiva de las personas adultas mayores de un área

- urbana
- Determinar la relación entre calidad de vida y la función cognitiva de los adultos mayores en un área urbana.

## **Hipótesis**

- A mayor edad menor calidad de vida
- A mayor escolaridad mayor calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- A mayor ocupación mayor calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- Ser varón aumenta la calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- Ser casado (vivir juntos) aumenta el nivel de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- A menor morbilidad sentida aumenta la calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- A mayor acceso a los servicios sociosanitarios mayor calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- A mayor ingreso económico mayor calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana
- A mayor función cognitiva mayor calidad de vida de las personas adultas mayores de un área urbana

## **Diseño de investigación**

Es una investigación de tipo descriptivo, observacional, correlacional.

**Población y Muestra:** Para el cálculo del tamaño muestral se tomara en cuenta el número de personas mayores inscritas o que asisten en forma regular a los centros mencionados durante el año 2010-2011 (tabla 1)

Edad	Femenino		Masculino		Total
	60 a 74 años	75 años a mas	60 a 74 años	75 años a mas	
Centro Gerontológico	40	10	30	5	85
INAPAM	25	8	20	7	60
ISSSEG	15	3	5	2	25
TOTAL	80	21	55	14	170

Fuente: estadística de centros de atención al adulto mayor

**Criterios de inclusión:** Personas  $\geq$  60 años de edad, que acepten participar voluntariamente en el estudio, que pertenezcan a: Centro Gerontológico Xochipilli, Grupo de adultos mayores DIF y Grupo INAPAM, aquel que tiene una antigüedad de 3 meses o más de pertenecer al centro

**Criterios de exclusión:** Personas que sean dependientes de otro individuo para su cuidado, personas que no acepten participar en el estudio, personas que no contesten los cuestionarios, anulación del consentimiento informado, personas que deciden retirarse del estudio

**Instrumento:** Se utilizará el instrumento construido por la investigadora, que consta de 5 partes: **Datos de Identificación** (No. De cédula, fecha), Factores predictores de calidad de vida, referidos a: (Edad, Sexo, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Ingreso económico, Servicio de salud con que cuenta, Morbilidad sentida ; **Cuestionario de la función cognitiva**, Es un instrumento conformado por 25 ítems, que valoran diferentes aspectos cognitivos; **Cuestionario de Calidad de vida (Short-Form, SF-36)**, Uno de los instrumentos genéricos validado en español es el cuestionario SF-36,10-13 desarrollado en Estados Unidos. Incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas: funcionamiento físico (ff), desempeño físico (df), dolor corporal (dl), desempeño emocional (de), salud mental (sm), vitalidad (vt), salud general (sg) y funcionamiento social (fs) y uno adicional, el *cambio de la salud en el tiempo*.11, 13, 14 y la **Escala de apoyo familiar**, Consta de 3 áreas: Apoyo Afectivo (4 ítems), Apoyo a la estima (3 ítems),

Apoyo instrumental (3 ítems). Para obtener la confiabilidad de los instrumentos se consideran 2 ya validados y aplicados en población mexicana con un alfa de cronbach de 0.7

**Procedimientos:** Se realizó la validación del instrumento. Una vez autorizado, se realizó el procedimiento para la recopilación de la información. Se recopila la información en una base de datos. Los resultados obtenidos se analizarán por medio de la estadística descriptiva y se procesará en el programa EPIINFO y SPSS/PC y comparan con la hipótesis planteada. Al término de la investigación se realizará una reunión de información de resultados a la población. Se utilizará estadística analítica a través del análisis estratificado (AICV) corregido por la variable de confusión (nivel socioeconómico); para las variables categóricas, se presentarán con frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas, medias y desviación estándar. Para probar hipótesis se utilizará correlación múltiple que nos permita identificar la relación entre las diferentes variables. Para la prueba de hipótesis se utilizará la prueba de chi cuadrada ( $X^2$ ).

**Consideraciones éticas :** El presente estudio se realizará tomando en cuenta los aspectos éticos contenidos en la Norma Internacional llamada Declaración de Helsinki, La ley General de salud y el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. En el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SSA, 1987) que incluye aspectos éticos de la investigación en seres humanos (título segundo) en los artículos 13, 17 y 23 donde menciona la prevalencia del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar; el consentimiento informado protegiendo la privacidad del individuo, teniendo libre elección de participar o abandonar el estudio en el momento en el que lo considere conveniente sin coacción alguna.

Se considera una investigación de riesgo mínimo (capítulo I, artículo 17, fracción II, dado que el registro de datos se realizará a través de procedimientos comunes, solo se aplicará un instrumento escrito y no se realizarán intervenciones que pongan en peligro la vida del paciente o su integridad física, emocional y psicológica.

## **Referencias bibliográficas**

Calso J.; Villanueva M.; Flores E.; Pérez P.; Fernández L. y Velázquez M (2003). *Estudio*



*comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). Revista de Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha; 2 (1): 47-68.*

Cárdenas V. Salazar B. (2001) *El adulto Mayor y su Calidad de Vida*. Revista Desarrollo Científico de Enfermería; vol. 9 (2): 35 – 40

Fernández-Ballesteros, Rocío, *Vivir con Vitalidad: Cuide su Mente*, 2002

García-Altés, A.; Pinillad J.; Peiró S. (2006). *Aproximación a los pesos de calidad de vida de los «años de vida ajustados por calidad» mediante el estado de salud autopercebido.*

Goleman Daniel. (2001) *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairos.

González-Celis A.y Padilla A. (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 501-509.

Guzmán J. *Envejecimiento y desarrollo en América Latina*. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE). Serie 28. Población y Desarrollo [fecha de acceso 14 de enero de 2009]; disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/población/7/LCL1737P/serie28.pdf>

INEGI. *Consejo Nacional de Población. La situación demográfica y México 2006* [fecha de acceso 14 de Junio de 2011]; disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/SDM2011.pdf>

Ley General de Salud, título quinto Investigación para la salud. Capítulo único. Artículo 100, 2005 (consultado el 16/05/05), disponible en <http://tareaweb.com/data/leyes/leyinfo/150/101.htm>

OPS/OMS *Salud de los Adultos en Las Américas*. Wash. D.C. EUA 1992 pp13-14

OPS/OMS *La Salud de los Ancianos: una preocupación de todos*. Comunicación para la Salud no. 3 Wash. D.C. EUA. 1992, pp 5, 6.

Said Edward W. (2007) *Representaciones del intelectual*. Madrid. Debate.

Urzúa A. (2008) *Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas*. Ter Psicol. 26 (2) pp. 207-214.

Villalobos S.C., Pineda R., L. Teresita., C. Ortiz. *Estilo de vida y factores de riesgo para desarrollar diabetes en el área rural*. *Desarrollo científico de enfermería*. Vol.15 No. 5 Junio 2007.Pp. 208-211

## **Efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución del uso de drogas, en adolescentes**

Marcela Ortega Jiménez [ormaji@hotmail.com](mailto:ormaji@hotmail.com)

Ana María Padilla Aguirre [anyta50@hotmail.com](mailto:anyta50@hotmail.com)

María de Lourdes García Campos [lourdesortizosorio@yahoo.com.mx](mailto:lourdesortizosorio@yahoo.com.mx)

### **Introducción**

Un factor identificado que influye para el uso de drogas en los adolescentes, es el desconocimiento de los efectos adversos, es de interés identificar como es el efecto de la enseñanza de enfermería en el uso de drogas.

### **Justificación**

Un estudio demostró que el 44% de los jóvenes entre 16 y 29 años habían utilizado drogas alguna vez en su vida son de los niveles más altos en Europa y parecidos a los de Australia, Canadá y los Estados Unidos.(1) Según la OMS, en Argentina 2,5 millones de personas beben alcohol, la edad de inicio es de entre 11 y 12 años, el número de fumadores va en ascenso en América latina y África. (2) Cada año mueren 40.000 por la adicción al tabaco, se estima que en el 2030 fallecerán 10 millones de personas. (2) México se ubica entre los países de más baja tasa de consumo, por debajo de Estados Unidos, Argentina, Chile, Colombia y Brasil, pero reporta incremento, con respecto a otros años. (3)

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008, menciona aumento en un 50%, el número de personas que consumen drogas ilegales en México. (3) Los Centros de Integración Juvenil en México (CIJ), menciona, de 3.5 millones paso 4.5 millones de personas que han probado alguna

vez droga y 465 mil. El Consejo Tutelar de Menores (CTM) reportó durante el año 2007 que el 93% de los detenidos eran hombres. (5)

El Servicio Médico Forense (SEMEFO), en el 2008, en el estado de Guanajuato las defunciones bajo algún influjo de droga conforma el 20.7%. (5)

El año 2000, Morín Casares SZ, desarrolló un estudio en Monterrey N.L., en adolescentes farmacodependientes, su muestra fueron 113 sujetos, y se encontró que más de la mitad tenía deficiencia en el conocimiento respecto a los efectos nocivos de las drogas y la propia Farmacodependencia, pero un 88% de ellos sabían que podían producir trastornos mentales.( 6)

En el año 2004 Hernández A. y García-Campos ML, desarrollaron un estudio en Oaxaca, basado en la Teoría de sistemas de Dorothea E. Orem, el cual se dirigió a una población de 40 personas consumidoras de alcohol entre 20 y 60 años, a las que se les impartió un programa de apoyo educativo de enfermería, en el que se observó después de la intervención, un aumento en las capacidades de autocuidado de los consumidores del alcohol con un puntaje de 50.02 a 59.30 (7)

