

WAXAPA

Año 5. Número 9. Julio-Diciembre 2013



Revista del Área Académica de Ciencias de la Salud.
Universidad Autónoma de Nayarit.

DIRECTORIO UAN

Juan López Salazar

Rector

Jorge Ignacio Peña González

Secretario de Docencia

Rubén Bugarín Montoya

Secretario de Investigación y Posgrado

María Raquel Moya García

Coordinadora del Área de Ciencias de la Salud

Arturo Sánchez Valdés

Secretario de Servicios Académicos

Guadalupe Mendoza Gutiérrez

Directora del Taller de Artes Gráficas

Sara Bertha Lara Castañeda

Coordinadora de Publicaciones Periódicas

Alejandro Zambrano Parra

Director de la Unidad Académica de Medicina

Maritza Espericueta Medina

Directora de la Unidad Académica de Enfermería

David Martín Robles Romero

Director de la Unidad Académica de Odontología

Armando Aguilera Hernández

Director de la Unidad Académica de Medicina
Veterinaria y Zootecnia

Manuel Salinas Mardueño

Director de la Unidad Académica de Ciencias Químicas
Biológicas y Farmacéuticas

WAXAPA

Comité Editorial

María A. Arbesú (Cuba)
Esperanza Barrera (México)
Germán E. Berrios (Perú)
Helena L. Coelho (Brasil)
Jaime de las Heras (España)
Núria Homedes (EEUU)
Enrique E. Huitzil (México)
Álvaro Margolis (Uruguay)
María de J. Medina (México)
Julián Pérez (Cuba)
Ma. Esther Vaillard (México)
Carlos A. Viesca (México)

Directorio Revista

Rogelio A. Fernández
Director/Editor
Martha E. Cancino
Editora Ejecutiva
Karla Olivares
Coeditora
Edwin E. Contreras
Asistente de Edición

Editores Asociados

Alfredo Díaz
Historia y Filosofía de la Salud
Carlos S. Ron
Clínica, Terapéutica y Farmacología
Saúl H. Aguilar
Salud Pública y Sistemas de Salud
Norberto Vibanco
Biomedicina
Jaime F. Gutiérrez
Educación en Salud

WAXAPA, Año 5, No. 9, Jul-Dic 2013, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit, México. C.P. 63155. Correo electrónico: revistawaxapauan@uan.edu.mx, Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2011-103111253800-102 otorgada por el INADUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo" C.P. 63190. Tepic, Nayarit, México.

Los contenidos firmados son responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes, siempre y cuando se cite la fuente y no sea con fines de lucro.

CONTENIDO

Editorial	1
A proposito de la foto de la portada	2
Artículos originales	
Análisis de sobrevida de los pacientes con cáncer de células renales en tratamiento con sunitinib en la Caja Costarricense de Seguro Social en el periodo 2007 al primer semestre del 2012.	5
La salud sexual y reproductiva en adolescentes: asignatura pendiente en enfermería.	11
La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento	21
Momentos de cuidado según la teoría del Caring. La situación de Enfermería.	32
Instrucciones para autores	38

EDITORIAL



Estimados lectores:

La Universidad Autónoma de Nayarit se complace en ofrecer a la comunidad científica, profesionales, estudiantes, docentes y población en general del estado de Nayarit un número más de la Revista WAXAPA, órgano de difusión científica del Área Académica del Área de la Salud.

La Revista Waxapa es uno de los instrumentos más eficientes que tiene la UAN para lograr sus funciones sustantivas de difusión del conocimiento científico y vinculación con la sociedad. Waxapa se ha convertido en importante órgano de difusión arbitrado para investigadores de la región centro-occidente del país y canal comunicativo de interés para lectores interesados en temas de salud en nuestro estado.

Como toda institución en constante desarrollo, la Revista Waxapa, en su ya importante historia ha ido ascendiendo en una espiral hacia la consolidación de sus indicadores de calidad: el ISSN, la indización, primero con IMBIOMED, a la que se unió recientemente LATINDEX y en un futuro próximo el apegará a las Recomendaciones para manuscritos enviados a revistas biomédicas, redacción y preparación *de la edición de una publicación* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

En este número damos la bienvenida a un nuevo cuerpo directivo conformado por destacados docentes e investigadores de nuestra Universidad en quienes hemos confiado esta ardua tarea. Ellos se han propuesto unir sus esfuerzos para llevar a esta revista a los más elevados planos de calidad y convertirla en referencia obligada de las investigaciones en salud en la región. Consideramos de enorme importancia el trabajo del Comité Editorial donde participan prestigiados investigadores mexicanos y extranjeros; reconocemos y agradecemos su participación.

Aprovecho esta vía para hacerles llegar mis más sinceros deseos de bienestar y felicidad para el 2014, año que seguramente será de éxitos para la Revista WAXAPA.

C.P. Juan López Salazar

Rector de la Universidad Autónoma de Nayarit



A propósito de la foto del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” en la portada de WAXAPA.

