



JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería de la UMSNH No. 3 noviembre 2019- febrero 2020

**Características sociales en la relación de pareja:
rasgos de vulnerabilidad auto percibida por la mujer**

**Violencia en el noviazgo en adolescentes
estudiantes de preparatoria**

**Percepción de la calidad de la atención de
enfermería en pacientes oncológicos**

Dieta cetogénica para la pérdida de peso

**Nivel de liderazgo en el personal de enfermería
de un hospital de Morelia, Michoacán**

**Estilo de vida saludable de los estudiantes de
una escuela secundaria privada de Morelia Michoacán**

Directorio



Dr. Raúl Cárdenas Navarro
Rector de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
L.E. Pedro Mata Vázquez
Secretario General
Dr. Orépani García Rodríguez
Secretario Académico
M.E. y M.F. Silvia Hernández Capi
Secretaria Administrativa
Dr. Héctor Pérez Pintor
Difusión Cultural y Extensión Universitaria

M.C. Julio César González Cabrera
Director de la Facultad de Enfermería
C.M.E. Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo
M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica
Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz
Coordinador de la Revista Janaskakua
Dra. María Luisa Sáenz Gallegos
Diseño de portada

Comité Editorial

Dra. Mayra Itzel Huerta
Dra. María Luisa Sáenz Gallegos

Dra. Ma. Martha Marín Laredo
Dr. Julio César Leyva Ruiz

Janaskakua, revista de divulgación de la Facultad de Enfermería, Año 1, No. 3, Mayo-Octubre 2019, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Enfermería, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55, <http://janaskakua.enfermeria.umich.mx>, revistajanaskakua@gmail.com y juliocesarleyvar@gmail.com

Derechos de uso exclusivo e ISSN en trámite. Responsable de la última Actualización de este número, comité editorial, Av. Ventura Punte #115, Centro, C.P. 58000, Tel. (443) 317 52 55.

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

Esta revista puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma requiere permiso previo de la institución y del autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución -NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.



CONTENIDO

Características sociales en la relación de pareja: rasgos de vulnerabilidad auto percibida por la mujer	1
Violencia en el noviazgo en adolescentes estudiantes de preparatoria	12
Percepción de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos	23
Dieta cetogénica para la pérdida de peso	33
Nivel de liderazgo en el personal de enfermería de un hospital de Morelia, Michoacán	40
Estilo de vida saludable de los estudiantes de una escuela secundaria privada de Morelia Michoacán	50

Palabras del coordinador

La profesión de enfermería y su intervención en la sociedad no se circunscribe, únicamente, a ámbitos hospitalarios. Su experiencia en salud conforma un espectro que permite tomar el pulso de lo que sucede en las relaciones humanas, ayudando a comprender que la salud socioemocional también es parte importante en el ser humano. En unas semanas más, en todo el mundo se conmemorará el día de la mujer. Será una fecha en la que se expondrán las desigualdades de género, la violencia y el acoso que han sufrido, históricamente, como grupo en vulnerable en una cultura patriarcal.

En este marco, el número tres de la revista Janaskakua, que corresponde a los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020, expone el trabajo colaborativo y la conformación de comunidades de aprendizaje e investigación de diversos Cuerpos Académicos del personal docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, así como otras experiencias colectivas que incorporan a docentes y estudiante de otras universidades y niveles educativos, como media superior y secundaria.

A través de seis artículos de investigación con diversas poblaciones, desde niñas y niños hasta adultos, se enriquece el espectro de temas que abordan las y los profesionales de enfermería.

Las y los lectores podrán hacer una inmersión a las relaciones de pareja, para conocer, desde la perspectiva de la mujer, cómo viven y experimentan la vida conyugal. En esta misma línea se aborda la violencia en el noviazgo en estudiantes de preparatoria, atendiendo a un segundo sector de la población, las y los adolescentes. Otra población estudiada se encuentra en el nivel secundaria, a fin de conocer cómo es el estilo de vida saludable del estudiantado, sus hábitos alimenticios, de descanso y esparcimiento.

La investigación documental conducida por otro equipo de trabajo nos orienta sobre la dieta cetogénica. Encontraremos dos artículos que exponen al personal de enfermería como líderes en el nivel hospitalario, y el reconocimiento que les dan las

y los pacientes oncológicos por su trato y empatía durante el tratamiento.

Al diversificar las experiencias, este número de la revista alimenta el interés de las y los lectores en el crisol de temas y la variedad de metodologías utilizadas, demostrando que la profesión de enfermería atiende diversos desafíos en la sociedad.

Dr. Julio Cesar Leyva Ruiz

Coordinador

Características sociales en la relación de pareja: rasgos de vulnerabilidad auto percibida por la mujer

María Leticia Rubí García Valenzuela. María Jazmín Valencia Guzmán. Brenda Martínez Ávila. María Magdalena Lozano Zúñiga. Bárbara Mónica Lemus Loeza. Ana Celia Anguiano Morán.

Profesoras Investigadoras de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Integrantes del Cuerpo académico “Promoción para la Salud” UMSNH-208.

Correo de correspondencia: letyrubigv@yahoo.com.mx

Resumen

Introducción: En América Latina, la escasez de recursos sociales en algunos grupos de población, genera una exposición de riesgos para la salud, en comparación con otros grupos poblacionales. Este problema, históricamente conocido como las “viejas desigualdades de América Latina” (en Juárez – Ramírez et al, 2014), radica en que las disparidades socioeconómicas de los distintos grupos han ido generando brechas culturales, que se traducen en mayores obstáculos para el bienestar. **Metodología:** Estudio cuantitativo, prospectivo, transversal y descriptivo, con el objetivo de identificar la percepción de la mujer, respecto a la vulnerabilidad que representa para ella, las conductas de violencia en su relación de pareja. La población de estudio fueron 450 mujeres de 18 a 55 años, residentes de áreas suburbanas. **Resultados:** considerar cómo es su salud física y su salud mental, presentó una correlación estadísticamente significativa nivel 0.01 con resultado .350. En el mismo nivel de significancia y resultado .385 la correlación entre las variables sentir menos deseo sexual y percibirse irritable y más intolerante socialmente. Reconocer que su pareja la insulta, humilla e ignora, haciéndola sentir mal consigo misma, correlacionó significativamente con dos variables; reconocer que su pareja controla sus salidas y donde se encuentra en todo momento con .309 y que su pareja la ha presionado o forzado a tener relaciones sexuales cuando ella no deseaba con .308. Sentirse satisfecha con su vida en pareja y calificar como satisfactoria su vida sexual, correlación de .256. Sentirse satisfecha con su cuerpo y reconocer que cuida su peso, con correlación de .240.

Conclusión: Los resultados permiten identificar rasgos significativos que pueden ser antecedentes a daños potenciales en la salud de la mujer, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares y sociales.

Palabras clave: Vulnerabilidad, mujer, relación de pareja.

Introducción

Las teorías de Marx sobre la sociedad, la economía y la política, que se conocen colectivamente como el marxismo, sostienen que todas las sociedades avanzan a través de la dialéctica de la lucha de clases, criticando intensamente la forma socioeconómica prevaleciente en la sociedad, con especial interés por los fenómenos relacionados con la producción y la explotación del hombre por el hombre, como lo refiere Althusser (1972). Así, en sus tempranos textos económicos, Marx emplea una fórmula que puede considerarse como la incipiente referencia para definir las relaciones de género, al señalarla como “los sexos en sus relaciones sociales” (Haug F. en Borón, Amadeo y Gonzáles, 2006).

Louis Althusser (1976), estudiando a Marx, examina la estructura de la teoría marxista, en cuyos postulados refiere que existen en la sociedad diferentes niveles y distingue, dentro de la superestructura, relaciones que interactúan para caracterizar los aspectos, tal es el caso entre la política-jurídica, es decir el estado y la ley; y la ideológica que se relaciona con la moral y la religión. El análisis de esta perspectiva permite considerar la relativa eficiencia y autonomía de cada una, mismas que convergen en la dominación y los cambios, es decir, el punto de vista de Marx que considera la reproducción de la sociedad como un todo. En la aproximación histórica que propone el filósofo respecto a los modos de producción, propone conceptos como no-simultaneidad, desarrollo desigual, atraso, obsolescencia. Por lo tanto, para el análisis de las relaciones de producción, se requiere estudiar la configuración social actual considerando las determinaciones, dependencias y relaciones de articulación.

Marx y Althusser (1972), refieren las relaciones de género como relaciones de producción, en las cuales el hombre aparece al mismo tiempo que el “nuevo empresario”, y la relación de pareja es la “empresa”, al identificar los discursos hegemónicos sobre la responsabilidad individual, la aportación al colectivo, la producción de bienes y otros elementos que tributan a una economía neoliberal global que se exhiben en los medios de comunicación.

En estos medios se difunde una nueva forma de vida que exalta el estado físico, la juventud, la salud y políticas sexuales permisivas para el uno, mientras se respalda una moral conservadora para el otro. Ambos mantienen su coherencia en virtud del discurso sobre la responsabilidad individual.

Respecto del nuevo empresario, Haug (En Borón, Amadeo y González, 2006), refiere que una intensificada individualización, puede en parte prescindir de las relaciones de género jerárquicas –la sujeción de la mujer– e incluso de la norma de la heterosexualidad, definida como una condición social por encima de los tabúes

sociales, el comportamiento estándar cuando de orientación sexual se trata. No es más que la relación atractiva entre hombres y mujeres. De este modo, las viejas relaciones de dominación pueden continuar existiendo como formas que expresan un desfase con los tiempos modernos, dentro de las nuevas relaciones de pareja.

En *La Ideología Alemana* (1844), Marx (1993) escribió: “los hombres que rehacen diariamente su propia vida, simultáneamente comienzan a crear a otros hombres, a reproducir a los de su clase: se trata de la relación entre hombre y mujer, entre padres e hijos, se trata, en definitiva, de la familia”, como lo menciona Tucker (1978). El mismo autor refiere que, aunque Marx vacila entre considerar la procreación como una relación natural o social, no sólo aclara que un modo de producción va siempre unido a un modo de cooperación, enfatizando la idea que es más importante, que “un modo de producción es en sí mismo, es una “fuerza productiva” (Tucker, 1978).

Frederick Engels (1968), desarrolla este argumento en “El origen de la familia, la propiedad y el Estado (1884), donde propone que: “De acuerdo con la concepción materialista, el factor determinante de la historia es, en último término, la producción y la reproducción de la vida inmediata. Ésta es, a su vez, de dos tipos: por un lado, la producción de los medios de subsistencia, del alimento, la vestimenta, la vivienda y los utensilios necesarios para esta producción; y por otro, la producción misma de los seres humanos, es decir la reproducción de la especie”. Por otro lado, Foucault (1978) en su obra, “Historia de la sexualidad”, donde sostiene: “En particular, a partir del siglo XVIII, las sociedades occidentales crearon y pusieron en marcha un nuevo aparato que se superpuso al que ya existía”, y que el filósofo caracteriza como un sistema de alianza, en el cual , tanto la mujer como el hombre se prodigan cuidados y atenciones, sustentando una nueva organización de la “sexualidad” como relación de equilibrio e igualdad, aún cuando esta última siga manteniendo cierta autonomía con respecto a las relaciones con características primarias de desigualdad, que históricamente aún prevalecen.

Ahora bien, en la actualidad, en América Latina, la escasez de recursos sociales por parte de algunos grupos de población genera una exposición a mayores riesgos para la salud, en comparación con otros grupos poblacionales (PNUD, Etienne C, 2013). Este problema, históricamente conocido como las “viejas desigualdades de América Latina” (Atal JP, Ñopo, 2009), radica en que las disparidades socioeconómicas de los distintos grupos han ido generando brechas —culturales y en materia de acceso a la salud— cada vez más amplias, las que se traducen en mayores obstáculos para el bienestar de los sectores menos favorecidos. En ese

sentido, esta región ha sido considerada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como la región más inequitativa del mundo.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015) señala que, para combatir las desigualdades sociales, es necesario que los países enfoquen sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS) y elaboren políticas de salud que estén en sintonía con las necesidades locales y tengan en cuenta a los grupos sociales más vulnerables (OMS, 2013).

Y es precisamente el término de vulnerabilidad, sobre el que se centra esta propuesta. Vulnerabilidad, concepto multidimensional que refiere a individuos y grupos sociales al que pertenecen, evidenciando la incapacidad de estos para enfrentar los desafíos de su entorno, incluido el desamparo institucional (PNUD, 2010). La vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual; ejemplos de estos determinantes son los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad. Aislados o actuando en forma conjunta, estos determinantes muchas veces ponen a una persona o grupo poblacional, en situación de desprotección, es decir, de vulnerabilidad (Busso, 2014), en el entendido que se considera una condición que no es estática, puesto que las circunstancias en que se encuentran las personas y los grupos pueden verse modificadas por la reconfiguración de distintos factores y el tiempo de exposición a un contexto específico de inequidad social que se transmite de generación en generación, con los consecuentes costos sociales que esta dinámica representa.

En el entorno y dinámica social, la elección de pareja y los factores que influyen en su conformación son temas importantes de analizar. Por pareja Guerra (2008) define: "La relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un periodo de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace que se le denomina vínculo. El mismo autor señala que los vínculos que generalmente se establecen en las parejas son: sexual, económico, de poder, emocional y cultural. En la dinámica social, el unirse de acuerdo con uno u otro vínculo es una elección personal, de libre albedrío, en la que primero es necesario conocer cuáles son los esquemas de pensamiento propio, relacionado con las expectativas de lo que espera de una pareja, atendiendo a una elección vincular coherente. Una vez que se tienen claro cuáles son los esquemas de pensamiento propio, es importante saber cuál es la funcionalidad que se asigna a la pareja en la propia vida, es decir, para qué quiero una pareja o para

qué quiero a mi pareja. Sin embargo, cuando los vínculos no están definidos o no son sólidos, la relación de pareja se torna incongruente, los vínculos se conflictúan y puede aparecer la violencia (Abarca, 2013).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), la violencia de género se ejerce en función del sexo, es producto del dominio y el poder usado para reproducir y mantener estatus y autoridad. Es una de las principales y más crudas manifestaciones de las inequidades de género. La violencia conyugal consiste en el maltrato hacia la mujer por medio de abuso físico, emocional o sexual, entre otros.

El Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES, 2017) reporta que, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, en México 47 por ciento de las mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación. Por entidad federativa: la entidad federativa con mayor prevalencia de violencia de pareja a lo largo de la relación es el Estado de México, con 57.6%. Le siguen Nayarit (54.5%), Sonora (54.0%), el Distrito Federal (52.3%) y Colima (51.0%). La entidad federativa con menor prevalencia de violencia de pareja es Chiapas, con 31.6%. En cuanto al tipo, la violencia emocional se presenta así: 4 de cada 10 mujeres en México (43.1%) han sido humilladas, menospreciadas, encerradas, les han destruido sus cosas o del hogar, vigiladas, amenazadas con irse la pareja, correrlas de la casa o quitarles a sus hijos, amenazadas con algún arma o con matarlas o matarse la pareja. Violencia económica. 2 de cada 10 mujeres en México (24.5%) han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.). Violencia física. A 14 de cada 100 mujeres en México (14.0%) su pareja la ha golpeado, amarrado, pateado, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma. Violencia sexual. A 7 de cada 100 (7.3%) les han exigido o las han obligado a tener relaciones sexuales sus propias parejas, sin que ellas quieran, o las han obligado a hacer cosas que no les gustan.

Este problema está presente en las familias y pocas veces es reportado, sin embargo, cuando se le cuestiona en lo corto, muchas veces las mujeres lo refieren y reconocen estar inmersas o sentirse vulnerables en la relación de pareja.

Metodología.

Se realizó estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, la población de estudio son mujeres de 18 a 65 años que asisten a un módulo de salud periférico a la zona urbana, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia y la muestra estuvo constituida por 450 mujeres. Para la colecta de los datos, se estructuró una cédula exprofeso diseñada a partir del procedimiento de

operacionalización de variables. El proyecto fue autorizado por un Comité de Bioética y se solicitó el consentimiento libre y esclarecido a cada una de las participantes. Para el análisis de los datos, se empleó el Paquete estadístico SPSS. En esta propuesta se presentan los resultados de la aplicación de una Correlación Bivariada de Pearson, que permitió identificar el comportamiento de las variables.

Resultados

Para caracterizar a la muestra, las variables sociodemográficas presentan los siguientes resultados: estado civil 66 % casadas, 19% en unión libre, 8% separadas. 2% divorciadas legalmente, 4% solteras y 1% reporto ser viuda; en cuanto a la variable edad de las mujeres estudiadas, 49 % estuvo entre los 30 a 40 años. La escolaridad mostró que 7% no recibió instrucción formal, 21% no terminó la primaria, 29% reconoce haber cursado hasta el sexto año de primaria, 38% terminó la secundaria y 5% reportó tener estudios de preparatoria. Cuando se preguntó respecto a la relación de pareja; 80% acepta sentirse satisfecha con su vida de pareja, sin embargo, 29 % afirma que su pareja controla sus salidas y donde se encuentra en todo momento. 16% reconoce que su pareja la insulta, humilla o la ignora, procurando hacerla sentir mal con ella misma.

En el cruce de variables, a través de la correlación de Pearson, mostraron resultados estadísticamente significativos la percepción de la salud física y mental, presentar ansiedad y nerviosismo. Se observó también resultados significativos en conductas saludables como cuidar su peso y sentirse satisfecha con su cuerpo. Se observó correlación entre percibirse irritable, reportar problemas sexuales y reconocer que come en exceso (Tabla 1).

Tabla 1

Correlación de Pearson						
	Cómo considera que es su estado de salud mental	Camina (como ejercicio)	Ansiedad, nerviosismo	¿Usted cuida su peso?	Problemas sexuales	Ha sentido irritabilidad
Cómo considera que es su estado de salud física en general	,350**		,238**			
Cómo considera que es su estado de salud mental			,185**			
Hace ejercicios		,215**				
¿Usted se siente satisfecha con su cuerpo?				,240**		
¿Usted siente que come en exceso?					,186**	,198**

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Otros resultados estadísticamente significativos (tabla 2), se observan en las correlaciones de: reconocer tener problemas sexuales, refiriéndose específicamente a menos ganas de sexo, menor frecuencia en relaciones sexuales, menor satisfacción sexual, se relaciona con sentir irritabilidad manifestada por estar tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse poco tolerante, haber sufrido acoso sexual y reconocer que su pareja la ha presionado a tener relaciones sexuales. Una correlación de menos 200 la presentó el reconocer tener vida sexual activa y sentirse satisfecha con su vida de pareja. El resultado marca un distanciamiento entre las dos variables, es decir sí tienen vida sexual, pero no están satisfechas con su relación de pareja, lo que representa una debilidad en el vínculo sexual matrimonial.

Tabla 2

Correlación de Pearson						
	Ha sentido irritabilidad	¿Usted a sufrido acoso sexual?	Su pareja: la ha presionado o forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no deseaba	Su pareja: controla sus salidas y donde se encuentra en todo momento	¿Usted se siente satisfecha con su vida en pareja?	Su pareja: la insulta, la humilla, la ignora, haciéndola sentir mal consigo misma
Ansiedad, nerviosismo						,180**
¿Tiene vida sexual activa?			,164**		-,200**	,219**
¿Es satisfactoria?					,256**	
Problemas sexuales	,385**	,198**	,139**			
Ha sentido irritabilidad		,134**				
¿Usted a sufrido acoso sexual?			,247**			,239**
Su pareja: la ha presionado o forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no deseaba				,134**		,308**
Su pareja: controla sus salidas y donde se encuentra en todo momento						,309**

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Discusión

Haug (En Borón, Amadeo y González, 2006), refiriéndose a la filosofía de Marx, menciona que una intensificada individualización, puede en parte prescindir de las relaciones de género jerárquicas –la sujeción de la mujer– en una relación dispar, de emancipación y abuso social, basada en la vulnerabilidad percibida por ellas mismas, que se identifican carentes de elementos para reclamar una situación de equidad en la relación de pareja. De este modo, las viejas relaciones de dominación pueden continuar existiendo como formas que expresan un desfase con los tiempos actuales.

En revisiones antecedentes, Cortés y Flores (2005) refieren que a lo largo de la Historia, las mujeres y los niños han sido las víctimas más frecuentes de las agresiones dentro del seno familiar, considerando que la mujer ha soportado indefensa y en silencio los abusos de su compañero ya que la violencia de género, muchas veces se vive en lo privado de la dinámica de pareja y del hogar,

celosamente resguardado de la luz pública, en gran parte amparada por costumbres sociales, por normas religiosas y otros elementos intrínsecos de la mujer mexicana. Marx en 1844 (Marx, 1993) escribió que “los hombres que rehacen diariamente su propia vida, simultáneamente comienzan a crear a otros hombres, a reproducir a los de su clase: se trata de la relación entre hombre y mujer, entre padres e hijos, se trata, en definitiva, de la familia”, sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos, se identifica una situación distorsionada en la que el hombre coarta la libertad y el poder de la mujer para rehacer su propia vida, constituyendo un entorno poco saludable y nada propicio para crear otros hombres con esquemas diferentes, más sí es reproducir a los de su clase con actitudes que no promueven la equidad de género y son testigos de la violencia del más poderoso, en éste caso representado por el hombre, sobre el que culturalmente es vulnerable, en este caso representado por la mujer, convirtiéndose en un círculo vicioso que no es posible romper, en detrimento del desarrollo social y humano de los integrantes de la célula básica de la sociedad; que es la familia cuyo fin postula Engels (1968) como el centro de la reproducción de la especie.

Conclusión

Después de analizar los resultados, a la luz de las propuestas filosóficas de Marx, fue posible identificar que no obstante los principios y rasgos que propone en la relación de producción del hombre y la mujer, con características de igualdad, considerando la procreación como una relación natural o social, este sistema se encuentra alterado. Marx no sólo aclara que un modo de producción va siempre unido a un modo de cooperación, enfatizando la idea que es más importante, “un modo de producción es en sí mismo, potencializándolo en una “fuerza productiva”, misma que se percibe alterada por la presencia de rasgos de violencia física, sexual y emocional, estableciendo una situación de contingencia en lo que propone Foucault (1978) como un sistema de alianza, en el cual , tanto la mujer como el hombre se prodigan cuidados y atenciones, sustentando una nueva organización de la “sexualidad” como relación de equilibrio e igualdad, acorde con la políticas sociales actuales y el estado de desarrollo de las personas.

Referencias

- Abarca, C. (2013). Violencia en la pareja: Variables que inciden en el fenómeno de la retracción femenina. PRAXIS. Revista de Psicología Año 15, Nº 24 (9-28), II Sem. 2013 ISSN 0717-473-X. Centro de Salud Familiar, Santo Domingo, Chile.
- Atal JP, Ñopo H, Winder N. New Century, Old Disparities. Gender and Ethnic Wage Gaps in Latin America. Interamerican Development Bank (IDB). Washington D.C.: IDB; 2009. (Working Papers, Series No. IDB-W P-109).
- Althusser, L. (1972). *Leyendo El Capital*. Madrid: Fundamentos.
- Althusser, L. (1976). *Positions (1964-1975)*. Paris: Éditions Sociales.

Borón, A., Amadeo, J. y González, S. (2006). *La teoría marxista hoy : problemas y perspectivas*. 1a ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.

Busso G. (2001). *Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a principios del siglo XXI*. Seminario internacional. Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011>. PDF Acceso el 10 de marzo de 2014.

Cortés, M.L. y Flores, M.M. (2005). Variables psicosociales asociadas a la violencia de género en mujeres de la ciudad de Mérida. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. Número 235/ 2005.

Engels F. (1968). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Equipo Editorial: San Sebastián.

Engels, F. 1946, *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (Buenos Aires: Futuro).

Etienne C. (1978). Equity in health systems. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2): 79–80.

Foucault, M. (1978). *Historia de la sexualidad*. Vol. I. Ed. cast.: Siglo XXI, Madrid.

Guerra, G. (2008). *La elección de pareja*. Instituto Conductual de Costa Rica. Consultado el 13 de diciembre del 2009 desde <http://www.incocr.org>.

INEGI (2011). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. pp. 53. Recuperado en enero de 2017 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825495602>

INEGI (2017). Estadísticas a propósito del Día internacional de la mujer. Datos nacionales. Recuperado en enero de 2017 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca>

INMUJERES. Sistema de indicadores/violencia/http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/temas_descripcion.php.IDTema/ Consultado el 12 de Marzo de 2017.

Marx, K. (1986). *El Capital. Crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica) Vols. I, II y III.

Marx, K. 1993 *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. Madrid: Alianza).

Marx, K. y Engels, F. (1962). *La sagrada familia*. México: Akal.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: Romper la transmisión generacional de la desigualdad. 1.ª ed. San José de Costa Rica: PNUD.

Tucker, R. (1978). *The Marx-Engels Reader*: Nueva York: Norton.

World Health Organization. Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Disponible en: <http://www.worldwe want2015.org/es/node/300184> Acceso el 6 de marzo de 2014.

World Health Organization (2013). Closing the health equity gap. Policy Options and Opportunities for action. NLM classification: WA 525. Geneva: WHO.

Violencia en el noviazgo en adolescentes estudiantes de preparatoria

ME. Graciela González Villegas. Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco
gracielagonzalezvillegas@gmail.com

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza. Hospital de la Mujer
picazo_alma@yahoo.co.mx

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala. Facultad de Enfermería
correo: lilyalcantar@hotmail.com

LE. Nereo Antonio Hernández Valentín. Facultad de Enfermería
antoni124_5@hotmail.com

LE. Ana Lilia González Villegas. Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco
anasma@gmail.com

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar. Facultad de Enfermería
ftakumy@yahoo.com

Resumen

Introducción. Violencia en el noviazgo en adolescentes: relación donde ocurren actos violentos que lastiman a la persona, puede ser: sexual, psíquica y/o física, que conlleva repercusiones personales y sociales en el afectado.

Objetivo: violencia en el noviazgo en adolescente estudiantes de preparatoria

Material y métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, muestreo no probabilístico, muestra: 100 alumnos de preparatoria, se utilizó, instrumento CUVINO, evalúa violencia en el noviazgo, análisis estadístico con estadística descriptiva para frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas con el SPSS V. 23.

Resultados. 61% femeninas, 14% estudiantes de 6to semestre 50%, trabajan 75%, de 17 años de edad 45%, católicos 81%, presencia de violencia por tutores o padres 8%. Nivel de violencia general 97% bajo. Violencia por factores bajo nivel en: desapego 99%, por humillación 98% sexual 94%, por coerción, 97%, física 97%, de género 97%, emocional 98%; e instrumental 95%.

Discusión. El bajo nivel de violencia que se encontró en general y en la mayoría de los factores fue igual a lo reportado por Zulic en 2016, donde 83.3% presentaron algún tipo de violencia; en conclusión es necesario continuar con estudios que identifiquen las conductas violentas e incluir a las parejas en psicoeducación para prevención y limitación del daño, ya que los adolescentes víctimas de la violencia en el noviazgo, confunden signos de maltrato con muestras de afecto, que ocultan conductas controladoras y son propensos a: problemas escolares, abuso de sustancias, depresión y experiencias sociales negativas

Palabras clave: noviazgo, violencia de pareja, agresión, dominación subordinación.

Introducción

Aunque el noviazgo es una etapa agradable entre una pareja, donde ambos tienen la oportunidad de conocerse, en ocasiones dentro de esta relación se sufre violencia. La violencia en el noviazgo es un hecho frecuente pero poco reconocido como parte de la violencia escolar que afecta a miles de estudiantes. En décadas recientes, sin embargo, se ha ido visibilizando este problema como una de las principales manifestaciones de la violencia dentro de los espacios de educación superior.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres de cada 10 adolescentes llegan a denunciar la presencia de violencia en el noviazgo, y es posible que el resto lo mantenga en silencio al considerar que estas conductas son normales, que no aumentarán y no se atreven a denunciar (OMS, 2013). En el caso de México, nueve de cada 10 mexicanas, de entre 12 y 19 años, han sido agredidas durante el noviazgo según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017). Algunos datos estadísticos señalan que en México se ha encontrado que un 4.2% de las mujeres y un 4.3% de los varones han ejercido violencia psicológica, un 21% y un 19.5% de ambos sexos han llevado a cabo violencia física en el noviazgo, y mientras que un 7.5% de los varones han llevado a cabo violencia física y verbal (INEGI, 2017).