En el 2004 un estudio realizado por Rosales Cedillo F. y García –Campos ML, demostraron que la promoción de la salud fomenta el estilo de vida saludable en adolescentes de educación secundaria, fumadores y no fumadores, este estudio se efectuó en 42 estudiantes de 1° de secundaria, en el que se midió características socio demográficas y dimensiones del estilo de vida, entre estos aspectos el conocimiento respecto a la adicción, se concluyó que la intervención de enfermería con la promoción de la salud fomento el estilo de vida saludable de la población adolescente estudiada. (8)

En el año 2007 Jiménez V y Hurtado- Vázquez I. realizo un estudio en la ciudad de Michoacán, basado en la Teoría de Sistemas de Dorothea E. Orem, para determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en conocimientos habilidades y motivación en cuidados maternos en 11 adolescentes primíparas, relacionando apoyo educativo de enfermería y conocimientos, se identificó aumento en el nivel de estos además de habilidades y motivación, en los cuidados que otorga al hijo posterior al programa educativo. (9)

En el 2008 Yam Quijano L. y García- Campos ML, realizo un estudio sobre las Influencias interpersonales y situacionales del uso de drogas en escolares de 5° y 6° de primaria de una colonia urbana de Mérida, Yucatán, y se identificó que los escolares se encontraban protegidos por influencias interpersonales, 128 de 202 representadas por la familia y escuela, a pesar de

desarrollarse en un ambiente con múltiples factores de riesgo, y esto podría fomentar conductas promotoras de salud. (10)

En el año 2008, se implementó un programa de salud con referencia Teórica del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en la reducción del uso de alcohol en jóvenes universitarios por Salas SC, Padilla-Aguirre AM, en 192 estudiantes inscritos en la Universidad Autónoma de Yucatán, en el que se identificó que el programa de salud es efectivo en reducir el consumo de alcohol particularmente en la cantidad de ingesta y aumenta sensibilidad para buscar ayuda a alguna institución. (11)

Hernández. Ma. J. y Casique –Casique L, realizaron un estudio en la ciudad de Querétaro, en el que la intervención educativa de enfermería para favorecer la capacidad de autocuidado para realizar ejercicio y manejo de estrés del joven adicto, con una muestra de 18 jóvenes entre 19 y 25 años, se observó que la intervención educativa favorece la capacidad de autocuidado del joven adicto. (12)

Por todo lo anterior el disminuir el uso de drogas, mejora la calidad de vida, mediante el uso recursos humanos preparados, y capacitados, a través de la enseñanza a otro (enfermera-adolescente) de conocimientos científicos, por profesionales de la salud que conformarán una agencia de enfermería.

En esta ocasión se dará un enfoque bajo la perspectiva de la teoría de Dorothea E.Orem y de la misma manera fortalecer el cuerpo académico —Enfermería en el fenómeno de las drogas□ de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, campus Celaya-Salvatierra.

En el estado de Guanajuato como en todo México, el uso de drogas aumenta en adolescentes, obligando a la población y a los sistemas de salud, a buscar alternativas para disminuir este fenómeno que trae problemas orgánicos, psicológicos y sociales, que pueden llevar al adicto a la muerte.

Por lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el efecto de la enseñanza de enfermería en el uso de drogas de los adolescentes de la Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto?

## **Marco teórico**

Para la presente investigación se utilizara el método de ayuda enseñar a otros, la enfermera emplea los principios de enseñanza-aprendizaje, para desarrollar el conocimiento, las habilidades o la motivación del paciente, que es capaz de ejecutar acciones de autocuidado pero requiere de un guía, esta ayuda puede ser de apoyo, orientación y/o educación, el objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la población que se ofrecen en las facetas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación, de la salud, los cuidados se prestan en su mayoría en un sistema apoyo educación, donde refiere Orem, el usuario es capaz de realizar las medidas de autocuidado, es hacer responsable al individuo, de su propia salud, ofreciéndole mecanismos, y recursos que le permita manejarlo con eficacia.( 13).

En el presente estudio se planteó la siguiente **hipótesis**: La enseñanza de enfermería disminuye el uso de drogas en los adolescentes de educación secundaria y como objetivo determinar el efecto de la enseñanza de enfermería en la disminución el uso de drogas en adolescentes de educación secundaria (de Cortázar, Gto).

## **Metodología**

Se empleó el tipo de estudio Cuantitativo y Correlacional, con diseño metodológico, Cuasi experimental, con límites de estudio la Colonia Cerrito Colorado, Cortázar, Gto. En el periodo, Junio 2008- Junio2009. Como universo se tomó la población del estudio constituida, por aquella que se encuentre bajo el contexto de adolescente de educación secundaria, la muestra se constituyó por los adolescentes de educación secundaria, de la Colonia Cerrito Colorado de Cortázar, Gto., el tamaño de muestra se conformó por disponibilidad.

Para el grupo experimental: Los Criterios de inclusión fueron alumnos de educación secundaria inscritos en el periodo junio 2008- julio 2009, que consuman drogas o lo hayan hecho. Que acepten participar en el estudio voluntariamente (anuencia). Consentimiento informado debidamente firmado por el tutor. Los Criterios de exclusión: Adolescentes de educación secundaria con algún trastorno psicológico. Adolescentes de educación secundaria, que en el momento de las pruebas este bajo influjos de drogas. Los Criterios de eliminación: Estudiantes que no acudan al programa de salud. Que no deseen continuar en el estudio.

Para el grupo control: Los criterios de inclusión: Alumnos de educación secundaria inscritos en el periodo junio 2008- julio 2009, que consuman drogas o lo hayan hecho. Que acepten participar en el estudio voluntariamente (anuencia).Consentimiento informado debidamente

firmado por el tutor. Los criterios de exclusión: Adolescentes de educación secundaria con algún trastorno psicológico. Adolescentes de educación secundaria, que en el momento de las pruebas este bajo influjos de drogas. Criterios de eliminación: Que no deseen continuar en el estudio.

Se usaron como variables las variables descriptivas: Edad, Genero, Escolaridad, Estado civil y como variable de estudio: Uso de drogas

Se utilizó como instrumentos: Q1 como prueba diagnóstica, validado en el 2002 y modificado en el 2009 por las mismas autoras M.C.E Ma. Lourdes García Campos y Lic. Marcela Ortega Jiménez y Q2 para identificar drogas y uso: Basado en el Cuestionario para Adolescentes, con el objetivo de identificar el uso de drogas en adolescentes, este último se aplicó a los 6 días posteriores a la intervención educativa mediante el curso impartido al grupo experimental denominado □Drogas y su efecto nocivo en el organismo□, y a los 12 meses la segunda medición. Es un instrumento eficaz y autoaplicable con consistencia interna del .879 en base a Alpha de Crombach. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17, para Windows, describiendo las variables demográficas por medio de tablas de frecuencia, rangos medias y desviaciones estándar, según el tipo de variable.

El cambio de valor de la media entre los grupos nos mide el tamaño del efecto de la intervención por lo tanto se utilizó para probar la hipótesis la prueba de t de student para comparación de medias en grupos relacionados y no relacionados según el caso, con un nivel de significancia de  $p < .05$ , pero al no cumplirse los supuestos para esta prueba se utilizaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon para muestras dependientes, y Mann-Whitney para muestras independientes.

En el presente estudio se tomó en cuenta consideraciones éticas y legales, por medio de ellas se consideró como una investigación de riesgo mínimo.( 15, 16), conforme al principio de respeto a la dignidad humana, se le informó a los sujetos sobre los objetivos de la investigación.(15, 16), se les proporcionó una carta para firmar el consentimiento informado por el tutor, para la autorización.(15,16), en cuanto al principio de justicia se dio un trato justo amable y respetuoso.(15,16), se garantizó al individuo las más estricta confidencialidad de la información.(15, 16), se respetó el principio de equidad y libertad, se les otorgó la misma oportunidad a todos los sujetos de participar y retirarse del estudio en el momento que lo desearán. (15, 16)

## Resultados

De los 92 adolescentes identificados como consumidores: Edad.- 14.0  $\pm$  1.4 años, Género.- Masculino 50% y femenino de la misma forma, Escolaridad.-Predomino el 3° de secundaria en un 48.9%, Estado civil.- soltero 83.3%, seguido de unión libre con un 4.3%, pero para el presente estudio se encuestó a 65 estudiantes de secundaria que consumen 130 de 202 drogas, que aceptaron participar en el estudio, distribuidos en 2 grupos: experimental (GE) n=30 y control (GC) n=35, pero hubo 5 deserciones dentro del grupo experimental, quedando este en n=30. A continuación se describe el grupo experimental y el grupo control, se mencionan primero los resultados del grupo experimental y después los del control, haciendo comparaciones entre ambos grupos: Edad.- 14.33  $\pm$  1.1 años (rango de 12 a 16 años) vs 14.13  $\pm$  1.5 años (rango = 12 a 17 años). Género.- en el primer grupo predominaron los hombres: 68.5% vs 68.5% de mujeres en el segundo grupo, estado civil: solteros 83.3.6% vs 100%. Los porcentajes son muy similares lo que nos indica que las condiciones de los dos grupos, al inicio del estudio son similares.