Hemos querido inaugurar esta nueva etapa de la revista Waxapa con una nueva portada donde aparecerá cada número una foto alegórica a la salud. La de este número fue tomada originalmente en febrero de 2009 por el Dr. Roque Rendón. Nada más significativo para Nayarit y su capital Tepic que el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” (antes Hospital General de Tepic). A muchos lectores jóvenes o no informados este nombre no les dice nada. Para informarles sobre la trascendencia del Dr. González Guevara y honrar su memoria, hemos seleccionado y reacomodado algunos pasajes del libro *Cirujano y Hombre* de Pedro López Díaz, unido a una semblanza que sobre su padre nos hizo el Dr. Ignacio J González Angulo.

Este destacado médico nació en Mazatlán, Sinaloa, 21 de marzo de 1913 y murió en Tepic, Nayarit, 6 de enero de 2004. Hijo de Antonio González Lie y de Leonor Guevara Morales; fue el mayor de

cinco hermanos. Casó en 1939 con María Inocencia Angulo Araico, tuvo cuatro hijos: Antonio José, Georgina María, Gabriela e Ignacio Javier. Se graduó en la Universidad de Guadalajara como Médico Cirujano y Partero en 1938 yéndose a trabajar a la población de Tecuala, Nayarit y al año de estancia fue llamado por las autoridades en salud del estado para trabajar en el Hospital Civil de Tepic, dedicándose mayormente a la cirugía general en ese hospital y en instituciones privadas como la Cruz Roja de Tepic, así como atendió consulta particular. En 1957 le fue encomendada la jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública de Nayarit hoy Servicios de Salud de Nayarit donde permaneció en esa calidad durante 33 años consecutivos, habiendo servido en sus funciones de promover la salud al pueblo de Nayarit durante las gestiones de los gobernadores Francisco García Montero, Julián Gazcón Mercado, Roberto Gómez Reyes, Rogelio Flores Curiel, Emilio Manuel González Parra y Celso Humberto Delgado Ramírez retirándose de la función pública en 1991. Recibió sendos reconocimientos por su labor ininterrumpida a los 25 años de servicio de parte de los trabajadores de la SSA en 1983 y a los 30 años por el Gobierno del Estado de Nayarit en 1988. Se jubila de la federación en 1991 dedicándose a sus aficiones sociales: jugar tenis, viajar, disfrutar a su familia y tomar clases de pintura en el Museo Emilia Ortiz con fines de terapia recreativa. Durante su permanencia al frente de los servicios de salud pública, su gestión incluyó entre muchas otras, la detección de que Nayarit ocupaba el primer lugar de mortalidad por tétanos

en la república, había habido incluso un caso de tétanos quirúrgico. Al dejar los servicios, el tétanos en Nayarit ya ocupaba un decimoquinto lugar. Otra actividad que promovió fue el inicio en el Hospital Civil de Tepic que hoy lleva su nombre, de una serie de intervenciones quirúrgicas en la especialidad de ortopedia y en el Centro de Salud "Juan Escutia" la rehabilitación y la elaboración de aparatos ortopédicos para los pacientitos ya afectados por la patología. Esto dió origen a que el Secretario de Salud en turno Dr. Jorge Jiménez Cantú y el Gobernador del Estado don Roberto Gómez Reyes al darse cuenta de lo que se estaba haciendo en aspecto de rehabilitación en el mencionado centro tomaran el acuerdo para llevar a cabo la construcción de un centro para esas actividades específicas y ése fue a la postre el nacimiento de lo que hoy conocemos como el CREE (Centro de Rehabilitación y Educación Especial). Finalmente, fue en su tiempo, precisamente en el año de 1976 cuando inició la primera de las sucesivas remodelaciones que se le han hecho al Hospital Civil. En el resto del aspecto sanitario, el doctor Guevara (como se le conoció afectivamente) inició entre otras actividades imposibles de enumerar todas por tratarse de 33 años de función pública, la promoción del saneamiento urbano, reglamentando la actividad de los expendedores de comida y aguas frescas en la vía pública, así como las construcción de letrinas y unidades de salud en el medio urbano. Dato curioso es la introducción de una norma, la de obligar a los fabricantes de hielo en barras con agua no purificada tiñeran con colorante azul o violeta sus barras

para que la población identificara el hielo como no apto para usarse en preparados refrescantes.

En el año de 2005 el gobernador Antonio Echevarría Domínguez emitió un decreto por el que el Hospital General de Tepic cambiaba su nombre por el de Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara" culminando así un honor póstumo a la persona del Dr. Guevara. De inmediato se modificó la papelería oficial y los logotipos de las unidades de autotransporte y ambulancias. En el año 2008 el gobernador Ney González Sánchez finalmente ordenó la colocación de una marquesina alusiva en el frontispicio de la referida institución.

En fecha reciente su hijo el Dr. Ignacio J. González Angulo nos hizo llegar esta semblanza.