Según resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (EENDIREH), 2016, 1% de las mujeres de 15 años y más, 66.1% han enfrentado al menos un incidente de violencia por parte de cualquier agresor, alguna vez en su vida, 43.9% de las mujeres han sufrido violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, a lo largo de su relación. En los espacios públicos o comunitarios, 34.3% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia sexual (INEGI, 2017).

El incremento de la violencia en el noviazgo es importante hasta llegar a ser considerado un problema social ya que conlleva repercusiones personales, así como sociales en el afectado como en el victimario (Flores-Garrido y Barreto-Ávila, 2018). Por lo tanto, la violencia en las relaciones sentimentales se refiere a todo daño físico, emocional o sexual con el que se busca mantener el control en la otra persona. Al principio la violencia podría iniciar con un comentario incómodo, subir a un jaloneo y terminar en los golpes o situaciones más peligrosas que acabarían en tragedia.

De acuerdo con Flores-Garrido y Barreto-Ávila quienes en el 2018 definieron la violencia en el noviazgo de la siguiente manera: “todo ataque intencional de tipo sexual, físico o psíquico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación de noviazgo”. Aunque el problema es muy complejo, en la violencia en las relaciones de noviazgo se pueden identificar tres elementos esenciales: en primer lugar, la amenaza o la provocación (intencionada) de un daño real, ya sea físico, psicológico o sexual; en segundo lugar, el control o el dominio de un miembro de la pareja (mediante amenazas o tácticas coactivas/coercitivas) y, por último, que las amenazas, las coacciones, el control, la dominación o el daño se produzcan en el seno de una relación de noviazgo (Rubio, Carrasco, Amor y López; 2015).

Existen algunos estudios relacionados que abordan la temática sobre violencia en el noviazgo, por lo que a continuación se citan algunos.

En un estudio cuyo objetivo fue fortalecer el conocimiento sobre el comportamiento agresivo en parejas adolescentes de Costa Rica. Tomaron en consideración diferentes formas de agresión, en lugar de analizar únicamente agresiones físicas o sexuales; además estudiaron posibles diferencias en función del sexo. Basándose en un diseño ex post facto, aplicaron un instrumento estandarizado a 468 adolescentes de Heredia (Costa Rica), que analiza cinco formas de agresión: verbal-emocional; física; sexual; relacional y amenazas. Los resultados mostraron que son escasos los participantes en la investigación que no cometieron o sufrieron alguna agresión en pareja, especialmente verbales-emocionales o verbales-emocionales y sexuales, mencionaron que si bien la frecuencia de estas fue baja; además, se detectaron algunas diferencias significativas intersexos y de los hallazgos que obtenidos se concluyeron la existencia de dificultades en los adolescentes para afrontar, de forma constructiva, conflictos que se presentan en sus relaciones, algo que consideran debe ser abordado de manera integral para incrementar la eficacia de los programas preventivos para jóvenes (Fernández-Fuertes, Orgaz-Baz, De Lima-Silva, Fallas-Vargas y García-Martínez, 2015)

En otra investigación en México, con diseño no experimental y de carácter descriptivo, con el objetivo de determinar si existía la violencia en cualquiera de sus manifestaciones en el noviazgo en adolescentes, aplicaron un cuestionario a veinte mujeres adolescentes entre 15 y 18 años de edad, donde además se revelaron los valores que no se encuentran involucrados en sus relaciones de pareja en los resultados les surgieron similitudes entre ellas obteniendo así que la mayor parte sufre de violencia tipo psicológica y, por otro lado, una minoría recibe abuso de tipo físico y sexual. Además, encontraron que el respeto no es un valor que caracterice su relación de pareja. Son datos que nos van introduciendo al nuevo estilo de noviazgo que entre adolescentes se lleva, en el cual influyen muchos factores como familiares, ambientales, culturales, etc.; que, no importa donde ni cuando, siempre

tendrán consecuencias que se reflejan en la calidad de las relaciones interpersonales (Escoto, González, Muñoz y Salomón, 2017).

De igual forma en un estudio con el objetivo de explorar la frecuencia con que 295 varones, con edades entre 15 y 18 años, ejercían y sufrían violencia en sus relaciones de noviazgo, aplicaron la escala "Violence in Adolescents' Dating Relationships Inventory" que les indicó mayor frecuencia de respuesta en la violencia sufrida de control y aislamiento en comparación con la violencia verbal, física y sexual, encontraron asociación significativa positiva entre la duración de la relación y la satisfacción con la misma, y entre la perpetración y victimización de conductas de control y aislamiento; también encontraron una correlación negativa entre la satisfacción de la relación y la violencia sufrida directa severa. Los resultados sugirieron una posible bidireccionalidad de la violencia en el noviazgo y mayores niveles de satisfacción de la relación se asociaron a menores niveles de violencia.

En un trabajo realizado en el Estado de México, en donde se presentan los resultados de una investigación realizada con metodología mixta, en la que analizaron el nivel de incidencia de la violencia en el noviazgo entre estudiantes universitarias, y la manera en que ésta repercute en sus experiencias estudiantiles. Para ello utilizaron como fuente cuantitativa la Encuesta sobre Violencia en el Noviazgo, como réplica de la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVINOV) aplicada de manera representativa a estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS). Como fuente cualitativa usaron entrevistas a profundidad realizadas con estudiantes universitarias sobrevivientes de violencia en el noviazgo. Ambas aproximaciones a la problemática les permitieron visibilizar la forma en que la violencia de género en las relaciones íntimas afecta a las estudiantes y con ello refuerza el sistema de desigualdades de género en la sociedad

Entre los múltiples daños que causa la vivencia de violencia en la pareja para las mujeres adolescentes se encuentra el bajo rendimiento académico, el abandono de los estudios, la pérdida de espacios y el estrés postraumático (Flores-Garrido y Barreto-Ávila, 2018).

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe Violencia en el noviazgo en adolescentes estudiantes de preparatoria?

De igual forma los objetivos para este estudio fueron los que se describen a continuación:

Objetivos

Objetivo General

Describir la presencia de violencia en el noviazgo en adolescentes en estudiantes de preparatoria.

Objetivos específicos:

Caracterizar a la población estudiantil de acuerdo con sus variables sociodemográficas.

Identificar la presencia de violencia por coerción

Identificar la presencia de violencia sexual

Identificar la presencia de violencia instrumental

Identificar la presencia de violencia de género

Identificar la presencia de violencia física

Identificar la presencia de violencia por desapego

Identificar la presencia de violencia por humillación

Identificar la presencia de violencia por castigo emocional

Material y Métodos

Estudio: cuantitativo, descriptivo, transversal.

Se realizó en la Preparatoria pública de la ciudad de Morelia, Michoacán durante el mes de abril del 2019. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo constituida por cien estudiantes de los diferentes semestres 2º, 4º y 6º.

Para llevar a cabo la aplicación de las encuestas se solicitó a la Preparatoria la autorización por la Facultad de Enfermería ambas dependiente de la UMNSH.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Estar inscrito en la preparatoria.

Tener una relación de pareja de noviazgo o haber tenido una de por lo menos con un mes de duración

Tener entre 14 y 19 años de edad.

Criterios de exclusión

Adolescentes que pertenecían a la preparatoria.

Personas menores de 14 años o mayores de 19 años,

Adolescentes que no habían tenido una relación de noviazgo de por lo menos un mes de duración.

Adolescentes que decidieron no participar.

Criterios de eliminación

Se eliminó a aquellos estudiantes que no contestaron más del 90% del cuestionario

Se elaboró una ficha de variables sociodemográficas que contenía, edad, semestre en el se encontraba estudiando el adolescente estudiante de preparatoria, religión y si se encontraba laborando.

Se incluyo la pregunta: ¿existe violencia en tu domicilio por parte de tus padres o tutores? Con opción de respuesta dicotómica: si o no

Instrumento: Se utilizó el cuestionario de violencia entre novios (CUVINO), Este consta de 42 ítems que evalúan la victimización de los participantes en sus relaciones interpersonales afectivas de pareja; Estos ítems describen situaciones de abuso que pueden darse en las relaciones afectivas, con respuesta escala tipo Likert de cinco alternativas (donde 0 es Nunca, hasta 4-Casi siempre) validado en España, México y Argentina (Rodríguez-Franco, López-Cepero, Rodríguez, Bringas, Antuña y Estrada, 2010). Se encuentra estructurado en ocho factores que dan cuenta de ocho subtipos de violencia y que están definidos por los autores de la siguiente manera:

1. Violencia por Coerción: Presiones ejercidas para forzar la voluntad o conducta.
2. Violencia Sexual: Comportamientos sexistas-sexuales.
3. Violencia de Género: Desestimación sexista de la condición del género opuesto.
4. Violencia instrumental: Utilización de medios indirectos con el objetivo de infligir daños o sufrimiento a la pareja.
5. Violencia física: Utilización de fuerza física como forma de violencia.
6. Violencia por desapego: Comportamientos relacionados con una actitud de indiferencia y descortesía hacia la pareja y sus sentimientos.
7. Violencia por humillación: Críticas personales dirigidas contra la autoestima y orgullo personal de la pareja, a través de abandono y denegación de apoyo y conductas tendentes a rebajar la estimación de una persona.
8. Castigo emocional: Demostraciones de enfado ficticias por parte del otro que resultan poco adaptativas y convenientes en una relación de pareja.

Para esta investigación se tomó en consideración lo que establece la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, por lo que se considero estudio de bajo riesgo y se elaboro el consentimiento informado (Ley General de salud, Art 96).

Diseño estadístico: para este estudio se utilizo estadística descriptiva frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas y los datos se procesaron con el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS V. 23

Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio se encontró que el 61% de los encuestados eran mujeres, el 14% estudiantes del 6to semestre, el 75% tenían 17 años de edad, el 81% refirió ser de religión católica, 8% mencionaron que existe

violencia al interior de sus domicilios por parte de sus padres o tutores, dichos datos se ubican y se muestran en la tabla número.

Tabla 1 Variables sociodemográficas de los adolescentes estudiantes de preparatoria, 2018

Variable		f	%
Sexo	Masculino	39	39
	Femenino	61	61
Semestre	2°	14	14.0
	4°	36	36.0
	6°	50	50.0
Adolescentes con empleo	Si	25	25.0
	No	75	75.0
Edad	15	13	13.0
	16	22	22.0
	17	45	45.0
	18	12	12.0
	19	8	8.0
Religión	Católica	81	81.0
	Testigo de Jehová	4	4.0
	Cristiano	11	11.0
	Ateo	4	4.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

También se indagó sobre la presencia de violencia al interior de su domicilio, por parte de sus padres o tutores y la respuesta obtenida de los adolescentes de preparatoria fue que el 8% refirieron que, si existe violencia al interior de sus domicilios, los datos se encuentran en la tabla que numerada con el dos.

Tabla 2***Presencia de violencia al interior del domicilio de los adolescentes estudiantes de preparatoria.***

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Presencia de violencia	8	8.0
Si		
No	92	92.0
Total	100	100.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

En lo que respecta sobre la presencia de violencia en adolescentes estudiantes de preparatoria, en la escala general, se encontró que el 97% de los adolescentes presentaron un bajo nivel de violencia en el noviazgo y el 3% presento un alto nivel de violencia en el noviazgo tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3***Nivel de violencia general en el noviazgo en adolescentes estudiantes de preparatoria***

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

<i>Presencia de violencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Bajo nivel	97	97.0
Alto nivel	3	3.0
Total	100	100.0

Debido a que existen diversas formas de violencia de acuerdo con el cuestionario CUVINO, los resultados encontrados sobre violencia por factores: desapego 99% bajo nivel de violencia, por humillación bajo nivel 98%; violencia sexual 94% fue baja, por coerción 97% reporto violencia baja, violencia física, lo que se localizo fue que 97% fue bajo nivel, de igual forma en el factor violencia de género los resultados mostraron que el 97% reporto baja violencia, mientras que el nivel de violencia en el factor emocional se encontró con el 98% de los adolescentes que calificaron con violencia baja; finalmente en el factor violencia instrumental el 95% se ubico con violencia baja, tal como se muestra en la tabla número 4.

Tabla 4**Presencia de violencia por factores, en el noviazgo en *adolescentes estudiantes de preparatoria.***

Factor	Nivel de violencia	f	%
Desapego	bajo	99	94.0
	Alto	1	1.0
Humillación	bajo	98	94.0
	Alto	2	1.0
Sexual	bajo	94	94.0
	Alto	6	6.0
Coerción	bajo	97	97.0
	Alto	3	3.0
Física	bajo	97	97.0
	Alto	3	3.0
De género	bajo	97	97.0
	Alto	3	3.0
Castigo emocional	bajo	98	97.0
	Alto	2	3.0
Instrumental	bajo	95	97.0
	Alto	5	3.0
Total		100	100.0

Nota: f= Frecuencia, % = Porcentaje.

Discusión

En este estudio donde se obtuvieron niveles bajos de violencia, sobresaliendo solo dos tipos de violencia; sexual con 6% e instrumental 5%, sin embargo, en todas las formas en niveles bajos o altos se reporto la presencia de violencia similar a lo reportado en Colombia en 2013 en el que obtuvieron como resultado un 85.6% de los estudiantes reporto haber ejercido conductas violentas de tipo psicológicas, físicas, emocionales y sexuales (Martínez y Rey; 2014).

De igual manera los resultados obtenidos en esta muestra son similares a lo reportado por Cárdenas, Zamorano, Hernández, Hernández, Vargas y Parra (2013) quienes refieren en sus resultados que un 6% de las y los encuestados han sufrido algún tipo de violencia en su relación, el 27% afirmo discutir más de dos veces a la semana con su pareja así como el 17% afirmo que su pareja invade su privacidad, lo que significo que en todos los participantes se encontró la presencia de violencia en alguna de sus formas.