En la frecuencia de uso de drogas, se observó en tabaco una disminución posterior a la intervención de enfermería en las dos mediciones, de 6.7 pasa a 1.7, se mantuvo en 1.7% en la tercera medición, en la ingesta de una copa completa de alcohol de 6.7 paso a 8.3 y se mantuvo, en los últimos 12 meses. En los últimos 30 días, el uso de éxtasis de 0 paso a 1.7 y se mantuvo en 1.7%. E en alguna vez en la vida, las Anfetaminas de 10 paso a 5 de este a 6.7%, tranquilizantes de 18.3 a 10 y 10%, marihuana de 10 a 8.3 y 8.3%, sedantes de 10 a 5 y se conservó en 5%, éxtasis de 5 a 3.3 y 3.3%, cristal de 5 a 1.7 y 1.7%, esteroides de 5 a 3.3 y 3.3%, así como la ingestión de una copa completa de alguna bebida que contenga alcohol de 43.3 a 40% en la tercera medición, mostro una disminución de uso. En la medición de la intervención de enfermería, posterior a el programa de educativo esto a los 6 días y a los 12 meses, se identificó en la frecuencias de ingesta de una o más copas de alcohol, en el último año una disminución en las 2 mediciones, en el lapso de 1ª 3 veces en el último mes de 26.7 paso a 20 y se mantuvo en 20%, de la misma manera en la opción una o más veces en la última semana de paso de 18.3 a 13.3 y posteriormente disminuyo a 10.0%. También se identificó una disminución en la cantidad de uso cigarro de 1-5, paso de 35 a 36.7, posteriormente paso a 26.7 % de uso, así como de 6 a más cigarrillos fumados al día paso de 6.7 a 5.0 y se mantuvo con el mismo porcentaje en la tercera medición.

Se observó una disminución en la cantidad de consumo de droga de 1 a 5, en Anfetaminas de 8.3 a 6.7 paso a 5.0% de usuarios, Tranquilizantes de 11.7 a 11.7 y 10%, Marihuana de 11.7 a 10 y 10%, Alucinógenos de 0 paso a 1.7 y disminuyo a 0%, Inhalantes de 13.3 a 5.0 y 1.7%, Heroína de 0 a 1.7 y 1.7%, Éxtasis paso de 5.0 a 0 y 0%, Cristal 5.0 a 1.7 a 0%, en la cantidad de 6 a 10 hubo una disminución de usuarios de Cocaína de 1.7 a 0 y 0%, Esteroides de 1.7 a 0 y 0 %, en de 11 a más se encontró una disminución en tranquilizantes de 1.7 a 0 y 0. 5%, en el mismo porcentaje, Marihuana, Inhalante y Heroína.

Para el análisis estadístico de la hipótesis, no se cumplió los supuestos necesarios, utilizando pruebas no paramétricas, la prueba de Wilcoxon, para comparar grupos dependientes y Mann-Whitney para grupos independientes.

Comparación de grupos dependientes (Prueba de Wilcoxon).

Se muestra aquellas variables que alcanzaron mayor significancia, identificando un valor de p significativo en la comparación de la primera y tercera medición dentro del grupo control, siendo sin interés para el estudio, porque este grupo no recibió intervención, las comparaciones dentro del grupo experimental no muestran, diferencias estadísticas significativas en ninguna comparación de las mediciones.

Comparación de grupos independientes (Prueba de Mann-Whitney).

Los resultados de la primera medición antes de la intervención, nos indican que las variables de estudio mantuvieron una distribución de valores igual, es decir, al inicio del estudio los grupos son semejantes, en la segunda medición estas distribuciones similares se mantuvieron al no observarse ninguna significancia es menor a .05, por lo tanto la intervención no tuvo el efecto esperado de disminuir el uso de drogas, lo mismo ocurrió en la tercera medición no hubo diferencia.

## **Discusión**

El uso de drogas por adolescentes de educación secundaria, es un problema de salud, que implica repercusiones significativas en el adolescente la familia y la sociedad en general, lo que requiere un cambio permanente y de compromiso en el cuidado de la salud, para minimizar las complicaciones físicas, emocionales y económicas que esta pueda producir.



La educación en salud es necesaria para adquirir conocimientos, esto fundamentado en la teoría General de Auto cuidado de Dorothea E. Orem, subteoría de los sistemas de enfermería, sistemas apoyo- educación, método de ayuda enseñar a otro. La idea central de esta teoría, está basada en que los seres humanos experimentan cambios de integridad estructural, funcional o de desarrollo.

131 de 202

En este estudio se observó que la edad de los adolescentes de educación secundaria que usan drogas osciló entre los 12 y los 17 años de edad, en hombres y mujeres, así como que las drogas más usadas fueron el tabaco y el alcohol. Resultado similar reporta el coordinador regional de la zona centro occidente de los Centros de Integración Juvenil en México (CIJ), mencionó que se identificó que la disponibilidad de droga afecta en su mayoría a los menores, el promedio de edad de los consumidores oscila entre los 12 y 14 años, indistintamente en cuanto al género, de la misma manera el Sistema de Vigilancia Epidemiológica contra las Adicciones 2007 (SISVEA) menciona que la edad de inicio en la que prevalece el uso de drogas es de los 9 a los 19 años, menciona que la droga de más consumo es el alcohol, de la misma manera, el Centro de Atención a la Juventud reveló, los problemas de adicción al tabaquismo y el alcohol están por encima de la media nacional, y la edad más vulnerable de inicio es de 10 a los 18 años, a nivel nacional, 8.3% de la población fuma diariamente y 12% de la población lo hace todos los días. Es evidente la vulnerabilidad de los adolescentes para el uso de drogas, por lo que es necesario considerar para próximas investigaciones, los factores protectores (estudiar y vivir con sus padres) o en su defecto factores de riesgo (el uso de sustancias lícitas, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social, la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad.

Es necesario, efectuar una intervención de enfermería más amplia, que permita fortalecer en los adolescentes su capacidad de autocuidado, mediante la enseñanza-aprendizaje, bajo la perspectiva de los cuidados preventivos de salud, ya que los resultados de la primera medición, indican que las variables de estudio mantuvieron una distribución de valores igual, en la segunda, las distribuciones similares se mantuvieron, al no observarse ninguna significancia menor a .05, por lo tanto la intervención tuvo resultado pero, no tuvo el efecto esperado de disminuir el uso de drogas, lo mismo ocurrió en la tercera medición no hubo diferencia estadísticamente

significativa. Hernández. Ma. J. y Casique –Casique L, realizaron un estudio en la ciudad de Querétaro, en el que la intervención educativa de enfermería para favorecer la capacidad de autocuidado y observaron que la intervención educativa favorece la capacidad de autocuidado del joven adicto. (12)

En el 2004 un estudio realizado por Rosales Cedillo F. y García –Campos ML, demostraron que la promoción de la salud fomenta el estilo de vida saludable en adolescentes de educación secundaria, fumadores y no fumadores, se concluyó que la intervención de enfermería con la promoción de la salud fomento el estilo de vida saludable de la población adolescente estudiada.

(8) En el año 2008, se implementó un programa de salud con referencia Teórica del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, en la reducción del uso de alcohol Salas SC, Padilla-Aguirre AM, se identificó que el programa de salud es efectivo en reducir el consumo de alcohol particularmente en la cantidad de ingesta. (11)

Es necesario Incorporar en las intervenciones de enfermería para la prevención de adicciones en los adolescentes, a los padres, ya que los jóvenes como agentes de autocuidado, indudablemente requieren apoyo para fortalecer dicha capacidad durante el proceso de maduración propia de etapa de su vida.

Sin embargo la Dra. Orem refiere que todas las personas tienen el potencial para aprender y desarrollar habilidades de cómo cuidar de sí mismos y de otros; y el potencial para ser motivado para dicho cuidado. Para lograr el desarrollo de ese potencial, es necesario el apoyo educativo, para guiar a otro.

Las complicaciones más fuerte en la presente investigación, fue la falta de participación del total de la población adolescente de la Colonia Cerrito Colorado de la ciudad de Cortázar Gto. ya que este proyecto de investigación fue realizado y dirigido a población abierta, es decir no cautiva, dispersa, dificultando la localización de los jóvenes, para participar en el estudio, así como se detectó la falta de motivación para participar, el temor que les causaba el tema a tratar, a pesar de comentar que la información era confidencial.

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de conocimiento y compromiso del cuidado preventivo, previos al apoyo educativo y posterior a él, lo que repercute en los adolescentes para evitar el uso de drogas, haciendo hincapié en la necesidad del apoyo educativo como herramienta para evitarlo.

## Conclusiones y sugerencias

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en la primera medición (Q2) antes de la intervención, nos indica que las variables de estudio mantuvieron una distribución de valores similares, es decir, al inicio del estudio los grupos son semejantes, en la segunda medición (Q2), estas distribuciones similares se mantuvieron, al no observarse diferencias estadísticamente significativas en los grupos ( $p < .05$ ), por lo tanto 132 de 202 la intervención no tuvo el efecto esperado de disminuir el uso de drogas, de la misma manera ocurrió en la tercera medición no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Con este estudio se concluye que la población adolescente que en esta ocasión se trabajó ha usado drogas legales e ilegales alguna vez en su vida, lo cual en su mayoría lo deja como una población vulnerable, en la cual la intervención de enfermería provoco un cambio muy pequeño en la población para su autocuidado, pero este no fue significativo.