¿Qué es lo que yo conservo íntimamente en mí ser sobre mi papá? El desconcierto que provocaba en las personas que creían poderlo conocer, ya que poseía dos modos muy marcados en su personalidad vigorosa. Uno era la firmeza inmutable de sus principios fundamentales, que lo hacían ser el mismo donde fuera: honrado, decente y útil, en cualquier parte. Y el otro su capacidad para adaptar su actitud a la circunstancia que viviera, en el momento en que estaba. Alegre en las fiestas, austero en el trabajo, severo en el quirófano, cariñoso y bromista con sus hijos. El equilibrio eficaz, no bromas en la sala de operaciones, ni adustez en los brindis. Mucha gente le ha creído una persona corajuda lo cual ha estado alejado de la verdad; era severo sí y le

agobiaban los contratiempos clínicos y terapéuticos que tenía con sus pacientes tal vez. ¿Qué médico es aquél que no sufre tales inconvenientes? Simple, el que no trabaja la medicina clínica. Mi papá era de una honestidad rígida, inflexible, no era consecuente con las maniobras inconfesables. Ideales firmes que le hacían sentirse responsable día con día, noche tras noche de las variaciones que en derredor de eso, pudiéramos llegar a hacer sus hijos, contrario a tal conducta. Me pasmó y halagó en demasía el cómo fue que en su vejez; atareado yo en mis menesteres profesionales y de algún modo, periodísticos en una temporada, no podía coincidir con él en sus cotidianos paseos matutinos por la Alameda de Tepic y con gusto accedían a acompañarlo jóvenes, mayores que yo, pero mucho menores que él y que le hacían partícipe de sus inquietudes y afares de su condición. Mi mamá nos instaba a emularle: “Tienen que ser como él, fíjense como es, trabajador y responsable”. He vivido momentos de orgullosa alegría de saber cómo lo veían otros cuando por ejemplo me enteré que una ocasión, allá por Las Haciendas, municipio de Santiago Ixcuintla, en un mitin político del entonces candidato a gobernador don Emilio González Parra, un campesino que estaba en uso del micrófono le gritó al candidato: Ese hombre que está a tu lado, Emilio, me salvó la vida cuando en un pleito de tierras fui apuñalado y él me operó; gracias a su pronto accionar es que yo estoy aquí... Y muchos han sido los que me lo han dicho a mí, “Él me salvó”. “Me operó hace veinte años y aquí estoy”. Me hubiera muerto si ese hombre no me mete cuchillo.” Dejo de

colofón, sus propias palabras que él dijera a la generación 1978-1979 de médicos cirujanos de la UAN que egresaron en junio de 1983 y que creo, tiene vigencia aún: “Distinguidos estudiantes los primeros años de su ejercicio profesional, deben tener una sola meta, dedicarse a atender las necesidades del pueblo, sobre todo aquel grupo de ustedes que con espíritu de servicio para atender a la población marginada de habitantes que padece nuestro país. Los de ustedes que en poblaciones mayores radiquen deseen dedicarse a atender a los mexicanos en clínicas privadas, les aconsejo y sugiero: busquen de inmediato la especialidad y al terminarla formen grupos que debidamente encauzados puedan dedicarse a atender este aspecto de la medicina privada que podremos considerarla un tanto elitista. En resumen, yo quisiera que la generación de ustedes, futuros compañeros de profesión, sea democrática, responsable y progresista. Por último, quiero decirles a ustedes cuando dentro de unos momentos les entreguemos su diploma y el día de mañana reciban su título profesional, lo que a su vez al que habla, en 1937 me dijo el entonces Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara y Decano del Cuerpo Médico Doctor Jesús Delgadillo y Araujo al leerme el Acta de Examen Profesional y entregarme el Título: unas palabras tan sencillas pero tan profundas que jamás se me han olvidado. Eso mismo es para ustedes alumnos que egresan: “QUE SEA PARA BIEN”

Directorio de la Revista.

Análisis de sobrevida de los pacientes con cáncer de células renales en tratamiento con sunitinib en la Caja Costarricense de Seguro Social en el periodo 2007 al primer semestre del 2012.

Shing Mi Ching Fung¹, José Antonio Castro Cordero¹.

Resumen

El sunitinib se utiliza en pacientes con cáncer de células renales (CCR) y dado el alto costo es necesario evaluar la respuesta clínica en función de la sobrevida libre de progresión. Objetivo: Evaluar la efectividad del sunitinib en pacientes con cáncer de células renales en Hospitales de la Seguridad Social de 2007 a junio 2012. Material y métodos: estudio observacional, tipo prescripción-indicación en pacientes con CCR y uso de sunitinib en el periodo de estudio. Resultados: Del análisis de sobrevida se obtuvo, la mediana de sobrevida libre de progresión fue de 13,2 meses y la sobrevida global fue de 17,7 meses. El 85% de los casos al finalizar habían progresado y el 63% falleció. Los mayores de 60 años presentaron una mayor sobrevida que los menores [14,8, (IC95% 13,15-16,39), 10,8 (IC95% 8,57- 13,10) respectivamente]. Conclusiones: La sobrevida global que se obtuvo en los pacientes, supera lo encontrado en los ensayos clínicos, alcanzado una sobrevida libre de progresión superior al año y global cercana al año y medio.

Palabras claves: *Sunitinib, cáncer de células renales, sobrevida global, sobrevida libre de progresión.*

Abstract

Sunitinib, a high cost drug, is used in renal cell carcinoma (RCC) treatment. The aim of the study was to evaluate the clinical response in progression-free survival of patients with renal cell carcinoma in hospitals of the Caja Costarricense de Seguro Social from 2007 to June 2012. Methods: observational, cross-sectional, prescription-indication study. A survival analysis was conducted in 48 patients. Outcomes: Global survival was 17.7 months and progression-free survival median was 13.2 months. Patients older than 60 years old had longer survival time than younger, 14.8 (IC95% 13.15-16.39): 10.8 (IC95% 8.57-13.10). Conclusion: progression-free survival showed was longer than one year. Global survival in patients with renal cell carcinoma exposed to sunitinib was longer than reported in clinical trials.