Conclusiones

La violencia en la pareja se construye entre dos, primeramente, como una escalada verbal y después física, cuyo punto final es la agresión que termina con el enfrentamiento y con la situación así generada, por lo que es importante continuar investigando este tema y emprender acciones de prevención por parte de los profesionales de enfermería que modifiquen la conducta de adolescentes en situación de violencia.

Referencias bibliográficas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (14 de junio de 1991). Artículo 96 [Investigación para la Salud] Ley General en Salud. Capítulo único título quinto.

Escoto, S. M. Y., González, C. M., Muñoz, S. A. Y Salomón, Q. Y. (2017). Violencia en el noviazgo adolescente. Instituto de la familia Guatemala 08(02). 1-33 Recuperado de:

<http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/46/43>

Fernández-Fuertes, A. A., Orgaz-Baz, B., De Lima-Silva, M., Fallas-Vargas, M. A, García-Martínez, J. A. (2015) Agresiones en el noviazgo: Un estudio con adolescentes de Heredia. *Revista Electrónica Educare*, 19(3). 1-27 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5169748>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (EENDIREH). Recuperado de:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Martínez, J. A., Rey, A. C. A. (2014). Prevención de violencia en el noviazgo: una revisión de programas publicados entre 1990 y 2012. *Pensamiento psicológico*. 1(12). 117-132. Recuperado de:

<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/591/1511>

Natalia Flores-Garrido, N. y Barreto-Ávila, M. (2018) Violencia en el noviazgo entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México: un análisis mixto. *Universia*. 9(26), 42-63. Recuperado de:

<https://www.ries.universia.unam.mx/index.php/ries/article/view/290/1109>

Organización mundial de la salud (OMS). (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres, recuperado de:

https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=1389:la-oms-lanza-informe-sobre-salud-mundo-2013&Itemid=214

Peña, C. F., Zamorano. G. B., Hernández, R. G., Hernández, G., M. de la L., Vargas. M. J. I. P. S. V. (2013). Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes

mexicanos

Revista Costarricense de Psicología, 32(1). 27-40, Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748711003.pdf>

Rodríguez, R., Riosvelasco, L. y Castillo, N. (2018). Violencia en el noviazgo, género y apoyo social en jóvenes universitarios. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 11(1), 1–9. recuperado de: <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.2203>

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, B. J., Rodríguez, D. F. J. Bringas, M. C. M. A., Antuña, B. M.A. y Estrada, P.E. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CCUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 6, 45-52, Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_45-52.pdf

Rubio, F. Carrasco, M. Amor, P. y López, M. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de psicología jurídica*, 25, 47-56. Recuperado de: http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/8una_mirada_integrativa_intervención.pdf

Zulic, A. CH. (2016). Violencia en las relaciones de pareja adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en adolescentes chilenos (Trabajo de grado/ Tesis de maestría, Chile Universidad Alberto Hurtado). Recuperado de: <http://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/8212/MCPSZulic.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Percepción de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos

Ma. Martha Marín Laredo marthita_marin@yahoo.com.mx.

Josefina Valenzuela Gandarilla

josefina_vgandarilla@yahoo.com.mx

Ruth. E. Pérez Guerrero

peegasso@gmail.com

Moises Andrade Vargas

moizezandradee5@gmail.com

Vanessa Yunuen Piña García

vanessa_garcia_151@hotmail.com

Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

Introducción. La calidad es uno de los principales aspectos a tomar en cuenta cuando se habla de atención en salud. La satisfacción está relacionada directamente con las expectativas que el paciente tiene y el servicio que en realidad recibe, en este caso del personal de enfermería. **Objetivo.** Evaluar la percepción de la calidad de la atención de enfermería brindada a los pacientes que acuden a atención médica al Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán. **Material y métodos.** Investigación no experimental, descriptiva y transversal. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Previo consentimiento informado se aplicó cuestionario autodirigido a 120 usuarios. El instrumento utilizado fue el SERVQHOS- E (Barragán y Manrique, (2010) modificado por (Marín, Álvarez, Valenzuela & Dimas (2017) con una confiabilidad de alfa de Cronbach de .908. Este instrumento fue modificado por los autores de la investigación y tiene una confiabilidad con alfa de Cronbach de .950. **Resultados.** El 64.2% (77) tiene más de 43 años de edad; El 77.5% (93) son del sexo femenino; el 67.5% (81) son del interior de estado de Michoacán; el 41.7% (50) refirió que la atención de enfermería era mucho mejor de lo que esperaba y el 33.3% (40) mejor de lo que esperaba. **Conclusiones.** Los resultados obtenidos reflejan que el personal de enfermería que labora en esta institución brinda una atención de calidad, esto según la percepción de los usuarios.

Palabras clave: confianza, eficacia, atención, seguridad, calidad

Introducción

La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (Esan, 2016, p. sp).

En México la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), concibe la calidad como: “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficaz que brinda el personal de enfermería, a la persona de cuidado, esto de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del individuo familia y/o comunidad, así mismo del prestador de servicios de salud “. (Marín, Álvarez, Valenzuela & Dimas, 2017, pág. sp)

La calidad brindada se ha puesto en tela de juicio a lo largo de los años en nuestro estado y con fines de conocer cuál es la percepción de la calidad brindada a los usuarios se realizó esta investigación.

Planteamiento del problema

Satisfacción lograda en los usuarios con base en la calidad en la atención brindada por el personal de enfermería.

Enfermería es sin duda alguna una de las áreas más importantes en la atención de los servicios de salud, los enfermeros son el personal que mayor contacto tiene durante la recuperación con los usuarios, es por ello que esta área debe representar un mayor compromiso en acciones de calidad, la calidad en enfermería se reflejara cuando el personal mantenga un compromiso de actualización continua de procedimientos, fundamento y conocimiento de principios y normas que rigen sus labores.

La calidad es uno de los principales aspectos a tomar cuando se habla de a atención en salud es el logro de los mayores beneficios posibles de la atención en salud con los menores riesgos para el paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que “La calidad consiste en la ejecución de acuerdo a estándares de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición” (García, Hernández, Arana, & García, 2011, p. sp).

Para saber si se están proporcionando cuidados de calidad es indispensable la evaluación, pues con ella detectamos los puntos vulnerables que requieren una

mayor atención. “El profesional de enfermería debe constantemente interrogarse sobre la forma de proporcionar una mejor atención a los pacientes, con el objetivo de alcanzar la perfección en el cuidado y la atención, ya que siempre existe la posibilidad de mejorar la práctica de la profesión” (Torres, & Buitrago, 2011, pág. sp).

La calidad y la satisfacción son dos conceptos que tienen gran interés y aplicación en la gerencia. Ambos han sido estudiados desde mediados del siglo XX. Sin embargo, hablar de calidad y satisfacción aún resulta complejo. La literatura evidencia múltiples definiciones que impiden conocer una definición universal. Existe consenso en que la calidad, con relación a la satisfacción, debe ser vista bajo dos tendencias: objetiva y subjetiva. La primera, enfocada en el productor y la segunda, en el consumidor (Ruales & Ortiz, 2015, pág. sp).

La valoración del cuidado de enfermería hace parte importante de la gerencia del cuidado que ejercen las enfermeras en cada una de las áreas de desempeño, siendo de esta manera necesario realizar acciones para mejorar la salud de los pacientes y propiciar un entorno adecuado. En enfermería lo primordial es valorar las necesidades de los pacientes con el fin de satisfacerlas con las intervenciones y actividades de enfermería. Siendo prioritaria la participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad. Según lo anterior podemos decir que la satisfacción percibida por el paciente es un producto de la atención hospitalaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se prestan y la percepción, es el eje central de una interacción activa y efectiva entre las enfermeras y el paciente. A nivel de enfermería existe preocupación por la percepción del cuidado de enfermería en las diferentes áreas de atención hospitalaria, quizá porque el mecanismo propio del sistema de salud hace más difícil el reto de concentrarse en la persona a quien se cuida (Torres, & Buitrago, 2011, pág. sp; Torres, & Buitrago, 2011; Torres, & Buitrago, 2011).

Preguntas de investigación

Central

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención de enfermería brindada a los pacientes en el Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán?

Pregunta secundaria

¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, salario, lugar de procedencia, ocupación, estado civil) que influyen en la percepción de la calidad de la atención de enfermería brindada a pacientes que acuden a atención médica al Centro Estatal Oncológico de Morelia, Michoacán?

Objetivos

General

Evaluar la percepción de la calidad de la atención de enfermería brindada a los pacientes que acuden a atención médica al Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán.

Específico

Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, salario, lugar de procedencia, ocupación, estado civil) que influyen en la calidad de la atención que enfermería brindada al pacientes que acuden a atención médica en el Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán.

Material y métodos

Trabajo no experimental, descriptivo y transversal. Los datos se obtuvieron a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicaron 120 entrevistas a los usuarios del Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán. Previo a ello se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes de la institución. Se proporcionó el consentimiento informado a los usuarios. La entrevista se llevó a cabo con el instrumento denominado SERVQHOS-E. De los autores Barragán y Manrique en 2010, modificado por Marín, Álvarez, Valenzuela, & Dimas (2017) con una confiabilidad de alfa de Cronbach de .908.

El instrumento se modificó por los autores de esta investigación, agregando el ítem 27 en la segunda dimensión que es calidad subjetiva del servicio de enfermería. Quedando conformado así por cuatro dimensiones siendo la primera dimensión datos sociodemográficos con siete preguntas (ítems 1 a 7), la segunda dimensión datos laborales con tres preguntas (ítems 8 a 10), la tercera dimensión calidad objetiva del servicio de enfermería con cuatro preguntas (ítems 11 a 14) y por último la dimensión denominada calidad subjetiva del servicio de enfermería con trece preguntas (ítems 15 a 27), con el cual la confiabilidad de alfa de Cronbach se incremento a .950. La información obtenida se capturó en el **Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales** (SPSS) versión 25.

Población y muestra

En esta investigación la población son los usuarios del Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán. La muestra se conformó de 120 usuarios del Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán con previo consentimiento informado.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Todas (os) las (os) pacientes del Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán que aceptaron contestar el cuestionario y que tuvieron mínimo 24 horas de hospitalización.

Criterios de exclusión

Todas (os) las (os) pacientes Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán que no quisieron contestar el cuestionario y que no tuvieron mínimo 24 horas de hospitalización.

Criterios de eliminación

Cuestionario que tengan más de una respuesta seleccionada o que estén incompletos.

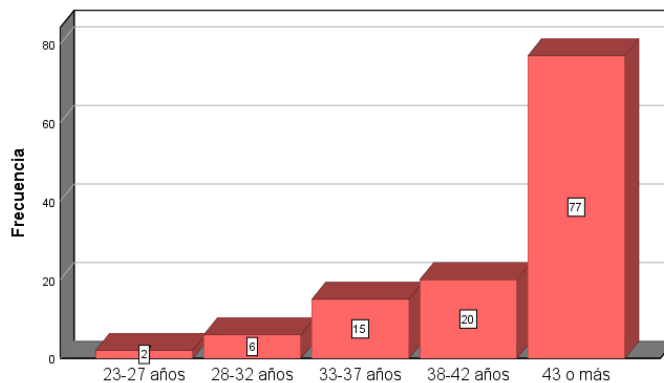
Resultados

De los 120 usuarios encuestados en el Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán se precisan los siguientes resultados:

Datos sociodemográficos

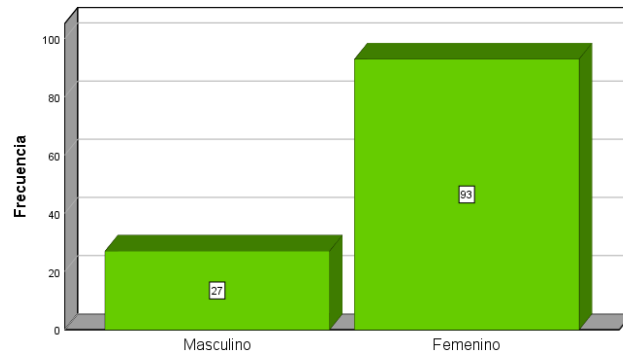
La edad de usuarios que acuden al Centro Estatal Oncológico de Morelia Michoacán fue de 23 a 27 años con un 1.7%, (2), de 28 a 32 años el 5.0% (6), de 33 a 37 años el 12.5 % (15) de 38 a 42 años el 16.7% (20) y de más de 43 años de edad el 64.2 % (77). Por tanto, el rango de edad con mayor prevalencia es de 43 años o más años de edad. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Edad de los usuarios en años cumplidos



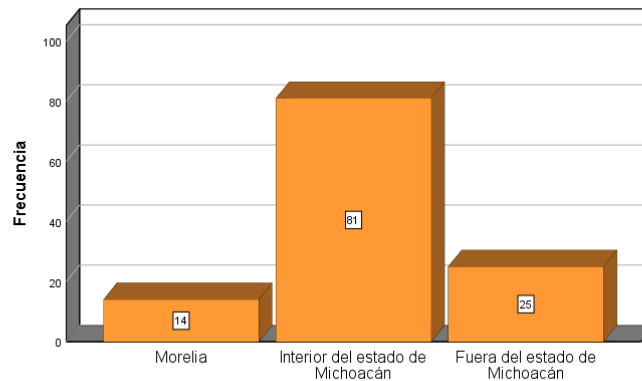
El sexo femenino es el que predomina en el Centro Estatal Oncológico con un 77.5 % (93) y el masculino con un 22.5 % (27). (Gráfico 2).

Grafico 2. Hombre o mujer



Referente al lugar de procedencia de los usuarios el 67.5% (81) son del interior del Estado de Michoacán; el 20.8% (25) son de otros estados de la Republica Mexicana y el 11.7% (14) son de Morelia. (Gráfico 3).