Por todo lo anterior se sugiere, que se contemple otros factores que puedan influir directamente en el problema a estudiar y no se abordaron en este estudio.

## Bibliografía

1. Mike Trace, Axel Klein y Marcus Roberts .Programa sobre políticas de drogas. Fundación Beckley.2004. (Acceso en 2009 marzo 5) URL disponible en [www.beckleyfoundation.org/pdf/unaidsbriefing1.pdf](http://www.beckleyfoundation.org/pdf/unaidsbriefing1.pdf)
2. Romina P. del Carmen. Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. Estadísticas de tabaquismo y alcoholismo de encuesta del 2000 y organización panamericana de la salud. 2000.(acceso en 2009 marzo 5 ) URL disponible en [www.monografias.com/trabajos14/drogas-legales/drogas-legales.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/drogas-legales/drogas-legales.shtml)
3. En aumento, número de adictos en México. El informador. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 29). URL disponible en [www.informador.com.mx/mexico/2008/41898/6/en-aumento-numero-de-adictos-en-mexico.htm](http://www.informador.com.mx/mexico/2008/41898/6/en-aumento-numero-de-adictos-en-mexico.htm)
4. Red social por un México libre de adicciones .Propuestas para el Plan Nacional de Desarrollo 2007-20012.2008 (Acceso en 2008octubre12).URL disponible en

[www.mexicolibredeadicciones.org.mx/index.php?option=com\\_content&task=view&id=7&Itemid=6](http://www.mexicolibredeadicciones.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=7&Itemid=6)

5. Sistema de vigilancia epidemiológica en adicciones, SSG. 2008. (Acceso en 2008 septiembre 9) URL disponible en: [www.dgepi.salud.gob.mx/sis/](http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/)
6. Casares S. Salud pública y nutrición. Edición especial 1999. Universidad de Monterrey N.L (Acceso en 2008 septiembre 20).
7. Hernández P. A. y García-campos ML. (2008), —Influencia del apoyo educativo de enfermería en las capacidades de autocuidado de los consumidores de alcohol en población rural□, Desarrollo Científico Vol.13, No, 6, pp. 179-182.
8. Rosales F. y García -Campos ML La promoción de la salud fomenta estilos de vida saludables en adolescentes fumadores y no fumadores (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2004.
9. Jiménez V. y Hurtado I. Influencia del apoyo educativo de enfermería en conocimientos, habilidades y motivación de cuidados maternos en adolescentes primíparas. (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2007.
10. Yam L y García –Campos ML., (2008), —Influencias interpersonales y situacionales del uso de drogas en escolares de primaria de Mérida, Yucatán. —.Desarrollo Científico, Vol. 16, No, 2, marzo, 2008, pp- 89.
11. Salas Ortegón SC, Padilla Aguirre AM.,(2008)□Efecto de un programa de salud en el uso de alcohol en estudiantes universitarios□(Tesis de maestría ),Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2008.
12. Hernández R. Juana, Casique Casique L. —Intervención educativa para favorecer la capacidad para realizar ejercicio y manejo de estrés del joven adicto□. (Tesis de maestría), Celaya, Gto. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, /Universidad de Guanajuato, 2008.
13. Autocuidado en el Rn. Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de enfermería del niño y del adolescente.2008. (Acceso en 2008 noviembre 04) URL disponible en [www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc\\_inter/Autocuidadosenelreciennacido.pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Autocuidadosenelreciennacido.pdf)

14. Dennis, C. (1997). Teoría de enfermería del déficit de autocuidado: Conceptos y aplicaciones. St. Louis, MO: Mosby. Capítulo 5 Traducido por Wendell Oderkirk, 3 de agosto de 1999
15. Ley general de salud en materia de investigación, (acceso en 2009 enero 9) URL disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm)
16. Declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos 2000. Acceso en 2009 enero 9) URL disponible en: [www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion\\_helsinki.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp)

## **Factores espirituales y familiares que influyen en los adolescentes de educación secundaria para que se inicien en la farmacodependencia**

**MCE Marcela Ortega Jiménez** [ormaji@hotmail.com](mailto:ormaji@hotmail.com)

**Dr. Sebastián Bustamante Edquén** [edquen@gmail.com](mailto:edquen@gmail.com)

**Dra. Ma. Guadalupe Ojeda Vargas** [ojedal@ugto.mx](mailto:ojedal@ugto.mx)

### **Realidad problemática**

La farmacodependencia es un problema que existe desde hace muchos años, esta actividad conformó parte de los cultos religiosos que se realizaron en algunas culturas. (Monografías, 2007) En la actualidad el uso de drogas es un fenómeno que se observa a nivel nacional e internacional. (Trace, 2004) En el Reino Unido en el año 2000, el 44% de los jóvenes entre 16 y 29 años habían utilizado cannabis alguna vez en su vida, 22% en el último año y 14% en el último mes, estos niveles son de los más altos en Europa y parecidos a los de Australia, Canadá y los Estados Unidos. (Trace, 2004)

El Centro Europeo de Monitorización de Drogas y Adicciones (EMCDDA) dice que el uso de cannabis entre los jóvenes varía bastante entre los países de la Unión Europea, menciona las estadísticas para el Reino Unido de 35%, Francia y la República Checa en comparación con 32% en Irlanda, 30% España, 28% Holanda, 24% Dinamarca, 10% Finlandia, 9% Grecia, 8% Suecia y 8% Portugal. (Trace, 2004) La Oficina de las Naciones Unidas sobre las Drogas y el Crimen (UNODC) informa de que los niveles anuales del uso de cannabis en la población de más de 15 años de edad son 15% en Australia, 10,6% en el Reino Unido, 9,3% en los Estados Unidos y 8,9% en Canadá. (Romina, 2000) En el Reino Unido el consumo de drogas, especialmente cannabis y cocaína, en los últimos 10 años son 29.000 escolares de 14 a 18 años los que lo fuman a diario y 5.900 usan cocaína. (Elzo, 2006) Según la OMS, 2,5 millones de personas

beben alcohol, la edad de inicio es de entre 11 y 12 años, el 83% de los bebedores son Hombres, la droga más usada es el alcohol con 37%, con respecto a usuarios de otras drogas. (OMS, 2011) Cada año mueren 40.000 personas por la adicción al tabaco, se estima que en el 2030 fallecerán 10 millones de personas, en América; el número de fumadores va en ascenso en países en desarrollo de América latina y África. (Romina, 2000) En la actualidad en el contexto internacional, México se ubica entre los países de más baja tasa de consumo, se ubica por debajo de Estados Unidos, Argentina, Chile, Colombia y Brasil, pero a su vez reporta incremento en el uso de drogas con respecto a años anteriores. (ENA, 2008) La Encuesta Nacional de Adicciones, mencionando que en los últimos seis años aumento en un 50% el número de personas que consumen drogas ilegales en México. (ENA, 2008) En el año 2002 al 2008, aumento 30% la cifra de quienes han consumido droga alguna vez, en los últimos seis años y los mexicanos que han probado en alguna ocasión droga pasó de 3.5 millones a 4.5 millones actualmente. (Informador, 2008) El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema de salud pública en México. El coordinador regional de la zona centro occidente de los Centros de Integración Juvenil en México (CIJ), menciona que el promedio de edad de los consumidores es entre 12 y 14 años, indistintamente en cuanto al género y 465 mil personas son adictas. (Informador, 2008) Se han implementado estrategias y programas nacionales e internacionales para ayudar a los países en los problemas relacionados con el abuso de drogas lo que preocupa y ocupa a los sistemas de salud. (NIDA, 2008) El Centro de Atención a la Juventud reveló que en la ciudad de Tamaulipas, los problemas de adicción al tabaquismo y el alcohol están por encima de la media nacional, y la edad más vulnerable de inicio es de 10 a los 18 años (La cronica, 2008). El Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan en EUA, realizó un estudio bajo los auspicios del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), en el cual se observó una disminución en el uso de drogas del año 2007-2008, del 20.9%, al 19.0% de cualquier droga ilícita y de 14.8% a 13.2%, en el uso de cualquier tipo de drogas. (National Cenacer Institute, 2010) El Sistema de Vigilancia Epidemiológica contra las Adicciones (SISVEA) menciona que la edad de inicio de uso de drogas es de los 9 a los 19 años, con prevalencia en el sexo masculino, y la droga de más consumo es el alcohol. (SSG, 2008) El Consejo Tutelar de Menores (CTM) reportó de las 32 entidades federativas, hubo 7,230 detenidos el 52.3% (3,779) mencionó consumir drogas de forma habitual y el 93% de los detenidos eran hombres. (SSG, 2008) El Servicio Médico Forense (SEMEFO), reporto que en el