Key words: *sunitinib, renal cell carcinoma, global survival, progression-free survival.*

(1) Dirección de Farmacoepidemiología. Área de Farmacoeconomía Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2013. **Fecha de aceptación:** 13 de diciembre de 2013

Correspondencia: Shing Mi ching Fung.

Dirección de Farmacoepidemiología. Edificio Laureano Echandi

Apartado 10105-1000 San José – Costa Rica

.Tel. (506) 2539-1071. Fax. (506) 2539-1071, 2539-1072. Correo electrónico: smching@ccss.sa.cr.

El malato de sunitinib inhibe los receptores de tirosina quinasa (RTK) que están implicados en el crecimiento tumoral, la neoangiogénesis y la progresión a metástasis del cáncer. Este inhibidor fue aprobado por la FDA el 26 de enero de 2006¹, para el tratamiento del carcinoma de células renales avanzado/metastásico (CCR). El sunitinib en los ensayos clínicos demostró una mayor eficacia al prolongar la sobrevida libre de progresión y global²⁻⁶, por encima del interferón *alfa* que se consideraba la terapia estándar en esta enfermedad en ese momento², razón por la cual las guías de práctica clínica basadas en evidencia lo recomiendan como primera línea de tratamiento⁷.

Actualmente el sunitinib es un medicamento que no está incluido en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). No obstante, la utilización de este medicamento a cargo institucional es autorizado por caso individual, por parte de un comité centralizado; la prescripción es exclusivamente de los especialistas en oncología que atienden en los hospitales nacionales. Es importante indicar que la CCSS es el principal proveedor público de servicios de atención a la salud y entrega los medicamentos sin costo adicional a los pacientes, con una cobertura universal y equitativa.

Dado que el tratamiento con sunitinib es tan personalizado en un contexto de Seguridad Social y debido al alto costo de esta terapia, se consideró necesario evaluar la respuesta clínica obtenida por los pacientes con el uso de sunitinib, en función de la sobrevida libre de progresión y global.

Objetivo general

Evaluar la efectividad del sunitinib en el tratamiento de los pacientes con cáncer de células renales en los Hospitales de Referencia durante el periodo 2007 a junio 2012, CCSS.

Objetivos específicos

Recopilar la información de los pacientes autorizados para el uso de sunitinib por el Comité Central de Farmacoterapia a nivel institucional durante el periodo 2007 – junio 2012.

Describir las características de los pacientes con cáncer de células renales que están en tratamiento con sunitinib.

Estimar la sobrevida global y libre de progresión de los pacientes con cáncer de células renales en tratamiento con sunitinib.

Material y métodos

Se propuso una investigación aplicada y observacional, bajo una aproximación prescripción-indicación, según los principios y metodología estándar para los estudios de utilización de medicamentos^{8, 9,10}.

Se definió como población de estudio: Todos los pacientes que tienen CCR que el Comité Central de Farmacoterapia (CCF) les autorizó el uso de sunitinib como tratamiento, a nivel institucional, entre el año 2007 y el primer semestre del 2012.

Las variables analizadas fueron: Edad, sexo, comorbilidades, ECOG inicial y posterior al tratamiento, fecha de inicio de tratamiento, fecha de defunción, fecha de la última evaluación clínica del paciente, respuesta al tratamiento y condición del paciente, sobrevida global y libre de progresión. Se tomó como fecha

de corte para el valorar la condición de vivo o fallecido de los pacientes el 11 de octubre de 2012.

Para la recolección de la información, se revisaron las bases de datos del CCF, de donde se obtuvo el listado de pacientes, posteriormente se procedió a ir a los centros de salud para realizar la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes.

La información de los pacientes se registró en una base de datos desarrollada en el programa Microsoft Excel, para luego proceder a hacer el análisis de los datos por medio de estadística descriptiva, utilizando para las variables cualitativas distribuciones de frecuencia absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Además se elaboraron gráficas de sobrevida y estimaciones de Kaplan – Meier.

Resultados

Durante el periodo 2007 al primer semestre del 2012 se avaló un total de 68 pacientes con CCR para el tratamiento con sunitinib. De estos únicamente se incluyeron en este estudio 48 pacientes, debido a que 10 pacientes no llegaron a iniciar el tratamiento por complicaciones de su enfermedad y de otros 10 casos no fue posible disponer de la información del expediente clínico.

En cuanto a la distribución por sexo, se puede observar un predominio en el sexo masculino de un 69% y un 31% en el sexo femenino, lo que da una razón de masculinidad de 2.2 hombres por cada mujer. En relación a la edad, tenemos que el promedio de edad fue de 59,9 años, con una desviación estándar de

10,4 y un rango de 34 a 79 años. En el 46% de los pacientes se encontraron registradas comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (29%) y la diabetes mellitus tipo 2 (8%) (Cuadro 1). El 90% de los pacientes fueron sometidos a nefrectomía.