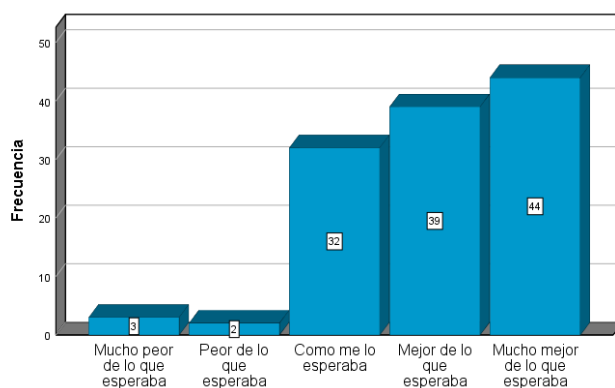
Gráfico 3. Lugar de origen



Percepción de los usuarios respecto a la calidad de la atención de Enfermería

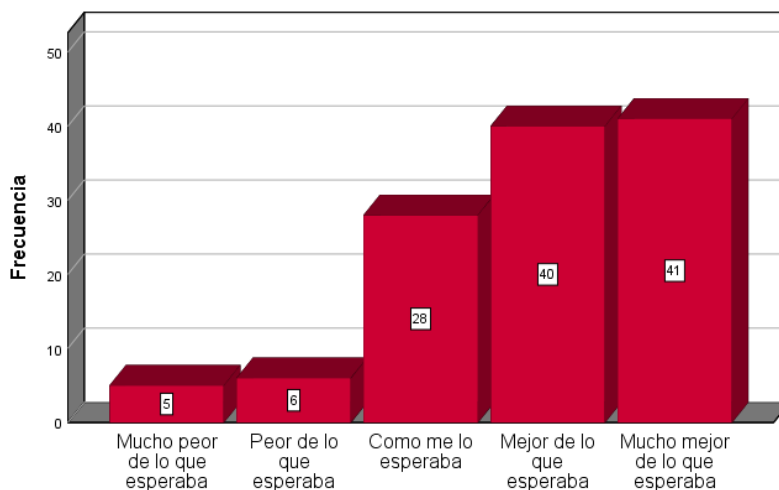
El interés que tiene el personal de enfermería por hacer agradable la estancia hospitalaria nos arroja que los pacientes mencionan “mucho mejor de lo que esperaba” con un 36.7% (44) y 32.5 % (39) refieren “mejor de lo que esperaba”, el restante en otras opciones de respuesta. (Tabla y gráfico 4).

Gráfico4. El personal de enfermería se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable



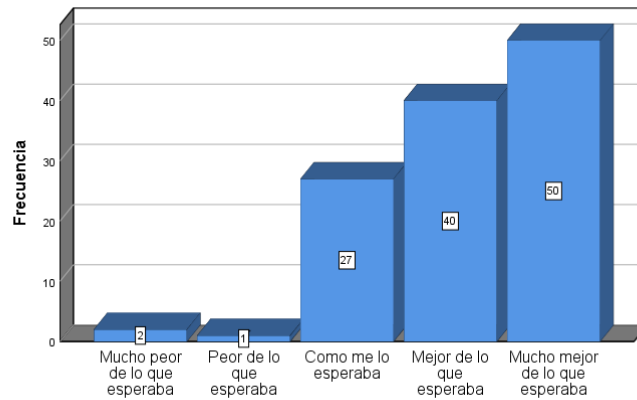
En cuanto a la información que brinda el personal de enfermería a los usuarios se precisa 34.2% (41) “mucho mejor de lo que esperaba” y el 33.3% (40) “mejor de lo que esperaba”. (Gráfico 5).

Gráfico 5. El personal de enfermería le informa sobre los cuidados o actividades que debe realizar



Referente a como consideran los usuarios la atención que les proporcionó el personal de enfermería el 41.7% (50) mencionó “mucho mejor de lo que esperaba” y el 33.3 % (27) refirió “mejor de lo que esperaba”, el restante en otras opciones. (Tabla y gráfico 7).

Gráfica 7. Como se considera la atención que le proporciono el personal de enfermería



Discusión

Torres, C, C., Buitrago, V, M. durante el año 2011 realizaron la investigación sobre la “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados”, los principales resultados fueron que los pacientes del estudio están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia en el hospital, la valoración que dieron los pacientes en general fue excelente con un porcentaje de 58.7, seguido de muy bueno con 29.3 %, bueno con 10.7 % y regular con 1.3 %. , los cuales son similares a los resultados obtenidos en el Hospital Oncológico de Morelia Michoacán, ya que demuestran el buen nivel de la atención brindada por parte del personal de enfermería.

Borré, O., M., Y., & Vega, V., Y., en 2014 realizaron una investigación en Barranquilla Colombia, cuyo objetivo fue “Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados”. Los resultados obtenidos fueron: el 44% hombres y el 56% mujeres, con una media de 48.5 años. La calidad percibida de a atención de enfermería es “Peor y mucho peor de lo que esperaba”, “como esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que espera” en un 78%. El 48.7% estuvo “muy satisfecho”, el 48.1% “satisfecho”, y el 3% “poco y nada satisfecho”. Nuevamente los niveles de satisfacción coinciden con los de nuestra investigación ya que los usuarios afirman que la calidad es buena, y esto confirma que ambas instituciones cuentan con personal capacitado no solamente científicamente sino humanizado.

Conclusiones

Al evaluar la percepción de la calidad de la atención de enfermería brinda a los pacientes que acuden atención médica al Centro Estatal Oncológico de Morelia

Michoacán, los resultados obtenidos reflejan que el personal del área de enfermería que laboran en dicha institución brinda una atención de calidad. Los mismos nos indican que en el Centro Estatal de Atención Oncológica son atendidos mayormente pacientes del sexo femenino y originario. Los factores sociodemográficos de los usuarios no influyen en la percepción de la calidad en la atención brindada por parte del personal de enfermería.

Los pacientes encuestados refirieron que los factores institucionales (insumos, turnos, recurso humano, servicio) no interfieren en el nivel de calidad brindada por las y los enfermeros, ya que en cualquier área en la que se le atendía el personal sabía cómo y con que realizar los procedimientos, esto, en los tres turnos en que labora el hospital.

Las autoridades de la institución tuvieron total disposición y apoyo, para que se llevara a cabo la investigación dentro del Hospital y directamente con los usuarios y de la misma forma durante las entrevistas los usuarios mostraron disposición y sinceridad con cada una de las preguntas, favoreciendo así la fluidez y rapidez de aplicación del instrumento.

Sugerencias

A las autoridades profundizar en el tema trabajar en áreas de oportunidad que se presentan y probablemente estén afectando el nivel de calidad, para que de esta forma puedan dar solución y aumentar sus niveles y obtener pacientes con una mayor satisfacción en su atención hospitalaria.

Referencias

- Barragán, J. y Manrique. (2010). Validez y confiabilidad del Servqhos para Enfermería en Boyacá, Colombia VOL.28, (2) p. 48-61.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21376>
- Borré, Y. y Vega, Y (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3): 81-94,
https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf
- García, H., M., L., Hernández, O. Y., Arana, G., B. & García, O., A., L. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor (2011). PDF. Retrieved 10 de 08 de 2018 from PDF:
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/CALIDAD_DEL_CUIDADO_DE_ENFERMERIA.pdf
- Marín, L., Ma., M., Ma., Álvarez, H., C., G., Valenzuela, G., J. & Dimas, P., C. (2017). Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. estudio comparativo. *Revista de Tecnicas de la Enfermería.*

https://www.ecorfan.org/republicofperu/research_journals/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermeria/vol1num1/Revista_de_Tecnicas_de_Enfermer%C3%ADa_V1_N1_2.pdf

Torres, C. C. & Buitrago, V. M. (2011). Percepcion de la calidad del cuidado de enfermeria en pacientes oncologicos hospitalizados. *Revista Cuidarte*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178007>

Dieta cetogénica para la pérdida de peso

¹ Mayra García-Mondragón, ² Ana Gabriela Campos- Arroyo

¹ Universidad de Durango campus Morelia, Facultad en Nutrición, ² Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería.

Correo de correspondencia: agcampos@umich.mx

Resumen

La dieta cetogénica fue diseñada como parte de la terapia para niños con epilepsia que ya no responden a un tratamiento médico y en cuyo caso las crisis epilépticas ya eran muy continuas. Hoy en día, esta dieta tiene un nuevo uso “la pérdida de peso” este nuevo enfoque parte de una base fisiológica y bioquímica que explican cómo a través de la creación de cuerpos cetónicos por medio del metabolismo, se induce la pérdida de peso e incluso algunos autores mencionan la reducción de parámetros que miden el riesgo de enfermedades cardiovasculares con esta información pareciera que entonces la dieta cetogénica podría considerarse seriamente para ser pilar del tratamiento nutricional en la pérdida de peso, por ello el objetivo de esta revisión documental es analizar los fundamentos metabólicos y clínicos para su uso como parte del tratamiento de la obesidad. Se trata de un artículo de divulgación, por lo que se realizó una búsqueda de la información en las bases de datos Scielo, Redalyc y Pubmed, tomando en cuenta las palabras clave dieta cetogénica, dieta cetogénica clásica y pérdida de peso. El tipo de publicaciones contempladas fueron artículos originales, reportes de caso y ensayos controlados aleatorizados, publicados entre los años 2020-2010. Los artículos analizados arrojaron información que indica que la dieta cetogénica puede ayudar a la pérdida de peso disminuyendo el tejido graso, con ello la persona que padece obesidad y tiene riesgo de enfermedad cardiovascular podría mejorar su calidad de vida y por consiguiente mejorar parámetros de riesgo como los triglicéridos, el colesterol total y el aumento de HDL o lipoproteínas de alta densidad, sin embargo hacen falta más estudios controlados aleatorizados que evidencien como los diferentes tipos de dietas cetogénicas pueden reducir el peso corporal, por cuanto tiempo se debe de seguir esta dieta y cuáles pueden ser los posibles efectos adversos de la misma.

¿Qué es la dieta cetogénica?

Se denomina dieta cetogénica (DC) a aquella rica en grasa y pobre en proteínas y carbohidratos, diseñada para remedar los cambios bioquímicos asociados con el

ayuno y conseguir el efecto que éste ejerce en el control de las crisis epilépticas. La DC mantiene un estado anabólico en una situación metabólica de ayuno (Stasfstrom y cols., 2004) y (Pedrón y cols.,2016)

La DC se logra cuando se priva al cuerpo de su principal fuente de energía que son los carbohidratos y en consecuencia se le priva de glucosa, la característica principal de esta dieta es aportar entre 20 y 50 gramos al día de este macronutriente aumentando las proporciones de proteínas y grasas, generalmente porcentajes muy altos (Paoli y cols., 2018)

Cuando la disponibilidad de glucosa tanto la que se obtiene por los alimentos como la de la producción endógena disminuye y ya no es posible satisfacer las necesidades del cuerpo, se dice que comienza un proceso metabólico denominado cetogénesis, esto es una ruta alternativa para proporcionar energía en forma de cuerpos cetónicos y reemplazar a la glucosa como fuente primaria de energía. Ahora bien, el nombre de los cuerpos cetónicos que el cuerpo produce como nueva fuente de energía son 3: acetoacetato que luego se convierte en beta-hidroxibutirato y acetona. Estos se acumularán en el cuerpo a medida que se mantenga una dieta cetogénica (Veech y cols., 2014)

¿Qué compone la dieta cetogénica?

Existen diferentes tipos de dietas cetogénicas como los son: la dieta cetogénica estándar que debe contener un 70% del valor calórico total de una dieta en forma de alimentos con alto aporte de grasa, un 20% que corresponde al aporte de proteínas y lo restante al 100% que sería un 10% en forma de carbohidratos, siendo este tipo de dieta la más utilizada para la pérdida de peso (Johnstone y cols., 2008).

Por otra parte, está la llamada dieta cetogénica cíclica, dieta cetogénica dirigida ambas se aplican hoy en día en entrenamiento físico. Y por último está la dieta cetogénica alta en proteína y que también se ha utilizado para la pérdida de peso; esta dieta se diferencia de la clásica en cuanto a una distribución de los macronutrientes (Diagrama 1) (Shilpa y cols., 2018).

Es importante saber que, al momento de implementar este tipo de dietas, se puede tener efectos secundarios, como lo son la falta de energía, irritabilidad, estreñimiento, calambres y en el 30% de los casos halitosis (mal aliento). Por ello este tipo de dieta se recomienda que se lleve a cabo por un periodo mínimo de 3 semanas hasta un máximo que varía de 6 a 12 meses (Ting y cols., 2018)

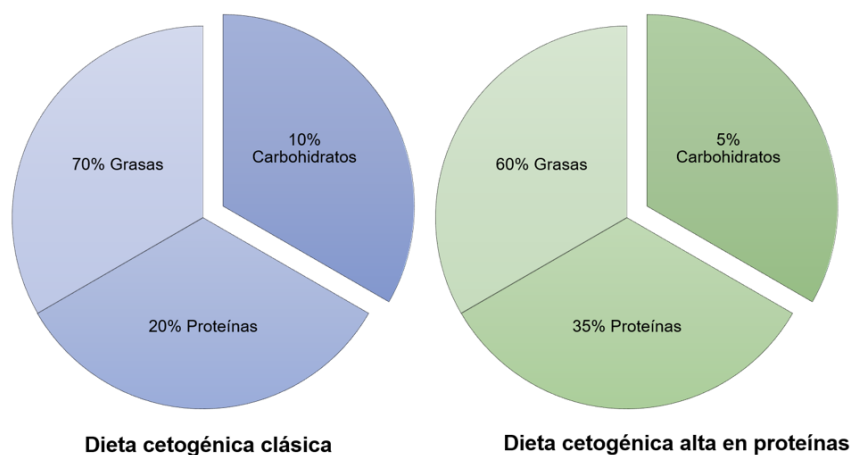


Diagrama 1. Comparación de la DC clásica y DC alta en proteína: distribución del porcentaje de macronutrientes. Tomada de Shilpa y Mohan (2018).

Dieta cetogénica y la pérdida de peso.

Se cree que la dieta cetogénica puede ayudar en la pérdida de peso, debido a que genera cuerpos cetónicos para abastecer al cuerpo de otra fuente de energía, estos cuerpos cetónicos inducen una reducción de apetito especialmente el β -hidroxibutirato, por otra parte, el alto aporte de proteínas tendría la función de generar en la persona saciedad. Se ha demostrado que la dieta cetogénica es efectiva a corto plazo para la pérdida de peso (Bueno, 2013)

Y otra parte importante es, que la dieta cetogénica reduce el proceso de lipogénesis es decir la síntesis de ácidos grasos que se almacena en forma de tejido adiposo y, a su vez se promueve el proceso contrario (lipólisis) que en términos generales sería la movilización de lípidos del tejido adiposo y así iniciaría la pérdida de peso a expensas del tejido adiposo o masa grasa.