estado de Guanajuato las defunciones bajo algún influjo de droga conforma el 20.7% del total de muertes en el país y en el estado de Guanajuato se identificó como edad de inicio de 9 a 19 años, prevaleciendo el sexo masculino, se identificaron las defunciones bajo algún influjo de drogas en la edad adolescente es de 15 a 19 años. (SSG, 2008) Morín, dice que en los adolescentes, que tenía deficiencia en el conocimiento respecto a los efectos nocivos de las drogas, pero sabían que podían producir trastornos mentales. (Morin, 1999) Yam L, y García ML, los escolares se encuentran protegidos por la familia y escuela y esto podría fomentar conductas promotoras de salud. (Yam, 2008) La sociedad mexicana está integrada en una parte por población adolescente que por su etapa propia de vida, es objeto de mayor susceptibilidad la personalidad se torna vulnerable y puede hacer vínculo estrecho con el uso de drogas, este fenómeno se ha relacionado con los hábitos inadecuados de los cuidados de la salud. (Juarez, 2008) Por todo lo anterior se percibe la necesidad de las instituciones de salud, educación y justicia, de implementar programas que impulsan acciones de prevención y tratamiento. (Mexico, 2007) El control de las adicciones permitirá disminuir o eliminar las pérdidas humanas y materiales en México, para ellos es necesario promover estilos de vida que mejoren las actitudes y conductas de autocuidado que tiendan hacia la salud del individuo familia y comunidad. (Mexico, 2007) En estas acciones se deben incluir también a los grupos voluntarios de la comunidad para que lleven a cabo sus tareas de prevención en materia de adicciones con mayor eficacia y tenga esto un efecto social positivo. (Diagnostico Tendencias y Adicciones, 2007) La atención que proporciona el profesional de enfermería engloba la promoción de la salud, prevención de complicaciones además de contar con conocimientos científicos para evitar o disminuir la farmacodependencia para fomentar prácticas de autocuidado, en esta ocasión se pretende fortalecer línea de investigación de Población, familia, género y enfermería, de la Escuela Nacional de Posgrado de la Universidad de Trujillo, Perú.

Actualmente se desconoce la espiritualidad en la familia y el uso de drogas en adolescentes de educación secundaria. Por lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se presenta la espiritualidad y la vida familiar de los adolescentes de educación secundaria (11 a 16 años) de la Colonia cerrito, Colorado de Cortázar, Gto, México, para que se inicien en la farmacodependencia?



## **Marco teórico empírico**

Este apartado consta de dos puntos principales son: A). Espiritualidad B). Familia y C). Adolescente que usa drogas.

## **Espiritualidad**

El concepto de espiritualidad es muy abstracto, desde los tiempos de Florencia Nightingale, la espiritualidad era parte esencial del cuidado holístico del paciente, para ella la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana, es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad. (Macrae, 1995) Mucho se ha hablado sobre el papel de la espiritualidad como la dimensión de la visión holística de la humanidad, se ha considerado que el bienestar espiritual es parte integral del ser humano. En la época actual, los seres humanos experimentan un profundo vacío dentro de su ser y en la sociedad, por ello se busca el significado de la espiritualidad en el ser humano y se percibe como un ser más allá del aspecto biológico, en una parte más profunda y significativa, que tiene una gran influencia sobre el bienestar, tomando en cuenta las partes que componen. Cuando se habla de espíritu, se habla de que el hombre está compuesto por cuerpo, alma y se le suma “espíritu”, tanto el alma como el espíritu, se contrasta con el cuerpo, significando el componente incorpóreo del hombre; hay una distinción entre alma y el espíritu. Con frecuencia se emplea el término alma para expresar la parte inmortal del ser humano sin embargo el hace contraste con lo terrenal. (CLIE, 1989)

*Según el Dalai lama:* Espiritualidad está relacionada con aquella cualidad del espiritual humano, tales como el amor, compasión, paciencia, tolerancia, capacidad de perdonar, alegría, nociones de responsabilidad y armonía, que proporciona felicidad a las personas como a los demás. (Devi, 2002)

La espiritualidad tiene una gran influencia a lo largo de la vida de las personas, es lo que produce la transformación interior en el ser humano, a partir del cambio interior, la espiritualidad desencadena una red de transformaciones en la comunidad, en la sociedad y en sus relaciones con la naturaleza y el universo. (Boff, 2001). La palabra espiritualidad se deriva del latín “espíritu”, que se refiere a aliento, aire, viento, en el artículo Spirituality and chronic illness, hace

referencia a la definición de Domberck, que plantea que el espíritu es lo que anima o da vida a una persona. (O'Neill, 1998). La espiritualidad es: "La creencia en relación con un ser superior, fuerza creadora, divinidad o fuente infinita de energía" (Kozier, 1999), incluye los siguientes aspectos: Enfrentarse a incertidumbres en la vida, hallar un significado y sentido en la vida, ser consciente, capaz de recurrir a fuerzas y recursos internos, el diccionario de la Lengua Española lo define como el alma racional, vigor natural y virtud que alienta, fortifica el cuerpo para obrar, la espiritualidad es una creencia religiosa o una relación con una fuerza superior, fuerza creativa o un ser divino o fuente de energía infinita (Burkhardt, 1993), Espeland en 1999, en su artículo Achieving spiritual wellness, menciona que de acuerdo a Wright en 1998, la espiritualidad es la dimensión de una persona que envuelva su relación con él mismo y con otros, con un orden natural y con un ser o fuerza superior que se manifiesta a través de expresiones creativas y envuelve prácticas religiosas, (Craven, 1996) es todo aquello que le da significado a la vida (Macrae, 1995), una fuerza que guía, algo fuera del ser (Espeland, 1999), Breker son creencias o sistema de valores que provee fuerzas, esperanza y significado a la vida, en 1992, es una energía creativa e integradora que se basa en las creencias es una fuente de fortaleza interior y paz que ayuda a expresar los puntos de vista del individuo y del comportamiento Carroll, Sermabeikian y Spero, es la relación con Dios o entidad superior que provee un significado, propósito y misión de vida, esta relación produce estados afectivos, como altruismo, amor y el perdón, que tienen un efecto significativo en el individuo consigo mismo, otras personas, naturaleza y una entidad superior, según Bruce el ser espiritual implica, búsqueda de significado en nuestras vidas que comunica con interconexión con uno mismo y los demás, producen cuestionamientos sobre quiénes somos realmente, qué deseamos de la vida, qué esperamos dejar. Lo que existe espiritualmente aparece y trasciende, su ser radica en la realización de sí mismo y sólo se verán sus actos (Sari Mata, 2002). El ser humano a lo largo de su vida experimenta necesidades espirituales según Vimort (1987), Thieffrey(1992), Barbero (2003), EPayás (2003), Torralba (2004), Llinares (2004), Bayés (2005) y cols. y Maté como lo es: a) necesidad de ser reconocido como persona; b) necesidad de volver a leer su vida; c) necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir: la búsqueda de sentido; d) necesidad de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse; e) necesidad de conciliación, de sentirse perdonado; f) necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo; g) necesidad de continuidad, de un más allá; h) necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas, la conexión con el tiempo; i) necesidad de expresar

sentimientos y vivencias religiosos; j) necesidad de amar y ser amado (R. Giro, 2006), por medio de estas poder llegar a tener un bienestar espiritual. Según Carson las necesidades espirituales son " la necesidad de una relación de perdón, amor y confianza con Dios (como lo define el individuo) y vivir hasta el final con amor, actitud de perdón, esperanza y confianza en uno mismo y en los demás".(Carson), ciertas necesidades espirituales son la razón fundamental de todas las religiones: a) Necesidad de un significado y un propósito, b) Necesidad de amor y relación y c) Necesidad de perdón.

La espiritualidad se puede abordar como dimensión de cada ser humano, la dimensión espiritual se releva a través de la capacidad de diálogo, que cada cual tenga consigo mismo y con el propio corazón y se traduce al amor, en sensibilidad, compasión, aplicar el sentido de escucha y responsabilidad. La espiritualidad verdadera implica, auto conocimiento.(Devi, 2002) El cuerpo espiritual se puede reconocer como alma, naturaleza verdadera, esencia, espíritu, luz interna, espíritu santo, dios dentro de mí, paz interna, ser interno, yo superior, chispa divina, maestro interno, guía hacia el bien, castillo interno de paz y amor entre muchos nombres. Al cuerpo espiritual puede llegar cuando logro aquietar el cuerpo físico, el cuerpo mental, emocional y sumergirme en su silente recinto en el interior de nuestro corazón, en donde siempre está esperándome con dulzura y amor, para dar sabiduría y paz (Avila, 2004) el bienestar espiritual se relaciona con las creencias o los sistemas de valores que constituye en el individuo ( Zavala, 2006), Dentro de esto, la fenomenología hace que el interés recaiga en el flujo de los pensamientos y las emociones. (Pozzoli, 2007) Los conceptos salud y enfermedad contenidas en el Corán, se refieren a la dimensión espiritual del ser humano y secundariamente aparecen asociados a aspectos físicos y terrenales de la existencia que a su vez se relaciona con el entorno próximo de la familia, la comunidad, el medio físico inmediato y el universo en general (Rubio Rico & Ferrate Cubells, 2006) Se han realizado diversos estudios en diferentes partes del mundo, que han demostrado la influencia de las creencias religiosas en la construcción de significado de eventos difíciles, como la relación entre religión, enfermedad y muerte, se observó que el mantener una conexión con Dios y la fe aumentaba el optimismo (Bouso, 2010), de esta forma al tener atendidos los aspectos de espiritualidad favorece la tranquilidad la fe, la aceptación, el camino al bienestar, ayudando a el enfrentamiento de la enfermedad crónica (Simpionato, 2009), la espiritualidad y la religión, favorece a la adaptación con tratamientos por lo que se ha observado menores niveles de ansiedad, aislamiento social, hostilidad e

incomodidad, en este caso de los pacientes pero de la misma forma sobre los familiares encargados de su cuidado (Herrera, 2004), por tal motivo el bienestar espiritual produce una sensación de significado y paz, permitiendo disfrutar la vida pesar del dolor, la fatiga y también se ha visto que disminuye la depresión, a través de la fe y de la espiritualidad. (Rocha, 2008), la satisfacción espiritual auguraba una calidad de vida más alta con independencia de factores físicos, emocionales y sociales. (Pearson, 2001) Corral y col. en 1996 se identificó que el 66% de los pacientes presentan sufrimiento espiritual, Ortega, en un estudio concluye que el 97% de los pacientes hospitalizados cursaban con Sufrimiento Espiritual. (Ortega, 1998) Por lo anterior la espiritualidad juega un papel muy importante en la vida de los seres humanos, aumenta la fe y la esperanza. (Razeto, 2004) La trascendencia es importante dentro de la espiritualidad, se encuentran en el día a día, pero también se experimenta la pseudo trascendencia, la cual es la capacidad que tiene el ser humano de ir más allá, pero no le confiere una plenitud duradera, por ejemplo en un drogadicto no es la droga lo que le permite tener la experiencia de un viaje bajo los efectos de la misma, sino la sustancia química que contiene la droga es la que se lo permite, esto sería diferente si el viaje fuese buscado para ir y encontrar su identidad, y un camino espiritual más arduo.