El 79% de los pacientes antes de iniciar el tratamiento con sunitinib se encontraban según la escala de medición de la calidad de vida (ECOG) en un nivel 0 o 1, y solo 6% poseían un nivel de 2, es decir que en su mayoría los sujetos logran realizar las tareas de la vida cotidiana (Cuadro 1). La metástasis más frecuentemente fue en pulmón con un 54%, por otra parte las neoplasias renales se localizaban con mayor frecuencia en el lado izquierdo (50%), y en el 4% fueron bilaterales (Cuadro 1).

En relación al resultado de la terapia con sunitinib, se obtuvo que el 85% de los pacientes presentaron progresión de su enfermedad y que el 63% falleció, en cuanto a la valoración de la calidad de vida posterior al tratamiento, el 51% mantuvo un nivel de ECOG 0 o 1, mientras que un 21% presento un nivel superior a esto (Cuadro 1).

Artículo original

Cuadro 1. Descripción de las variables analizadas en los pacientes con CCR y en tratamiento con sunitinib. CCSS. 2007 – junio 2012.

Variables	N	%
Sexo		
Femenino	15	31%
Masculino	33	69%
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	14	29%
Diabetes mellitus tipo 2	4	8%
Otras	4	8%
Sin comorbilidades	26	54%
ECOG inicial		
0	21	44%
1	17	35%
2	3	6%
No registrado	7	15%
Metastásis		
Pulmón	26	54%
Óseas	4	8%
Hígado	3	6%
Retroperitoneo	3	6%
Otros	7	15%
Sin metastásis	5	10%
Lado de la neoplasia		
Izquierdo	24	50%
Derecho	19	40%
Bilateral	2	4%
No registrado	3	6%
Progresión de la enfermedad		
No	7	15%
Sí	41	85%
Condición del paciente		
Vivo	18	38%
Fallecido	30	63%
ECOG final		
0	15	31%
1	10	21%
2	5	10%
3	2	4%
4	3	6%
No registrado	13	27%

Del análisis de la sobrevida realizado se obtuvieron los siguientes resultados: en forma general la mediana de sobrevida libre de progresión fue de 13,2 meses, y por sexo el femenino fue de 13,1 meses y el masculino de 14,3 meses, sin que la diferencia entre géneros no fuera estadísticamente significativa,

cuando se valora por grupo de edad se observó que los pacientes mayores de 60 años presentaban una sobrevida libre de progresión mayor que los menores, diferencia que sí fue estadísticamente significativa (Cuadro 2).

En cuanto a la sobrevida global de los pacientes, la mediana fue de 17,7 meses, y por sexo el femenino fue de 16,2 meses y el masculino de 17,7 meses, sin que la diferencia entre géneros no fuera estadísticamente significativa, a pesar de que se encontró una diferencia estadística en la sobrevida libre de progresión por grupo de edad, al valorar la sobrevida global está no fue significativa (Cuadro 2).

Cuadro 2. Mediana de sobrevida libre de progresión y global de los pacientes con CCR y que se les autorizó el tratamiento con sunitinib. CCSS. 2007 – junio 2012.

	Sobrevida libre de progresión			Sobrevida global		
	Mediana	IC 95%		Mediana	IC 95%	
General	13,2	9,69	16,78	17,7	14,82	20,58
Sexo						
Femenino	13,1	5,02	21,18	16,2	8,63	23,70
Masculino	14,3	9,13	19,54	17,7	14,58	20,89
Grupo de edad						
< 60 AÑOS	10,8	8,57	13,10	16,9	13,10	20,70
>= 60 AÑOS	14,8	13,15	16,39	18,7	,00	45,46

La figura 1 muestra la sobrevida global de los pacientes con CCR, en donde se puede observar que a partir de los 20 meses la sobrevida disminuye a un 40% y este se mantiene constante cerca de los 40 meses en donde desciende a un 35% aproximadamente, y en los 50 meses este es de un 25%.

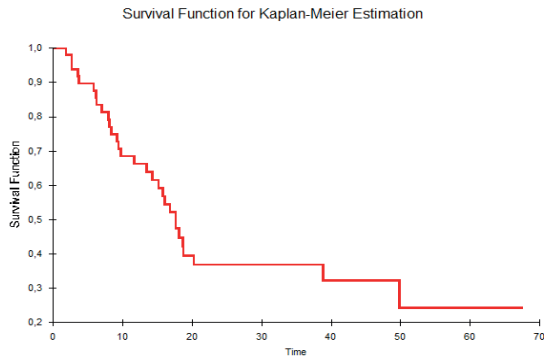


Figura 1. Estimación de Kaplan Meier de la sobrevida global para los pacientes con CCR a los que se les autorizó el tratamiento con sunitinib. CCSS. 2007- junio 2012.

En el gráfico 2, se observa que antes de los 20 meses la sobrevida de los pacientes es muy similar independientemente de su edad, pero después de este muestra una diferencia marcada entre los pacientes <60 años con los ≥60 años.

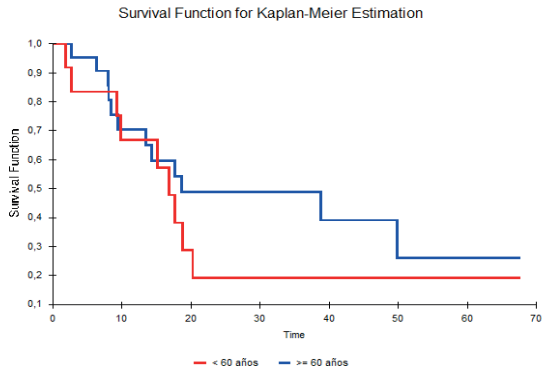


Figura 2. Estimación de Kaplan Meier de la sobrevida global para los pacientes con CCR a los que se les autorizó el tratamiento con sunitinib según grupo de edad.