Además de tener ese efecto positivo, las dietas cetogénicas bajas en carbohidratos también reducen drásticamente parámetros de riesgo cardiovascular como: triglicéridos y colesterol total, también se ha visto el aumento en las cifras de HDL (lipoproteína de alta densidad) que comúnmente este parámetro se encuentra en valores muy bajos en personas que padecen obesidad, o enfermedad cardiovascular (Oh y cols., 2020).

Algunas evidencias científicas actuales de la dieta cetogénica en la pérdida de peso se muestran en la tabla 1.

Título y autor	Sujetos y duración de la dieta	Protocolo dietético	Resultados
<p>Título: Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low fat diet for longterm weight loss: a metaanalysis of randomised controlled trials. Autores: Bueno NB, de Melo IS, de Oliveira SL, da Rocha Ataide T (2013)</p>	<p>-Búsqueda de ensayos controlados aleatorios, En el análisis general, cinco resultados revelaron resultados significativos para la pérdida de peso N=1415 pacientes.</p>	<p>Dieta cetogénicas muy baja en carbohidratos <50 g/día es decir el 10% del valor calórico total en un periodo de seguimiento de 12 meses.</p>	<p>Las personas asignadas a una dieta cetogénicas muy baja en carbohidratos mostraron una disminución del peso corporal.</p>
<p>Título: Weight loss, improved physical performance, cognitive function, eating behavior, and metabolic profile in a 12-week ketogenic diet in obese adults. Autores: Mohorko N, Černelič-Bizjak M, Poklar-Vatovec T, Grom G, Kenig S, Petelin A, Jenko-Pražnikar Z. (2018)</p>	<p>N= 35 adultos obesos sedentarios (13 hombres, 25 mujeres), de 37 ± 7 años con un IMC 36.1 ± 5.6 kg / m²</p>	<p>Se le sometió a una dieta cetogénica < 50g/día por 12 semanas entre marzo de 2017 y junio de 2017.</p>	<p>En lo que refiere a la pérdida de peso: hubo una disminución del apetito, pérdida de peso significativa de los participantes (-18 ± 9 kg hombres vs. -11 ± 3 kg mujeres).</p>

<p>Título: Effects of low-carbohydrate diets vs low-fat diets on body weight and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomised controlled trials.</p> <p>Autores: Nadia Mansoor, Kathrine J. Vinknes, Marit B. Veierød, Kjetil Retterstøl (2016)</p>	<p>N= 11 ensayos controlados aleatorios con 1369 participantes cumplieron con los criterios para ser elegidos.</p>	<p>Evaluaron los efectos de las dietas bajas en carbohidratos vs las dietas bajas en grasas sobre la pérdida de peso y los factores de riesgo de eventos cerebrovasculares. La dieta baja en carbohidratos con < 20g/día con una duración de 6 meses.</p>	<p>Los participantes con dietas bajas en carbohidratos mostraron los siguientes resultados: Mayor reducción en el peso corporal (diferencia de media ponderada -2 · 17 kg; IC del 95%: -3 · 36, -0 · 99) Reducción de Triacilgliceroles (diferencia de media ponderada -0 · 26 mmol / l; IC 95% -0 · 37, -0 · 15) Aumento en el colesterol HDL (diferencia de media ponderada 0 · 14 mmol / l; IC 95% 0 · 09, 0 · 19) Aumento del colesterol LDL (DMP 0 · 16 mmol / l; IC 95% 0 · 003, 0 · 33).</p>
--	--	--	---

Tabla 1. Evidencia de dietas cetogénicas y pérdida de peso. Elaboración propia.

Conclusiones

Existe evidencia que muestra que la dieta cetogénica puede ayudar a la pérdida de peso disminuyendo el tejido graso, con ello la persona que padece obesidad y tiene riesgo de enfermedad cardiovascular podría mejorar su calidad de vida y por consiguiente mejorar parámetros de riesgo como los triglicéridos, el colesterol total y el aumento de HDL o lipoproteínas de alta densidad. Sin embargo, también debe tomarse en cuenta que como todo tipo de dieta esta debe implementarse a personas que por su condición de salud obtengan el máximo beneficio, recordando los efectos secundarios que conlleva el seguir esta dieta y no sobrepasar el tiempo que se sugiere para llevarla (máximo de 12 meses).

Referencias

- Bueno NB, de Melo IS, de Oliveira SL, da Rocha Ataíde T. (2013). Very-low carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Nutr*;110(7):1178–87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651522>
- Johnstone A.M., Horgan G.W., Murison S.D., Bremner D.M., Lobley G.E. (2008). Effects of a high-protein ketogenic diet on hunger, appetite, and weight loss in obese men feeding ad libitum. *Amer. J. Clin. Nutr*;87:44–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18175736>
- Mansor, N., Vinknes, K., Veierod, M. and Retterstol, K. (2016). Effects of low-carbohydrate diets v. low-fat diets on body weight and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Nutr.* 115(3): 466-79. doi: 10.1017 / S0007114515004699.
- Mohorko, N., Cernelic, M., Poklar, T., Grom, G., Kenig, S., Petelin, A. and Jenko, Z. (2019). Weight loss, improved physical performance, cognitive function, eating behavior, and metabolic profile in a 12-week ketogenic diet in obese adults. *Nutr Res.* 62: 64-77. doi: 10.1016 / j.nutres. 2018.11.007.
- Oh, R. and Uppaluri, K. (2020). Low Carbohydrate Diet. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537084/>
- Owen O.E. (2005). Ketone bodies as a fuel for the brain during starvation. *Biochem. Mol. Biol. Educ*;33:246–251. doi: 10.1002/bmb.2005.49403304246. <https://iubmb.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bmb.2005.49403304246>
- Paoli, A. (2014). Ketogenic diet for obesity: friend or foe? *International journal of environmental research and public health*, 11(2), 2092-2107. doi:doi:10.3390/ijerph110202092.
- Shilpa, J., & Mohan, V. (2018). Ketogenic diets: Boon or bane? *The Indian journal of medical research*, 148(3), 251–253. doi:10.4103/ijmr.IJMR_1666_18 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251269/#!po=72.2222>.
- Pedron, C. (2016). Manual para la práctica de la dieta cetogénica. Recuperado de https://senpe.com/documentacion/grupos/estandarizacion/manual_dieta_cetogenica.pdf
- Stafstrom CE, Rho JM. (2004). *Epilepsy and the ketogenic diet*. Totowa NJ: Humana Press. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59259-808-3_1
- Ting, R., Dugré, N., Allan, G. M., & Lindblad, A. J. (2018). Ketogenic diet for weight loss. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(12), 906. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371871/>
- Tony, K., Divyanjali, P., y Sai Krishna G. (2017). Ketogenic diet in the management of diabetes. *Indo Am J Pharm Res*;7:8109–15 https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Indo+Am+J+Pharm+Res&title=Ketogenic+diet+in+the+management+of+diabetes&author=K+Tony+David&author

=P+Divyanjali&author=G+Sai+Krishna&volume=7&publication_year=2017&pages=8109-15&

Veech, RL. (2004). The therapeutic implications of ketone bodies: The effects of ketone bodies in pathological conditions: Ketosis, ketogenic diet, redox states, insulin resistance, and mitochondrial metabolism. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*;70:309–19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769489>

Nivel de liderazgo en el personal de enfermería de un hospital de Morelia, Michoacán

L.E.ONC. Gloria Correa Vieyra
L.E.A. Guadalupe Ortiz Mendoza
M.N.H. Evelia Sarahi Figueroa Gutiérrez
M.D.H. María del Carmen Jiménez Martínez
M.S.P. José de Jesús Galicia Hernández
D.E. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Resumen

El liderazgo se define como el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de los miembros de un grupo y se reconoce como un componente fundamental que influye en la efectividad general de una organización.

Objetivo. Establecer los niveles de liderazgo en el personal de enfermería en un hospital de Morelia Michoacán.

Método. Se utilizó un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, analítico y transversal el de temporalidad en un hospital de Morelia fue aplicado a un grupo de enfermeras de un hospital de diferentes servicios. Se adaptó un cuestionario con validez y fiabilidad para identificar los tipos de liderazgo. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento "Cuestionario de Liderazgo (versión L)" Dicho instrumento fue sometido a un análisis de confiabilidad aplicándole el Alpha de Cronbach obteniendo un valor de .911 y se reconfirmo por el método de mitades de Spearman Brown obteniendo un valor de .943, lo cual lo hace ser un instrumento confiable y digno de ser reproducido. Los valores lo hacen ser un instrumento válido.

Resultados. 42 enfermeras de un Hospital de Morelia Michoacán con un promedio de edad de 26 a 35 años. El 23.8 % (10) que corresponde a un frecuencia aproximada de 42 participantes tienen un nivel de liderazgo bajo, el 21.4% (9) tienen un nivel de liderazgo medio, el 16.7% (7) nivel de liderazgo medio alto, el 19.0 % (8) de las enfermeras participantes en el estudio tienen un nivel de liderazgo bajo y 19% (8) con nivel de liderazgo alto.

Conclusiones. Se concluye en este trabajo que, existe un nivel de liderazgo medio bajo en el personal de Enfermería de un Hospital en Morelia.

Del total de la población de 42 de las enfermeras que participaron en el estudio, mostraron que las características sociodemográficas son un estándar en la población de Enfermería. Es decir, que son características de cohorte comunes en la disciplina de Enfermería a nivel nacional. Existen múltiples factores que favorecen a que Enfermería no desarrolle su liderazgo.

Palabras Claves. Liderazgo, Hospital, Personal de Enfermería, Calidad.

Objetivo.

Determinar los niveles de liderazgo en el personal de Enfermería de un Hospital de Morelia, Michoacán.

Método.

El estudio toma un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, analítico y transversal. Se aplicó a un grupo de 42 enfermeras que laboran en diferentes servicios en un Hospital de Morelia Michoacán. El periodo de aplicación del estudio fue de octubre del año 2018 a diciembre del mismo año.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo debido a que utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Cuenta con un enlace descriptivo pues estudia situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales. Estos estudios proveen un gran número de hipótesis, miden de manera más independiente y precisa los conceptos o variables a los que se refieren.

Este estudio es analítico porque establece relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad con lo que se pueden probar hipótesis específicas previas surgidas de un estudio descriptivo.

En el presente proyecto se utilizó el método deductivo, ya que se estudia el fenómeno de lo general a lo específico, con la finalidad de llegar de manera sucesiva a un punto de vista más particular. Este método se eligió en especial para facilitar la lectura y la comprensión del lector, por lo tanto, permite analizar de manera más clara y precisa los contenidos temáticos desarrollados dentro de cada marco perteneciente a la presente investigación.

Población

El universo de estudio fue conformado por las enfermeras adscritas en un Hospital de Morelia Michoacán, distribuidas en los diferentes servicios de la unidad de salud. El grupo fue de 42 enfermeras las cuales se eligieron por conveniencia, con un rango de 25 a 45 años de edad promedio, estado civil casadas, número de hijos promedio de 1 a 3, de religión católica, con predominio de diferentes pasatiempos como lectura y ejercicio al aire libre, teniendo la mayoría de la población una categoría de enfermera general con escolaridad de licenciatura distribuidas en los diferentes turnos y en los diferentes servicios.

Instrumentos

Se realizó la adaptación de un cuestionario autoaplicado (versión L), idioma español, con validez y fiabilidad para identificar los tipos de liderazgo de un grupo de 42 enfermeras de un Hospital de Morelia, Michoacán. El método empleado es de adaptación y validación de un cuestionario. Se selecciona una muestra de 42 enfermeras adscritas en los diferentes servicios del Hospital, todas mayores de 18 años. El cuestionario se fundamenta teóricamente en las ideas de B.M.Bass, quien defiende 2 tipos de liderazgo: el transaccional y el transformacional. La versión consta de 45 ítems y se denomina MLQ-5X. Se realiza un consentimiento informado de carácter anónimo con apego legal a los artículos 13, 14 y 22 de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. Se aplicó también la ficha de identificación en la que se analizan las variables sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, religión, categoría laboral, servicio, turno, número de hijos, usando un método de componentes principales.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser enfermera de la institución de salud en la que se realizó el estudio, encontrarse distribuida en los diferentes servicios que integran el Hospital y haber aceptado participar en el presente proyecto de investigación. Dentro de los criterios de exclusión encontramos a las enfermeras del Hospital de la ciudad de Morelia en el que se realizó el estudio y no aceptaron participar en la investigación por diferentes motivos como vacaciones, incapacidades y falta de interés en el tema.

Entre los criterios de eliminación tenemos a las enfermeras del Hospital de Morelia objeto del estudio que sí participaron en la muestra y no contestaron de forma completa el instrumento para identificar los diferentes tipos de liderazgo y las enfermeras integrantes del equipo de investigación.

La variable dependiente está conformada por las enfermeras que desconocen su tipo de liderazgo y puede ser funcional para mejorar los diferentes servicios. La variable independiente es ser enfermera del Hospital de Morelia Michoacán elegido para el estudio de investigación.

Resultados

Se entrevistaron a 42 enfermeras las cuales se eligieron por conveniencia de un Hospital de Morelia Michoacán con un promedio de edad, con un rango de 26 a 35 años, el 40.5% (17), seguido de las que tienen de 36 a 45 años 28.6% (12), con menor frecuencia las que se encuentran en el rango de edad de 46 a 55 14.3% (6), después las de 56 a 65 años 9.5% (4) y por último y con menor frecuencia las que se encontraban en edad de 20 a 25 años 7.1% (3). Representando un total del

100% (42) son del género femenino, distribuidas en los diferentes turnos, el 42.9% (18) turno matutino, 21.4% (9) turno vespertino, el 19% (8) turno nocturno y el 16.7% (7) jornada acumulada. El estado civil del total de las entrevistadas, el 59.5% (25) de las participantes fueron casadas y el 40.5 % (17) solteras. Según su religión, los resultados fueron 85.7% (36) católicas, 9.5% (4) cristianas, el 2.4% (1) manifestó ser testigo de Jehová y el 2.4% (1) a otra religión. Se observa en cuanto al número de hijos que el 81%(34) manifestó tener entre 1 a 3 hijos, 14.3% (6) no tener hijos y el 4.8% (2) tener 4 o más hijos. En la categoría laboral, 47.7% (20) de las enfermeras participantes han sido contratadas como enfermeras generales, el 42.9% (18) tienen código de contratación como enfermera auxiliar y por último y con menor frecuencia el 4.8% (2) fueron contratadas como enfermera especialista y el mismo porcentaje que corresponde a 4.8% (2) como jefes de servicio.