Lo importante para el ser humano no es la trascendencia, ni la inminencia si no la transparencia que es la presencia de la trascendencia dentro de la inminencia. (Boff, 2001)

Los seres humanos dentro de la etapa adolescente como en el resto de la vida, busca una interconexión con uno mismo, tratando de descubrir quién es en realidad, hacer una exploración interna y ver que se quiere de la vida, encontrar significado sobre el ser, saber y hacer, buscando un sentido de armonía y bienestar individual, que le de esperanza y trascendencia, dentro de la espiritualidad el adolescente es capaz de dar amor, perdonar, ser altruista, otorgar ternura, tener compasión, ser honrado, contemplar, en su capacidad de contemplación del mundo, de dialogo consigo mismo experimenta experiencias individuales, dentro de dichas experiencias se ha observado como una de ellas, el uso de drogas, es en ello que es necesario identificar, cuáles son los aspectos espirituales que influyen en este grupo de estudio para que se inicien en este fenómeno, que no le permite tener o alcanzar la salud espiritual, “en términos generales vivo, resuelto y satisfecho” el bienestar espiritual es “un modo de vivir, un estilo de vida que ve y vive la vida con la resolución y agrado, que busca opciones de enriquecimiento y sustento vital que pueden escoger libremente cada momento, y que busca sus raíces en lo más profundo de sus

valores espirituales, creencias religiosas o ambas cosas”. (Fowler, 1978) Las características indicativas del bienestar espiritual son: Sensación de paz interior, comprensión por los demás, reverencia por la vida, gratitud, aprecio tanto por la unidad como por la diversidad ,humor, Prudencia, generosidad, capacidad de ver más allá de uno mismo, capacidad de sentir amor incondicional. (Kozier, 1999) Las investigaciones realizadas muestran que todas las personas tienen una vida espiritual que valoran igual que su salud física, (Plevak, 2001) Desde la fenomenología del espíritu, la razón es espíritu en tanto que eleva la verdad la certeza de ser toda realidad, es consciente de si misma como de su mundo y del mundo, pero la esencia que es en para sí, es real como consciencia y se representa a sí misma, es el espíritu. La esencia espiritual ha sido ya definida como la sustancia ética una unidad ética natural es la familia misma, lo ético debe de cifrarse ahora en el comportamiento del miembro singular, de la familia hacia la familia en su totalidad, de tal manera que su obra y realidad tenga como fin y contenido la familia.

## **Familia**

La atención en salud a las familias, surge de las necesidades sociales, como un esfuerzo de ofrecer una atención humanizada e integral, y de dar ahora de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial. Como trabajadores de la salud en la actualidad aún no se le da el enfoque necesario o la importancia que amerita el ver el cuidado /cuidar desde la familia. Las familias presentan necesidades entre ellas la necesidad de solidaridad, participación, integración, identidad, economía colectiva, ciudadanía, espiritualidad, amor, entre otras, (Ceitlin, 2010) como dice Maturana en 1988, como biólogo: Lo biológico, no determina lo humano, funda lo humano el lenguaje que lo hace un ser más profundo que una máquina, este autor usa la palabra lenguejar para enfatizar el carácter dinámico del lenguaje, toma la vida del ser humano en el fluir continuo del lenguaje y emoción. Maturana habla de la biología del amor, el cual es el espacio que constituye las acciones aceptando al otro en la proximidad de la convivencia, se considera al amor como la emoción que funda el origen de lo humano, el conversar nos refleja el bienestar y el sufrimiento que se refiere a la relación amorosa, según la manera en que se vivencia las dialógicas con otros y consigo mismo se hace referencia a la autonomía o dependencia. El amor es un fenómeno biológico, los seres humanos somos animales que utilizamos la razón, el lenguaje, es necesario, para justificar las emociones, caprichos deseos, y en el proceso nosotros los desvalorizamos, debido a que sentimos que las emociones especifican el dominio de racionalidad que usamos en las justificaciones, sin amor los seres

humano no somos seres sociales según Maturana (1999,1869), un sistema social como la familia, no puede ser explicada solo en términos biológicos.(McWhinney, 2010) En los seres humanos se da el proceso de singularización, estos procesos según Guattari, es la suma de la subjetividad de las familias, en contacto con la cultura dominante. Capra en 1982 y 1996, menciona la situación psicológica de una persona no puede ser aislada de su medio ambiente natural, social y cultural, ya que considera a la vida humana ligada a la tierra como un organismo vivo, la familia posee la capacidad de conocer, enfrentar sus derechos pidiendo y dando apoyo a sus miembros. En las familias existe una relación sujeto- familia, basada en la conversación, solidaridad, y el amor así como ligado a un contexto social en el cual se desarrolla, es importante mencionar la existencia de singularidad el cual es un concepto existencial, y la identidad es una referencia, la solidaridad es la complementación de la singularización y la identificación familiar, la pobreza y los peligros hacen emerger la solidaridad como sentido antagónico. La familia existe como un proceso social, para la diferenciación, individualización, amor, cuidado y la formación solidaria, para la existencia de los seres humanos. La familia es un organismo, esencial e indispensable para la convivencia humana, toma papel fundamental el uso del lenguaje el cual hace presente la historia evolutiva de los seres humanos. Según Maturana, el lenguaje es una coordinación de áceres y emociones, que toma lugar en el vivir, los seres humanos vivimos del lenguaje y de lenguejar, el amor es una conducta en coexistencia con otro ser, en el que este puede ser uno mismo, el amor es un fenómeno biológico básico, y es la emoción de la existencia social, el amor es el principio integrador del ser humano, este se fortalece, con la conservación y la solidaridad, voluntad, de compartir, y la búsqueda de amor. Las familias luchan por sobrevivir y no dejar de tener ternura, se conciben mediante la identidad, solidaridad, conversación, y amor, tiene un actuar de manera incluyente para sus individuos en la sociedad, cuando se otorga atención a las familias, se requiere de apoyar a los pacientes con otros problemas de su vida (desempleo, pobreza etc.), como por ejemplo la mujer que no bebe alcohol, debido a su padre alcohólico y el hijo toma alcohol debido a prohibición (Hennen, 2010). Las familias han tenido cambios, el modo de ser cuidar/cuidado, según Boff en 1999, un modo de ser esencial, es imposible desvirtuarlo totalmente, el cuidado está ligado a una actitud y a un acto de celo, vigilancia, de resguardo para asegurar la existencia, el cuidado está ligado a una actitud, acto de velo, vigilia, resguardo para asegurar la existencia, la familia cuida lo que cría y lo que ama.

La definición de familia varía de acuerdo al punto de vista, y disciplina con la que se enfoque, en el concepto es importante mencionar la definición de:

**Hogar:** Comunidad de vivienda y a veces de suministro económico (Bustamante, 2004)

**Familia:** Además de los lazos normados de parentesco, consanguinidad, incluye otros vínculos de tipo afectivo, ecológico económico y /organizacional (Bustamante, 2004).

La definición de familia según Bustamante en el 2000, tiene una definición compleja las Cuales: Organismo único complejo, cuya trayectoria de la vida es un transcurrir, de diversidades, semejanzas y diferencias individualidades, singularidades y complementariedades, que luchan por su preservación, y desarrollo de un tiempo- espacio, y territorio dado, al cual se siente perteneciente, interconectado y enraizado, biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente (Bustamante, 2004)

El papel de la familia es muy importante tiene un efecto profundo sobre la salud y la enfermedad, existe una relación sujeto- familia, en el que es muy importante el vínculo interpartes, para la presencia del fenómeno, basada en la conversación, solidaridad, amor, así como ligado a un contexto social en el cual se desarrolla la existencia, los adolescentes como integrantes de la familia se fortalece, con la conservación, la solidaridad, colectividad, participación, integración, en esta etapa de vida es necesario el cuidado sin el, no hay atmosfera que propicie lo que en los seres de forma interna humaniza como lo es el sentimiento profundo, voluntad, de compartir, y la búsqueda de amor, por ello es que es necesario el ejercer el cuidado desde la familia como aspecto importante en el desarrollo de vida de los individuos desde los aspectos más profundos, desde ahí se puede predisponer al adolescente como individuo integrante de la familia, al consumo de drogas o en su defecto actuar como un factor protector.