En el gráfico 3, se aprecia que la sobrevida global de los pacientes con un ECOG inicial de 0 es más favorable en contraposición de un ECOG inicial en 1 ó 2.

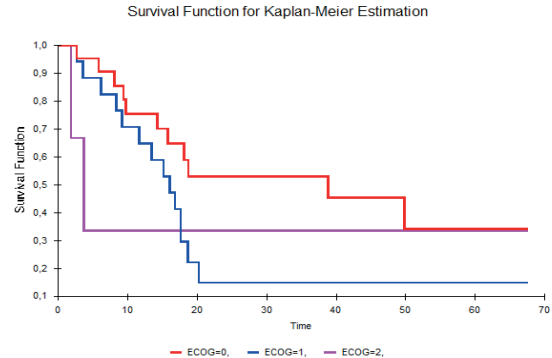


Figura 3. Estimación de Kaplan Meier de la sobrevida global para los pacientes con CCR a los que se les autorizó el tratamiento con sunitinib según nivel de ECOG. CCSS. 2007 - junio 2012.

Conclusiones

Del análisis realizado se destaca que más del 79% de los pacientes previo al inicio de tratamiento se encontraban en un nivel de ECOG 0 o 1 lo cual va acorde con lo recomendado por las guías del NICE. Se observó un predominio del sexo masculino y en promedio los pacientes rondaban los 60 años, y casi la mitad asociaban alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la hipertensión arterial, factor que se ha considerado como de riesgo para el desarrollo de este tipo de tumores¹¹⁻¹⁶. En relación a la enfermedad metastásica, se observó que el sitio de metástasis más frecuente fue pulmón lo que va de acuerdo a los descrito en la literatura¹⁷.

La sobrevida global de los pacientes con CCR a partir de los 20 meses disminuye a un 40% y este se mantiene constante cerca de los 40 meses, con una mediana de sobrevida a progresión de 13.2 meses y la de sobrevida global de 17,7 meses. Además el 15% de los pacientes se mantuvieron libres de progresión al finalizar el análisis y el 38% se mantuvieron vivos. En los estudios

clínicos donde se compara la sobrevida libre de progresión entre el sunitinib y el interferón *alfa*, los pacientes con sunitinib alcanzan una sobrevida libre de progresión de 11 meses² y en nuestro estudio esta ronda los 13,2 meses, lo que significa que se están un efectividad ligeramente superior a la eficacia demostrada en los ensayos clínicos, y por ende la terapia está cumpliendo con las expectativas esperada.

Referencias

1. Food and Drug Administration. Drug Approval Package. Sutent (Sunitinib Malate) Capsules. [Internet]. 2006 Abril. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2006/021938s000_021968s000_Sutent.cfm.
2. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, et al. Sunitinib versus interferón alfa in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* [Internet]. 2007 ene 11; 356(2):115-124. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17215529>.
3. Motzer RJ, Michaelson MD, Redman BG, Hudes GR, Wilding G, Figlin RA, et al. Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* [Internet], 2006 ene 1; 24(1):16-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16330672>.
4. Chow LQ, Eckhardt SG. Sunitinib: from rational design to clinical efficacy. *J Clin Oncol* [Internet]. 2007 Mar 1;25(7):884-896. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327610>.
5. Faivre S, Delbaldo C, Vera K, Robert C, Lozahic S, Lassau N, et al. Safety, pharmacokinetic, and antitumor activity of SU11248, a novel oral multitarget tyrosine kinase inhibitor, in patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2006 ene 1; 24(1):25-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16314617>.
6. Gore ME, Szczlik C, Porta C, Bracarda S, Bjarnason GA, Oudard S, et al. Safety and efficacy of sunitinib for metastatic renal-cell carcinoma: an expanded-access trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2009 Aug;10(8):757-763. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19615940>.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Sunitinib for the first-line treatment of advanced and/or metastatic renal cell carcinoma. Technology appraisal guidance 169. NSH [Internet]. 2011 Feb 4. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA169>.
8. OMS. Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1993 (Serie sobre investigaciones, N° 07). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2975s/1.html>.
9. Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte JR, Tognoni G, editores. Principios de Epidemiología del Medicamento. 2 ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p.1-23.
10. Capellà D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Laporte JR, Tognoni G, editores. Principios de Epidemiología del Medicamento. 2 ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p.67-92.
11. Ljungberg B, Campbell SC, Choi HY, Cho HY, Jacqmin D, Lee JE, Weikert S, Kiemeny LA. The epidemiology of renal cell carcinoma. *Eur Urol*. 2011 Oct; 60(4):615-21.
12. Chow WH, Gridley G, Fraumeni JF Jr, Järnholm B. Obesity, hypertension, and the risk of kidney cancer in men. *N Engl J Med*. 2000;343(18):1305.
13. Choi MY, Jee SH, Sull JW, Nam CM. The effect of hypertension on the risk for kidney cancer in Korean men. *Kidney Int*. 2005;67(2):647.
14. Weikert S, Boeing H, Pischon T, Weikert C, Olsen A, Tjønneland A, et al. Blood pressure and risk of renal cell carcinoma in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Am J Epidemiol*. 2008;167(4):438.
15. Vatten LJ, Trichopoulos D, Holmen J, Nilsen TI. Blood pressure and renal cancer risk: the HUNT Study in Norway. *Br J Cancer*. 2007;97(1):112.
16. Flaherty KT, Fuchs CS, Colditz GA, Stampfer MJ, Speizer FE, Willett WC, Curhan GC. A prospective study of body mass index, hypertension, and smoking and the risk of renal cell carcinoma (United States). *Cancer Causes Control*. 2005;16(9):1099.
17. Kavolius JP, Mastorakos DP, Pavlovich C, Russo P, Burt ME, Brady MS. Resection of metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 1998;16(6):2261.