Con respecto a la escolaridad se muestra que el 76.2 % (32) tienen un grado de preparación de nivel licenciatura, seguido de las que tienen nivel técnico 11.9% (5), con menor frecuencia 4.8%(2) con formación postécnico y con la misma frecuencia 4.8% (2) de preparación de maestría y el 2.4% (1) con especialidad. Por lo que corresponde al servicio el 40.5%(17) están adscritas al servicio de hospitalización, 19% (8) se desempeñan en consulta externa, con menos frecuencia se encuentran las enfermeras que trabajan en el servicio de quimioterapia con una frecuencia de 14.3% (6), seguido de las enfermeras que desempeñan con funciones administrativas que corresponde a 9.5% (4), con menor frecuencia 4.8% (2) las que están en el servicio de braquiterapia, 4.8% (2) las que trabajan en cuidados intensivos, con frecuencia similar 4.8% (2) las que desempeñan en el servicio de quirófano y por ultimo con menor frecuencia las que trabajan en el área de CEyE con un 2.4%(1) participante.

La distribución de la escala de calificación el 23.8 % (10) que corresponde a un frecuencia aproximada de 42 participantes tienen un nivel de liderazgo bajo, el 21.4% (9) tienen un nivel de liderazgo medio, el 16.7% (7) nivel de liderazgo medio alto, el 19.0 % (8) de las enfermeras participantes en el estudio tienen un nivel de liderazgo bajo y 19% (8) con nivel de liderazgo alto. (Véase Tabla 1)

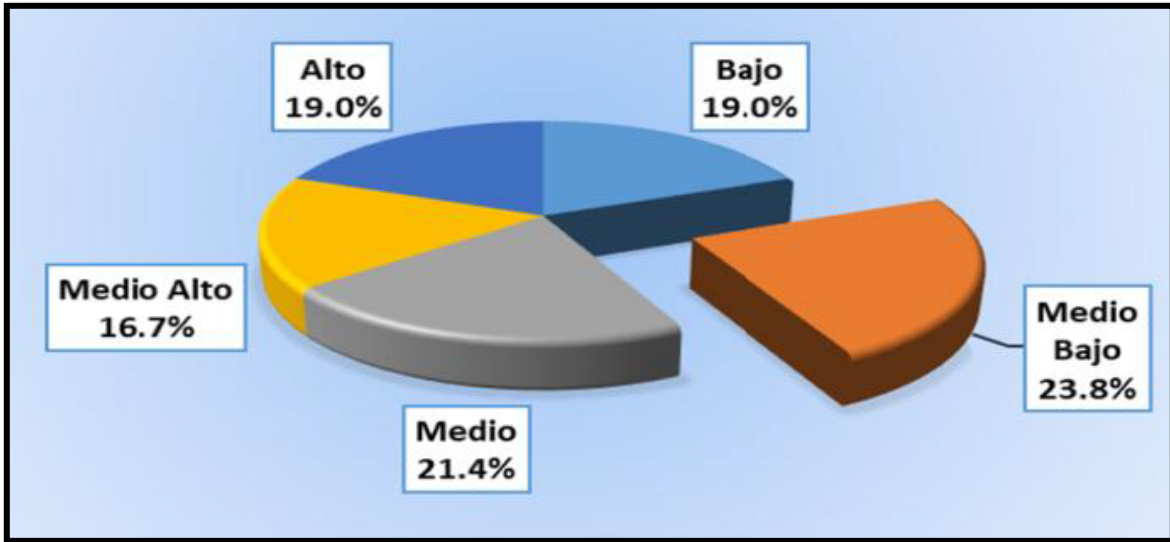
Tabla 1. Nivel de liderazgo de las enfermeras participantes en el estudio.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo	8	19
Medio Bajo	10	23.8
Medio	9	21.4
Medio Alto	7	16.7

Alto	8	19
Total	42	100

Fuente: Cuestionario de Liderazgo Versión L.

Gráfico 1. Nivel de liderazgo de las Enfermeras participantes en el estudio.



Fuente: Cuestionario de Liderazgo Versión L.

La variable edad y la escala de calificación del cuestionario de liderazgo Versión L, fueron asociadas en el cual observamos una relación, muy marcada con los rangos de edad de las participantes de 56 a 65 años 4(9.5%) tienen un nivel de liderazgo alto, de 36 a 45 años 2(4.8%), de 46 a 55 años 1(2.4%) y del rango de edad de los 20 a 25 años tienen 1(2.4%), dentro del nivel de liderazgo medio alto la mayor frecuencia fue para el rango de edad de 36 a 45 años 3(7.1%), siguiendo el de 26 a 35 años 2 (4.8%) y con la misma frecuencia para el rango de 46 a 55 años 2 (4.8%). Las participantes tienen un nivel de liderazgo medio con un rango de edad de 26 a 35 años 5(11.9%), 46 a 55 años 2 (4.8%), de 20 a 25 y de 36 a 55 tienen la misma frecuencia 1 (2.4%), el nivel de liderazgo medio bajo se encuentra con mayor frecuencia en el rango de 26 a 35 años 6(14.3%), siguiendo el rango de 36 a 45 años 4(9.5%) y sin frecuencia los demás rangos. Observamos que entre los 26 a 35 años corresponde el 4(9.5%) continuando con menor frecuencia de los 36 a 45 años 2(4.8%) y con la misma frecuencia de los 20 a 25 y de los 46 a 55 años 1(2.4%), observando que la edad es una variable significativa para que se tenga un nivel de liderazgo alto. (Véase Tabla 2.)

Tabla 2. Relación de la variable sociodemográfica edad con el nivel de liderazgo de las Enfermeras participantes.

Edad	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto	Total
20 a 25	1 (2.4%)		1 (2.4%)		1 (2.4%)	3 (7.1%)
26 a 35	4 (9.5%)	6 (14.3%)	5 (11.9%)	2 (4.8%)		17 (40.5%)
36 a 45	2 (4.8%)	4 (9.5%)	1 (2.4%)	3 (7.1%)	2 (4.8%)	12 (28.6%)
46 a 55	1 (2.4 %)		2 (4.8%)	2 (4.8%)	1 (2.4%)	6 (14.3%)
56 a 65					4 (9.5%)	4 (9.5%)
Total	8 (19.0%)	10 (23.8%)	9 (21.4%)	7 (16.7%)	8 (19.0%)	42 (100%)

Fuente: Cuestionario de Liderazgo Versión L.

El estado civil distribuido por nivel de liderazgo quien tiene un nivel alto son las casadas 5(11.9%) y con menor frecuencia las solteras 3(7.1%), en la variable de religión el valor modal fue la católica con el 6(14%) y la misma frecuencia de 1(2.4%) para la cristiana, los testigos de Jehová entre otras, por lo que esta variable no es significativa para el nivel de liderazgo. En relación a la categoría laboral, tenemos que el nivel de liderazgo alto es para las enfermeras generales 5(11.9%), siguiendo las enfermeras auxiliares 2(4.8%) y con menor frecuencia las enfermeras especialistas 2(4.2%). Por lo que se determina que el nivel de liderazgo es independiente de la categoría de las participantes. (Véase Tabla 3.)

Tabla 3. Relación de la variable sociodemográfica escolaridad con el nivel de liderazgo de las enfermeras participantes.

Escolaridad	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto	Total
Técnico	2 (4.8%)		1 (2.4%)	1 (2.4)	1 (2.4%)	5 (11.9%)
Pos técnico					2 (4.8%)	2 (11.9%)

Licenciatura	5 (11.9%)	9 (21.4%)	8 (19.0%)	5 (11.9%)	5 (11.9%)	32 (76.2%)
Especialidad		1 (2.4%)				1 (2.4%)
Maestría	1 (2.4%)			1 (2.4%)		2 (4.8%)
Total	8 (19.0%)	10 (23.8%)	9 (21.4%)	7 (16.7%)	8 (19.0%)	42 (100%)

Fuente: Cuestionario de Liderazgo Versión L.

En relación al turno, en el matutino existe liderazgo alto 4(9.5%) con la misma frecuencia en el vespertino y nocturno 2(4.8%). A diferencia del nivel de liderazgo medio alto se presenta con la misma frecuencia 3(7.1%) en el turno matutino y vespertino y en el turno nocturno se tiene con menor frecuencia 1(2.4%). Considerando que esta variable sociodemográfica si es significativa para que el personal de enfermería ejerza un liderazgo alto.

En relación con los servicios de adscripción, se encontró que en donde se encuentra con mayor frecuencia un nivel de liderazgo alto es en consulta externa 5(11.9%) seguido del servicio de hospitalización se tiene el 2(4.8%) y con menor frecuencia encontramos 1(2.4%) en CEyE, se tiene que en donde se presenta todos los niveles de liderazgo bajo, medio bajo, medio, medio alto, alto es el servicio de hospitalización, en tanto que en los demás servicios como braquiterapia, cuidados intensivos, quirófano, ceye, consulta externa, y en la administración se tiene con la misma frecuencia 1(2.4%), por lo que el servicio es significativo para el nivel de liderazgo.

Conclusiones

Al termino de este proyecto de indagación y de acuerdo con los resultados obtenidos hemos podido definir, concretar y confirmar, que existe un nivel de liderazgo medio bajo en el personal de enfermería de un Hospital en Morelia, Michoacán. Ya que existen múltiples factores que no permiten el desarrollo profesional del personal de enfermería.

Las enfermeras que participaron en el estudio mostraron que las características sociodemográficas son un estándar en la población de enfermería, es decir, que son características de cohorte comunes en la disciplina de enfermería a nivel nacional. Además, existen múltiples factores que impiden a que la enfermería como profesión no desarrolle su liderazgo.

El contexto en el que se dan los resultados es un ámbito hospitalario, en donde existe la hegemonía de poder, es decir, un hospital en donde está delimitada y socialmente identificada la profesión de enfermería en ser de menor rango que otra profesión.

Con esto, se puede decir que las enfermeras en su práctica cotidiana se encuentran supeditadas a indicaciones que se deben seguir en el día a día de una jornada laboral, por lo que, a pesar de ser una profesión indispensable en un hospital, esto le impide actuar de manera independiente.

Enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar y el trabajo se realiza con el objetivo de lograr el bienestar del paciente, mayormente enfocado al cuidado. Sin embargo, el trabajo de cuidado de labor humana, no es reconocido por la sociedad ni por otras profesiones, reconociéndola incluso como un trabajo artesanal y no como una profesión científica, independiente y humanística igual a una licenciatura en medicina o una licenciatura en psicología.

Al ser un trabajo eminentemente femenino, el compañerismo, la equidad en el trabajo y el ambiente laboral, muchas veces se torna difícil y obstaculiza el liderazgo entre la propia disciplina. Sin embargo, se reconoce que existen enfermeras líderes que pueden ser identificadas de manera informal, lo cual no se reflejan en este trabajo, sin embargo algunas enfermeras líderes que se encuentran en el ámbito estatal y nacional con un buen nivel de liderazgo, tal es el caso de enfermeras líderes en puestos directivos, diputadas del Congreso del Estado de Enfermeras como presidentas de Asociaciones de Enfermería, líderes estatales responsables de programas y dirigiendo departamentos de enfermería.

Cabe señalar que, en este trabajo, se cuestiona, si el nivel de liderazgo tiene relación con la profesión de enfermería o con el sexo femenino, ya que se cree que no es una condición únicamente de la profesión de Enfermería sino de la condición humana.

Es necesario que enfermería reconozca la lucha por la solidaridad entre mujeres con respecto a las cuestiones sociales de género. Únicamente reconociéndonos como mujeres empoderadas y valiosas despertaremos en nosotras mismas el liderazgo que llevamos dentro, con nosotros, desde el nacimiento.

Es importante y necesario que la propia enfermera reconozca a la enfermera, como mujer, profesionista, experta mujer exitosa, trabajadora, así como sus logros personales, profesionales, familiares, sociales y de aceptación dentro de la institución donde labora y fuera de la misma, para que una vez reconocida por su compañera de trabajo, se vaya empoderando de su profesión y así mismo la sociedad le dé ese reconocimiento que le hace falta a la enfermera mexicana.

Referencias

- Bés C. G. (2004) Genero y enfermería. *Índex de enfermería*; 13(46): 07-08.
- Blázquez-Rodríguez, M. (2005). *Los componentes de género y su relación con la enfermería*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000300010
- Cano-Caballero, Gálvez MD. (2004). *Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio*.
- Crespo, M., López. J. (2008). *Cuidadoras y Cuidadores: El efecto de género en el cuidado no profesional de los mayores*. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. (1ª ed.) Madrid.
- Fajardo T. (2004). *Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200002
- Ganga, F., & Navarrete, E. (2013). *Enfoques asociados al liderazgo eficaz para la organización* (pp. 52-77). Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia.
- García, M., & Solarte. (2015). *formulación de un modelo de liderazgo desde las teorías organizacionales* (1st ed.). Colombia.
- Guerrero, s., & Cid, p. (2015). *Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo de enfermería*.
- Guevara, C. & Baltazar, R. (2010). *Liderazgo en enfermería* (1st ed., p. 265). Hidalgo.
- La edad y el trabajo*. (2019). Retrieved from <https://www.monster.es/orientacion-laboral/articulo/la-edad-y-el-trabajo>
- Blázquez-Rodríguez MI. *Los componentes de género y su relación con la enfermería*. (2005). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000300010
- La edad y el trabajo*. (2019). Retrieved from <https://www.monster.es/orientacion-laboral/articulo/la-edad-y-el-trabajo>
- Mauricio, A. (2012). *Mejores prácticas de liderazgo competitivo con valor*. [Place of publication not identified]: Editorial Academica.
- Nightingale, F. (2001). *Notas de Enfermería: que es y que no es*. 6ª. Reimp. Ed. Barcelona: Masson.