La salud familiar es concebida como el conjunto de situaciones, de salud de los individuos, que compone una familia, dada o bien como, totalidad, supra-individual, en lo que se considera a la familia, como un sistema de características grupales propias (Bustamante, 2004).

La salud familiar dependerá de la experiencia humana de salud década integrante, de la dinámica psicosocial y las características socio organizacionales, cabe mencionar que el cuidado de la salud, por su naturaleza se origina en el hogar-familia. La familia es el contexto social primario para promover la salud, los riesgos genéticos como los patrones de conducta, están relacionados

en el origen de la familia. El abuso de alcohol y drogas en la familia, suele iniciarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso propio de crecimiento: la exploración de experiencias y personas nuevas. El consumo de drogas de un adolescente puede ser visto como un fenómeno familiar, cuando el adicto deja de consumir drogas, puede, en cierto modo, enfrenarse al abandono de la familia y, en este momento, desencadenarse una crisis familiar. Los padres se pelean o separan, o algunos de ellos hace algún síntoma, o algún hermano se convierte en problema, el adicto retoma su conducta de fracaso y el otro problema desaparece. Dentro de la vida de los adolescentes hay una gran diversidad de factores que predisponen a el uso de drogas como lo es los factores de índole familiar, los cuales pueden hacerse presente en el que el adolescente cuente con una familia desintegrada, por ende por esta causa hay una serie de cambios es la composición familiar, la falta de autoridad moral de los padres dentro de la familia, dando como resultado la falta de disciplina firme, justa, malos tratos y ejemplo a los hijos, constantes conflictos intrafamiliares, violencia familiar, falta de comunicación o mala comunicación con los padres, confusión de valores, no contar con límites marcados por los jefes de familia, falta de convivencia entre padres e hijos, así como la no aceptación de cambios de conducta de los hijos de acuerdo a su crecimiento, a su vez también factores de la sociedad en la que se desempeña y ejecuta la vida diaria, que influyen en la vida del adolescente que lo afectan, como lo son la reducción del espacio vital, sobrecarga de estímulos físicos y emocionales, lo anterior se ve afectado por problemas de índole económico como la pobreza, desempleo y falta de opciones para capacitación laboral, insuficientes opciones deportivas, recreativas, imposición de estilos de vida a través de los medios de comunicación (televisión, radio, cine, etc), disponibilidad de drogas y corrupción, migración y marginalidad, insuficientes servicios públicos y de salud, dificultad para el acceso a la educación que se ve reforzado por factores personales del individuo como necesidad de explorar (curiosidad), presión social de “amigos”, falsas creencias y desconocimiento sobre uso de las drogas, dificultades para el desarrollo social, conflictos con autoridad, baja autoestima o falta de confianza en sí mismo, limitaciones físicas y de comportamiento, problemas afectivos, amorosos, de creencias religiosas o políticos, crisis propias del desarrollo de la personalidad, deseo de independencia y cambio (Cureces, 1995) La drogadicción puede considerarse como parte de un proceso que involucra a tres o más individuos, generalmente el adicto y sus padres y/o abuelos. El adicto por un lado se siente presionado a permanecer estrechamente ligado a la familia, por otro lado fuerzas



biológicas y socioculturales lo llevan a establecer relaciones extra familiares más estrechas como parte del proceso de diferenciación, la adicción es entonces una solución paradójica para el dilema del adicto y su familia.

## **Adolescente que usa drogas**

La Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA 2-1993, para el fomento de la salud del escolar, considera “adolescencia” al período del crecimiento y desarrollo humano que se clasifica como el final de la infancia e inicio de la edad adulta, abarcando de los 10 a los 19 años de edad.

Uno de los lapsos más importantes en el crecimiento y desarrollo integral de los seres humanos, va de los 4 a los 15 años de edad, en ella se adquiere y perfeccionan hábitos y conductas, que tendrán como efecto construir una cultura de prevención, autocuidado de su salud y tener un estilos de vida saludable. La adolescencia se divide en adolescencia, temprana, media y final. En la adolescencia temprana hay cambios que pueden influir en el adolescente por el impacto psicológico de los cambios de carácter visibles<sup>i</sup>, hay hiperactividad o hipoactividad, también la búsqueda de relación y comunicación, con quienes interactúa, tiene periodos de retraimiento, y aislamiento, agresividad y manifestaciones de rebeldía, en la adolescencia media corresponde a los 15 a los 18 años, los adolescentes en esta etapa mejoran su relación familiar, se unen al grupo, hay otros problemas que afectan a los adolescentes por la influencia de agentes externos a baja autoestima y presión por el entorno en cuanto a su apariencia. En la etapa final, el adolescente, en su proceso de búsqueda de identidad, independencia, adaptación cultural y social, va formando su propio criterio, se superan los conflictos, y entran en la realización biológica, social y psicológica, en esta etapa, si un adolescente utiliza drogas, está relacionado con las actitudes y conductas de los padres, prácticamente en la conducta, los adolescentes están influenciados por la familia, lo que es los modelos de aprendizaje como los son los padres y los educadores, que constituyen un modelo, puede caer irremediablemente en la farmacodependencia.

La OMS, define como Droga a toda sustancia que introducida al organismo modifica una o más de sus funciones”. La literatura define Farmacodependencia como la necesidad que tiene una persona para consumir drogas La dependencia - adicción es una enfermedad neuropsiquiátrica que se caracteriza por el consumo compulsivo de una droga, para experimentar sus propiedades

de efecto placentero, esto causa dependencia de tipo físico y psicológico. En cuanto al *uso*, se consideran dos tipos de usuarios: los considerados experimentadores por ser aquellas personas que utilizan las drogas en una sola ocasión y de abuso, los funcionales cuando no pueden realizar ninguna actividad sin consumir drogas.

## **Etapas de la farmacodependencia**

**El Uso o consumo experimental u ocasional**, es el uso de una misma droga frente a un mismo estímulo sin regularidad en el tiempo, se utiliza para sentir placer y ser aceptado en un grupo social. El **abuso** la utilización de droga frente a diferentes estímulos, pero no todos los días; Aunque. **La Adicción a las drogas**: Necesidad imperiosa de consumir una sustancia.

La dependencia a las drogas como problema actual y complejo requiere para su comprensión un conocimiento de los determinantes de los trastornos la complejidad de los factores causales dificulta la prevención primaria. Hay dos factores importantes que se debe de considerar para eliminar el fenómeno como la intervención preventiva y la reducción de la conducta riesgosa, en este fenómeno están implícitos muchos factores como lo son los sociales y psicológicos, la susceptibilidad, la información acerca de los riesgos y otros factores, las consecuencias sociales; los efectos por dicha farmacodependencia en la familia y en el trabajo, las adicciones y la ley, en la cual se menciona los aspectos del código penal del Distrito Federal, para la República Mexicana en materia del fuero común federal ( Artículo 193 al 199), referente al consumo y tráfico de drogas.

El uso de drogas en los visto desde el punto de vista espiritual y familiar se aborda los riesgos y problemas cuya solución depende de los cambios de conducta en los estilos de vida, los seres humanos en este caso en la etapa adolescente como en el resto de su vida, tiene necesidades como dar y necesitar amor, en este proceso las interacciones familiares tiene un efecto profundo sobre la salud y la enfermedad, existe una relación sujeto- familia, en el que es muy importante el vínculo interpartes, basada en la conversación, solidaridad, participación, integración, colectividad, el amor así como ligado a un contexto, en el que se desarrolla la existencia social, dentro de ella los adolescentes como integrantes de la familia se fortalecen, si no existe el cuidado no hay atmosfera que propicie lo que en los seres de forma interna humaniza, como lo es el sentimiento profundo, voluntad de compartir, sumado esto con la búsqueda de la interconexión con uno mismo y descubrir quién es en realidad, mediante una exploración

interna para buscar lo que se quiere de la vida, encontrar significado sobre el ser, saber, hacer, con un sentido de armonía y bienestar individual, que el adolescente es capaz de dar amor, perdonar, ser altruista, otorgar ternura, tener compasión, ser honrado, contemplar, en su capacidad de contemplación del mundo, de dialogo consigo mismo experimenta experiencias individuales, en las que se encontrar el uso de drogas por ello es necesario abordar en el contexto, espiritual y familiar, identificar cuáles, son los aspectos espirituales y familiares que influyen en este grupo de estudio para que se inicien en este fenómeno para que permita en un momento dado dar herramientas para evitar la presencia del mismo o en su caso disminuir el fenómeno.

### **Objetivo General:**

Describir la espiritualidad y la vida familiar de los adolescentes de educación secundaria de (11 a 16 años) de la Colonia cerrito, Colorado de Cortazar, Gto, México, que influyen para que se inicien en la farmacodependencia.

### **Específicos:**

Identificar la práctica de la espiritualidad en los adolescentes que se inician en la farmacodependencia

Describir la dinámica y principios de vida familiar del adolescente que se inician en la farmacodependencia.

Identificar los factores de vulnerabilidad espiritual que predisponen al adolescente, para que se inicien en la farmacodependencia.

Identificar bases teóricas y prácticas para fortalecimiento de la familia y la prevención de la fármaco-dependencia en los adolescentes.