La salud sexual y reproductiva en adolescentes: asignatura pendiente en enfermería.

Olga Lidia Banda González¹, Ma. Mercedes Rizo Baeza², Ernesto Cortes Castell³

Resumen

El propósito fue mejorar la comprensión de la problemática del inicio de actividad sexual a temprana edad y su grado de relación con la autoestima, mediante un estudio observacional, descriptivo transversal correlacional. Los participantes fueron 750 adolescentes de 12 a 19 años. Los datos se obtuvieron a través de una cédula con datos sociodemográficos, así como variables de relaciones de pareja y conducta sexual, y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se contó con la aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado de los padres de los participantes. Los resultados nos permitieron conocer las características del inicio de la vida sexual de los adolescentes, quienes la inician en el rango de 14-15 años, identificando como factor predictor la autoestima con una asociación estadística significativa. Sin embargo la literatura reporta múltiples factores relacionados con el inicio de la vida sexual, por lo que es importante el desarrollo del Modelo de Promoción de la Salud para retrasar el inicio de la vida sexual.

Palabras clave: *Adolescente, sexualidad, comportamiento sexual.*

Abstract

The aim of this study was to increase the understanding of issues related to the beginning of sexual intercourse in order to measure the degree of its relation to self-esteem, using an observational, cross-sectional descriptive correlational study. Participants were 750 adolescents from 12 to 19 years old. The data was obtained from an official socio-demographic document, as well as from variables of relationships and sexual behavior, and the Coopersmith's Self-esteem Inventory. It was approved by the Ethics Committee and informed consent from participants' parents was obtained. The results allowed us to determine a set of behavioral features characteristic of adolescents who commence sexual activity between the ages of 14 to 15 years, identifying self-esteem as a predictor with a significant statistical association. However, the literature reports many factors related to the beginning of sexual life, so it is important to develop a Promotion of Health Model in order to delay the onset of sexual activity among the adolescent population.

Keywords: *Adolescent, sexuality, sexual behavior.*

(1) Universidad Autónoma de Tamaulipas. México.

(2) Universidad de Alicante, España.

(3) Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Fecha de recibido: 13 de octubre de 2013. **Fecha de aceptación:** 7 de diciembre de 2013.

Correspondencia: Dra. en Enf. Olga Lidia Banda González.

Facultad de Enfermería- Victoria.Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Consortio de la Salud "Dr. Rodolfo Torre Cantú".Ej Guadalupe Victoria.

Cd. Victoria, Tamaulipas.Tel. Fax. (01-834) 3121832. Correo electrónico: obanda@uat.edu.mx.

La sexualidad constituye un importante desafío para todos los que, desde la perspectiva de la educación integral, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y un responsable modo de actuación entorno a la vida sexual y reproductiva de los adolescentes, tema que suscita cada vez más interés en los años recientes¹⁻², en la medida que se tiene evidencia de su impacto en la salud y en las condiciones de vida de este grupo de población.

La evidencia científica nacional e internacional reconoce que este grupo de edad, comparativamente con otros, es mayoritariamente saludable. No obstante gran parte de los hábitos nocivos para la salud, adquiridos durante la adolescencia, no se manifiestan en morbilidad o mortalidad en esta etapa sino en años posteriores³.

Los problemas de salud que más frecuentemente se presentan en este grupo de población son de origen infeccioso y de transmisión sexual. El inicio de la vida sexual y la percepción de invulnerabilidad induce a los adolescentes a tener relaciones sexuales sin protección y facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual e incrementar el riesgo de tener embarazos no planeados los cuales representan un gran porcentaje de la carga global de enfermedad en este segmento de la población⁴. Al respecto, en los últimos diez años se ha reportado que la actividad sexual “precoz” expone a los adolescentes a riesgos de embarazos y a enfermedades de transmisión sexual⁵. Las cifras más recientes indican que a nivel mundial, la tasa de embarazo en adolescentes sigue siendo elevada. En el 2006, por cada 1000 mujeres de 15 a

19 años se registraron 48 nacimientos, una pequeña disminución respecto de los 51 por 1000 registrados en el 2000. En los Estados Unidos y Canadá, en el mismo año, el total de embarazos fue de 84 por cada 1000 y 38 por cada 1000, respectivamente⁶.

En el caso de México, se reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada 1000 mujeres. En el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez⁷.