Revista científica pensamiento y gestión (2013) Revista de la escuela de negocios de la universidad del norte del Norte Barranquilla (Colombia) Universidad
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/index>
<https://betssy3961.wordpress.com/2007/01/19/liderazgo-en-enfermeria/>
http://www.trabajo.com.mx/caracteristicas_de_un_lider.htm

Soria, M. (2013). *Diseño de una Escuela de Liderazgo Enfermería*. Colombia: Pamplona.

Secretaria de Salud. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA 3 2013 para la Práctica de Enfermería en el Sistema de Salud.

Ventosa, F. (1984) *Historia de la enfermería española* (Madrid).

Voces de hombres por la igualdad de género [home page on the internet].
<http://vocesdehombres.wordpress.com/>

Estilo de vida saludable de los estudiantes de una escuela secundaria privada de Morelia Michoacán

E.S. Alan Lemus Marín
Dra. Ma. Martha Marín Laredo*
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*
marthita_marin@yahoo.com.mx

Resumen

Objetivo. Analizar los factores personales, escolares, alimentación, descanso y actividad física que influyen en el estilo de vida saludable de los estudiantes de una secundaria privada del ciclo 2019-2020 de Morelia, Michoacán. **Material y métodos.** Este trabajo es no experimental, descriptivo y transversal. Muestra de 50 estudiantes de secundaria. Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario elaborado por los autores de esta investigación, el cual consta de dos apartados, el primero de datos personales y escolares y el segundo que consta de tres dimensiones y quince preguntas con escala Likert. **Resultados.** El 64% respondió que siempre consumen al menos 3 raciones de frutas y verduras por semana. El 42% señaló “casi siempre” y “siempre” consume bebidas embotelladas como jugos y refrescos lo que es alarmante porque este tipo de bebidas contienen un alto índice de azúcar y favorece a las enfermedades como la diabetes mellitus. **Conclusiones.** Cuatro de cada diez consumen bebidas embotelladas como jugos y refrescos, predominando en los estudiantes de tercer año. Los estudiantes de primer año son los que más consumen productos chatarra como frituras, galletas, comida rápida, lo que favorece la obesidad y las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial. Respecto al sueño y descanso de tres de cada diez estudiantes se ve afectado por factores externos como la televisión y el uso de dispositivos móviles, predominando en los de tercer año.

Palabras clave: obesidad, enfermedades crónico degenerativas

Introducción

La Organización Mundial (OMS) refiere que el “estilo de vida saludable” es la forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (Amo y Bedia, 2016).

Los estilos de vida saludable son un estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente esta enmarcada dentro de la prevención de enfermedades como la obesidad, el sobrepeso, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en etapas tempranas de la vida, ocasionadas la mayoría de las veces por el consumo de productos poco saludables, el sedentarios, entre otros. (Gobierno de El Salvador, s.f.)

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud.

"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo". La salud es el "resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud". (Gobierno de El Salvador, s.f.). Los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico, hábitos de descanso, actividades recreativas y hábitos de alimentación.

De acuerdo a la Guía de Orientación Alimentaria de la Secretaria de Salud (SS, 2003), los hábitos alimentarios de la familia están influidos por varios factores; el lugar geográfico en donde viven (vegetación, clima,), "la disponibilidad de alimentos en la región y las diversas experiencias y costumbres que están presentes en cada comunidad, que van desde la manera en que se seleccionan y preparan los alimentos hasta la forma en que se consumen" (Solano, 2015).

Otros de los factores de riesgo físicos que influyen en los adolescentes se encuentran: Los videojuegos, televisión, tablets, celulares y computadoras, los jóvenes pasan varias horas sentados, sin gastar energía; al no ser utilizada se convierte en grasa y se acumula en el organismo generando sobrepeso y obesidad. Según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2006 en México el 40.4% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad son inactivos (realizan menos de 4 hrs. a la semana de actividad moderada y/o vigorosa). "Más de 50% de los adolescentes pasa más de dos horas diarias frente a un televisor y de éstos más de una cuarta parte hasta tres horas por día en promedio". (Centro Nacional para la Salud de la infancia y adolescencia, 2010). Por otra parte, Annichiarico (2002) señala que la actividad física (AF) hace referencia al movimiento, la interacción, el cuerpo y ejercicio físico, hábitos descanso, actividades recreativas y hábitos de alimentación.

El descanso, y entre ellos el sueño en la adolescencia sigue siendo una actividad biológica primordial, esto no significa que sea menos que en etapas posteriores, pero durante el descanso nocturno ocurre un fenómeno fisiológico decisivo en la maduración humana: la liberación de la hormona del crecimiento. Cuanto más descansados estamos, más motivados nos sentimos, la autoestima y la creatividad aumentan, y nos desenvolvemos mejor en la vida cotidiana. En las etapas de crecimiento, el descanso es una pieza fundamental para contribuir al desarrollo saludable

Se eligió este tema por que se considera que en esta etapa de la vida (adolescencia) es fundamental para el desarrollo de hábitos saludables que repercutirán en la etapa adulta, previniendo enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, cardiovasculares, entre otras). Es una problemática actual que afecta a los jóvenes de México y por ende a los adolescentes de Morelia, y dada su magnitud y transcendencia este problema puede afectar a los estudiantes en su aprendizaje, repercutiendo en el rendimiento escolar de los mismos y en su salud.

Objetivos

General

Analizar los factores personales, escolares, alimentación, descanso y actividad física que influyen en el estilo de vida saludable de los estudiantes de una secundaria privada del ciclo 2019-2020 de Morelia, Michoacán.

Específicos

Identificar los factores personales (edad, sexo) que influyen en el estilo de vida saludable de los estudiantes.

Distinguir el tipo de alimentación, descanso y actividad física que influyen en el estilo de vida saludable de los estudiantes.

Examinar los factores escolares (grado escolar) que influyen en el estilo de vida saludable de los estudiantes.

Material y métodos

Este trabajo es no experimental, descriptivo y transversal

Criterios de Selección

Inclusión:

- Estudiantes de primero, segundo y tercer año de la sección secundaria.
- Estudiantes que deseen participar en la investigación, previo consentimiento informado.

Exclusión

- Estudiantes de otros grados académicos.
- Estudiantes que no deseen participar en la investigación.

Eliminación

- Cuestionarios incompletos o con doble respuesta.

Universo

El universo fueron los de estudiantes de primero, segundo y tercer año de la secundaria privada de Morelia, Michoacán.

Muestra

La muestra por 50 estudiantes de primero, segundo y tercer año de la sección secundaria. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Técnica(s) de recolección de datos.

Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario elaborado por los autores de esta investigación, el cual consta de dos apartados: el primero de datos personales y escolares (preguntas del 1 al 3), y el segundo que consta de tres dimensiones y quince preguntas con escala Likert (preguntas del 4 al 18). Confiabilidad de .722 con alfa de Cronbach.

Resultados

De los 50 cuestionarios aplicados a los estudiantes se tienen los siguientes resultados:

El 36.0% (18) se ubica en 14 años de edad y el 34% (17) tiene 13 años y el restante en otras opciones de respuesta. Respecto al género el 54% (27) corresponden al sexo femenino y el 46% (23) al masculino. Referente al grado escolar, el 40% (20) correspondió al tercer año, el 34% (17) al primer año y el 26% (13) al segundo.

Del total de los estudiantes encuestados, el 64% (32) respondieron que “siempre” consumen al menos 3 raciones de frutas y verduras por semana, el restante se ubica en otras opciones de respuesta, lo cual significa que una mayoría importante de los estudiantes consume alimentos que favorecen su salud.

Respecto al consumo de alimentos de origen animal de 2 a 3 veces por semana el 52% (26) de los estudiantes respondió “siempre” y el 34% (17) “casi siempre”, el restante en otra opción de respuesta, lo que representa que un poco más de la mitad de los estudiantes encuestados consumen alimentos ricos en proteína, lo que favorece al realización de sus actividades diarias.

En relación al consumo de bebidas embotelladas como jugos y refrescos, el 32% (16) refirió “a veces”, mientras que el 42% (21) señaló “casi siempre” y “casi siempre”, el restante en otras opciones de respuesta, lo que es alarmante porque este tipo de bebidas contienen un alto índice de azúcar y favorece a las enfermedades como la diabetes.

En relación al consumo de productos chatarra como frituras, galletas, dulces, comida rápida el 46% (23) de los estudiantes precisó “a veces”, y 36% (18) señaló “casi siempre” y “siempre”, el restante en otra opción, este tipo de productos representa un riesgo en su salud ya que favorece la presentación de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial por su alto contenido en azúcares, y sodio.

Al asociar el grado escolar de los estudiantes con el consumo de productos chatarra se puede observar que hay un predominio de los estudiantes de primer grado hacia el consumo de este tipo de productos, seguidos por los estudiantes de segundo año y finalmente los estudiantes de tercer año.

El 76% (38) de los estudiantes encuestados comentó que “casi siempre” y “siempre” consume mínimo 2 litros de agua al día, el otro porcentaje en otras opciones de respuesta, esto se traduce en favor de la salud, ya que se mantienen hidratados y con un correcto funcionamiento de su organismo.

En referente a la actividad física diaria que realizan los estudiantes el 46% (23) respondió “siempre” y el 32% (16) “casi siempre”, el restante seleccionó otras respuestas, esto es beneficioso para la salud de los estudiantes, ya que la actividad física favorece a evitar enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, obesidad, fortalecimiento de los huesos y a un correcto funcionamiento del cuerpo.

El 28.0 % (14) refirió “casi nunca”, el 26.0 % (13) señaló “casi siempre y “siempre” que pasa más de 3 horas diarias jugando videojuegos, navegando en su dispositivo móvil o viendo la televisión, y el 24% (12) refirió “a veces”, el resto en otras opciones, esto representa que la mitad de los estudiantes tiene inactividad física, mientras que la otra mitad tiene actividades físicas, los que no realizan actividad física tienen mayor riesgo de tener obesidad y sobrepeso, y los estudiantes que realizan actividades físicas se mantienen en condiciones óptimas y con posibilidades de evitar patologías.

En relación al descanso y sueño de los estudiantes, el 52% (26) precisó que “nunca” y “casi nunca” y el 36% (18) respondió “casi siempre” y “siempre” se ven afectados por factores externos como la televisión y el uso de dispositivos móviles, y el resto respondió con otras opciones, lo que se traduce en que los estudiantes no cuentan con un horario de descanso apropiado, lo que puede repercutir en el realizamiento de sus actividades diarias.

En relación a la afectación del sueño por factores externos como la elaboración de tareas y trabajos escolares el 32% (16) dijo “a veces”, y el 44% (22) “siempre y casi siempre”, el resto en otras opciones.

Al relacionar el grado escolar con la afectación del sueño por la elaboración de tareas y trabajos escolares, los estudiantes que más presentan este problema son los de tercer año, seguidos de los de segundo y finalmente por los de primer año.

Conclusiones

Seis de cada diez alumnos consumen al menos tres raciones de frutas y verduras por semana y lo que más consumen estos alimentos son los del tercer año.

Las verduras son unos de los alimentos más saludables que existen ya que aportan una gran cantidad de nutrientes al organismo, tales como minerales y fibra. Este es tipo de alimentos favorece la salud de los estudiantes.

Siete de cada diez estudiantes consumo de lácteos tres veces a la semana se observa que los de tercer año son los que más consumen este tipo de alimentos. Los alimentos de origen animal, carnes y pescados, son una fuente de proteínas excelente, siempre y cuando el consumo sea moderado.

Cuatro de cada diez consumen bebidas embotelladas como jugos y refrescos, predominando en los estudiantes de tercer año. Así mismo, los estudiantes de primer año son los que más consumen productos chatarra como frituras, galletas, comida rápida, lo que favorece la obesidad y las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial.

Cinco de cada diez estudiantes tienen inactividad de más de tres de tres horas diarias debido a que se dedican a jugar con los videojuegos, navegando en su dispositivo móvil o viendo la televisión, los del tercer año presentan mayor inactividad por estos motivo. Cabe señalar, que una mayoría significativa comentó que realizaba siempre ejercicio.

Respecto al sueño y descanso de tres de cada diez estudiantes se ve afectado por factores externos como la televisión y el uso de dispositivos móviles, predominando en los de tercer año. En este mismo rubro cinco de cada diez no duermen lo suficiente debido a por factores externos como la elaboración de tareas y trabajos escolares, este problema es más en los de tercer año. El descanso, entre ellos el sueño en la adolescencia, sigue siendo una actividad biológica primordial en las esferas física y psicológica, ya dormir facilita la fijación de los contenidos en la memoria a largo plazo y por consiguiente es una actividad facilitadora del aprendizaje. El descanso motiva, incrementa la autoestima y la creatividad aumenta.

Referencias

Amo, F y Bedia, A. (2016). Recuperado el 02 de 11 de 2019, de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8915/Bedia%20Herrero%20A.pdf?sequence=4>

Bedia, A. (2016). Estilos de vida de los adolescentes y jóvenes y el impacto de la enfermería. *Tesis*. Cantabria: Universidad de Cantabria.

Centro Nacional para la Salud de la infancia y adolescencia. (2010). Recuperado el 18 de 09 de 2019, de http://cencia.salud.gob.mx/descargas/adoescencia/2010/Promocixn_de_Estilos_de_Vida_Saludable.pdf

Gobierno de El Salvador. (s.f.). Recuperado el 02 de 11 de 2019, de https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentaciones12072016/ESTILOS-DE-VIDA-SALUDABLE.pdf

OMS. (2019). Recuperado el 10 de 11 de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 02 de 11 de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Secretaria de Salud. (2003). *Secretaria de Salud*. Recuperado el 02 de 11 de 2019, de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4601/4449>

Solano, A. (2015). Recuperado el 09 de 11 de 2019, de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3190/TDUEX_2015_Solano_Garcia.pdf?sequence=1