### **Material y métodos**

Tipo de estudio: Cualitativo. Diseño metodológico: Descriptivo. Límites del estudio: Lugar: Colonia Cerrito, Colorado, Cortazar, Gto. México. Tiempo: 2010-2012 Institución: Universidad Nacional de Trujillo, EPG

Universo: La población adolescente de edad de 10 a 19 años de la Colonia, Cerrito, Colorado de Cortazar, Gto. México.

Participantes: Los participantes serán los adolescentes de educación secundaria, de la Colonia, Cerrito, Colorado de Cortazar, Gto. México.

Los sujetos de estudio serán seleccionados por disponibilidad, incluyendo aquellos que reunieron los siguientes criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión: Alumnos de educación secundaria inscritos en el periodo julio 2010-diciembre 2012, que consuman drogas o lo hayan hecho; Que acepten participar en el estudio voluntariamente (Anuencia); Consentimiento informado debidamente firmado por el tutor.

Criterios de exclusión: Adolescentes de educación secundaria con conducta agresiva; Adolescentes de educación secundaria, que en el momento de las entrevistas o pruebas este bajo influjo de drogas.

Criterios de eliminación: Estudiantes que decidan abandonar el estudio.

### **Instrumentos**

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos, el primero (QI), tuvo como finalidad, realizar una prueba diagnóstica para identificar a los adolescentes que usen algún tipo de droga, el instrumento estuvo integrado por 2 secciones, una de ellas de datos generales y la segunda por nueve Items, que recaban información sobre el estado general de salud del adolescente, actividades recreativas y el uso de drogas, 4 de ellas son preguntas abiertas, dos dicotómicas y 3 de respuesta múltiple, es un instrumento ya validado en el 2002 y modificado en el 2009 por las mismas autoras M.C.E Ma. Lourdes García Campos y Lic. Marcela Ortega Jiménez. División de ciencias de la Salud e ingenierías, Campus Celaya- Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

### **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS**

1. Avila, M. P. (2004). ¿Que es mi cuerpo espiritual?
2. Boff. (2001). Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: sextante.
3. Bousso, R. S. (2010). [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl). Recuperado el 28 de enero de 2010, [www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_03.pdf)

4. Burkhardt, M. (1993). Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural Appalachian in the community. *Journal of transcultural Nursing* , pág. 2.
5. Bustamante. (2004). Enfermería familiar. Principios del cuidado a partir del saber (in) común de las familias. En B. E. Sebastián, *Enfermería familiar. Principios del cuidado (in) común de las familias* (págs. 8-139). Tujillo, Perú: UNT.
6. Carson. (s.f.). *Spiritual Dimensions of nursing Practice*. 233. Philadelphia: WB Saunders, E.U.
7. Castellano. (2005). El adolescente y su entorno: Sociedad familiar y amigo. *Pediatría integral* , 41-46.
8. Ceitlin. (2010). Introducción a la medicina familiar. Recuperado el 7 de Julio de 2010, de Libros virtuales: [www.intramed.com](http://www.intramed.com)
9. CLIE. (1989). *Nuevo diccionario bíblico ilustrado*. Barcelona: Trillas.
10. Craven. (1996). *Fundamentals of nursing. Human health and function*. Philadelphia: Lippincott.
11. Cureces. (1995). Farmacodependencia. Recuperado el 15 de Noviembre de 2010, de [http://www.google.com.mx/#hl=es&biw=1280&bih=685&q=factores+sociales+%26+farmacodependencia&aq=f&aql=&oq=factores+sociales+%26+farmacodependencia&gs\\_rfai=&fp=1d29bf0467eaaef4](http://www.google.com.mx/#hl=es&biw=1280&bih=685&q=factores+sociales+%26+farmacodependencia&aq=f&aql=&oq=factores+sociales+%26+farmacodependencia&gs_rfai=&fp=1d29bf0467eaaef4)
12. Devi, S. M. (2002). El despertar de la maternidad universal: Discurso pronunciado en el palacio de las naciones de Ginebra. *El despertar de la maternidad universal: Discurso pronunciado en el palacio de las naciones de Ginebra*. Ginebra.
13. *Diagnostico Tendencias y Adicciones*. (2007). Recuperado el 12 de octubre de 2008, de El consumo de drogas en Mexico: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm)
14. Elzo, J. (2006). Dos equivocos muy graves. *Bitacora Almedron* (revista de prensa) .
15. ENA. (2008). Recuperado el 14 de agosto de 2011, de <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html>.
16. Espeland. (1999). Achieving spiritual wellness: Using reflective questions . *Journal of psychosocial nursing* , 36-40.
17. Fowler, J. y. (1978). *Conversations in the Journey of faith*. Waco, TX Word Books; 1978.
18. Friedrich, G. W. (2004). El espíritu. En G. Hegel, *Fenomenología del espíritu* (págs. 250-470). Mexico, D.F.: Fondo de cultura económica.

19. Hennen, B. (2010). intramed. Recuperado el 7 de julio de 2010, de intramed:  
[www.intramed.com](http://www.intramed.com)
20. Herrera, B. S. (Octubre de 2004). Dimension espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Recuperado el 7 de julio de 2010, de Aquichan:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74140402.pdf>
21. Informador. (2008). El numero de adictos en mexico. Recuperado el 29 de septiembre de 2008, de <http://www.informador.com.mx/mexico/2008/41898/6/en-aumento-numero-de-adictos-en-mexico.htm>
22. Juarez. (2008). Efecto del apoyo educativo de enfermería en los conocimientos respecto a los riesgos en salud sexual de estudiantes de bachillerato. Campus Celaya-salvatierra, UNiversidad de Guanajuto: División de Ciencias de la Salud e Ingenierías .
23. Kozier. (1999). Fundamentos de enfermería, Conceptos, procesos y prácticas. Mexico: Mc. Graw Hill.
24. Macrae, J. N. (1995). Spiritual Philosophy and significance for modern nursing. 8-10.
25. McWhinney, L. (2010). Orígenes de la medicina familiar. Intramed.
26. Mexico, E. c. (2007). El consumo de drogas en Mexico. Diagnostico tendencias y adicciones. La respuesta de Mexico ante el consumo de drogas. Recuperado el 12 de octubre de 2008, de <http://www.salud.gob>
27. Monografías. (2007). La drogadicción, su impacto en la sociedad y rol del trabajador social en la drogadicción. Recuperado el 29 de septiembre de 2011, de [www.monografias.com/trabajos13/ladrogadicc/ladrogcc.shtml#iintro](http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogadicc/ladrogcc.shtml#iintro)
28. Morin. (1999). Salud pública y nutrición. Recuperado el 20 de septiembre de 2008, de Edición especial, Universidad de Monterrey.
29. National Cancer Institute. (11 de Noviembre de 2010). Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado el 27 de enero de 2011, de [www.cancer.gov/espa%C3%B1ol](http://www.cancer.gov/espa%C3%B1ol)
30. NIDA. (2008). Tendencias de estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. Recuperado el 29 de septiembre de 2008, de [www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Tendencias08.pdf](http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Tendencias08.pdf)
31. OMS. (2011). Recuperado el 14 de agosto de 2011, de [http://who.int/es\\_research/es/](http://who.int/es_research/es/)
32. O'Neill. (1998). Spirituality and chronic illness. Recuperado el 2010
33. Ortega. (1998). Investigación falta de atención de las necesidades espirituales,. Celaya.
34. Pearson. (2001). Losing God. The Oncologist , 286-297.

35. Plevak. (2001). implications for clinical practice. Religious involvement, Spirituality, and medicine , 121.
  36. Robert. (2010). Coneptos entrales de medicina del trabajo. libros virtuales.
  37. Rocha, M. P. (30 de 07 de 2008). [www.Sielo.cl](http://www.Sielo.cl). Recuperado el 29 de enero de 2010, de [www. Scielo.cl](http://www.Sielo.cl): [www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf)
  38. Romina. (2000). *El alcohol y el tabaco*. Recuperado el 5 de marzo de 2009, de Estadísticas de tabaquismo y alcohol de enuesta del 200 y organizacion panamericana de la salud.: [www.monografias.com/trabajos14/drogas-legales/drogas-legales.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/drogas-legales/drogas-legales.shtml)
  39. Roselvi. (Agosto de 2008). Vivencia espiritual de los adultos mayores sanos en el area rural. Celaya, Guanajuato, Mexico.
  40. Rubio Rico, L., & Ferrate Cubells, M. (2006). *Los conceptos salud y enfermedad contenidos en el cora*. Recuperado el 7 de julio de 2010, de Cultura de los cuidados: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/847>
  41. Simpionato, P. E. (2009). [www. scielo.cl](http://www.scielo.cl). Recuperado el 29 de enro de 2011, de [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl).
  42. SSG. (2008). *Sistema de vigilancia efidemiologia*. Recuperado el 9 de septiembre de 2008, de [www.dgepi.salud.gob.mx/sis/](http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/)
  43. Trace, M. (2004). *Programa sobre politicas de drogas*. Recuperado el 5 de marzo de 2009, de [www.beckleyfoundation.org/pdf/unaidsbriefing1.pdf](http://www.beckleyfoundation.org/pdf/unaidsbriefing1.pdf)
  44. Yam. (2008). *Influencias interpersonals y situacionales de uso de drogas en escolares de primaria de Merida, Yucatán*. Universidad de Guanajuato: Fcultad de Enfermeria y Obstetricia de Celaya.
-