Para el estado de Tamaulipas, el embarazo en adolescentes es un problema médico y un fenómeno social de importancia creciente, con etiología multifactorial, que repercute en los aspectos biopsicosociales, afectando de manera importante los planes de vida y futuro de las madres jóvenes. La tasa de fecundidad es de dos hijos por mujer y los nacimientos totales anuales ascienden a 56 000, de los cuales uno de cada cinco es de mujeres menores de 20 años⁸⁻⁹.

En el periodo 2011-2012, se incrementó el número de embarazos en adolescentes de 19.4% al 23.4%. Las cifras anteriores indican que en Tamaulipas, la incidencia de la fecundidad adolescente va en aumento, junto a una tasa creciente de embarazos y nacimientos pre matrimoniales y un aumento significativo del inicio temprano de la actividad sexual⁹. La revisión de la literatura reporta que el inicio de la vida sexual en México es en promedio a los 16 años de edad, con un promedio de 2.9 parejas sexuales¹⁰⁻¹¹ y, en el Estado de Tamaulipas, se inicia a la edad de 14-15 años¹².

Los factores que se han encontrado relacionados con el inicio de la

actividad sexual son los demográficos y psicosociales. Entre ellos destacan la edad y sexo masculino¹³; "por amor"; "curiosidad"; "se dio espontáneamente"; "por retenerlo", "experimentar nuevas sensaciones"^{14,15}, mala comunicación familiar¹⁶, consumo de alcohol^{13,17} y bajos niveles de autoestima^{12,15}.

Asimismo, los adolescentes presentan prácticas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, como relaciones sexuales sin protección^{5,14,16}, y más de 2 parejas sexuales^{13,18}.

Los hallazgos encontrados en los trabajos revisados permiten hacer algunas reflexiones: en primer lugar puede señalarse que los(as) adolescentes piensan y actúan en su vida sexual influenciados por sus características individuales; la edad tiene un efecto positivo en la decisión de comenzar la vida sexual^{1,14,19}, y otro factor individual que se ha identificado recientemente es la autoestima^{12,15,19-22}.

La autoestima, sentimiento general de valía como persona²², es uno de los constructos psicológicos que frecuentemente se utiliza en las investigaciones que explican el comportamiento humano que afecta la salud. Estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, influyendo en las relaciones interpersonales²³, y la toma de decisiones¹⁹.

En relación a lo anterior, se refleja en la literatura que los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a la presión de pares para realizar

comportamientos de riesgo²⁴. Tedeschi y Norman²⁵ encontraron que los jóvenes con baja autoestima utilizaban las conductas insanas para parecer más atractivos ante los iguales y otros autores revelan la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual, diferenciados solamente por el sexo²⁶⁻²⁸.

En consonancia con los estudios abordados, el comportamiento sexual de los adolescentes no corresponde al impacto esperado de los programas de educación sexual, ellos están informados acerca de diversos tópicos de la sexualidad y sus riesgos, citando como fuente de información la escuela y los amigos, lo que, representa una desinformación general sobre el ciclo reproductivo femenino ya que no saben cuándo es más probable que una mujer se embarace, que es un factor de riesgo importante para que en Tamaulipas, particularmente en Cd. Victoria, el embarazo en la adolescencia sea un problema de salud pública.

Por tanto, a pesar de tan variadas explicaciones teóricas sobre los factores de riesgo asociados con la actividad sexual durante la adolescencia, no se muestran, por el momento, soluciones integralmente eficientes para enfrentar el problema y aún existen interrogantes. Por ejemplo ¿qué factores de riesgo son más decisivos para el inicio de vida sexual en este grupo de población?

Su conocimiento es un punto de gran relevancia para el profesional de enfermería ya que le permitirá comprender como las y los adolescentes adoptan decisiones acerca del inicio de su actividad sexual y utilizará esta evidencia científica en la implementación

de intervenciones enfocadas a la promoción de la salud en este grupo de población, sustentadas en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de la Dra. Nola J. Pender.

Por lo anterior, es de importancia continuar abordando el fenómeno del inicio de actividad sexual en este tipo de población de riesgo, por lo que hace necesario plantear la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe diferencia de los niveles de autoestima en adolescentes con vida sexual activa y aquellos sin actividad sexual?

El objetivo de la investigación fue: Mejorar la comprensión de la problemática del inicio de actividad sexual a temprana edad y su grado de relación con la autoestima, en dos grupos de adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal correlacional²⁹ La población sujeto de estudio fueron 750 adolescentes de 12 a 19 años alumnos de dos escuelas secundarias generales y una preparatoria federal, seleccionadas de forma aleatoria. Asimismo, los participantes se eligieron mediante un muestreo aleatorio con un nivel de confianza de 95%, significancia .05 y una potencia de .90, de forma estratificada por asignación proporcional al tamaño de cada estrato por sexo (hombre y mujer), grado escolar de nivel medio básico (1ero, 2do y 3er) y por turno (matutino y vespertino), a través de la tabla de números aleatorios utilizando el listado de alumnos inscritos en la escuela secundaria o preparatoria seleccionada.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, una Cédula con Datos Socio demográficos, así como variables de relaciones de pareja y conducta sexual, las de riesgo analizadas corresponden a información sobre anticoncepción, frecuencia del uso de métodos anticonceptivos y método anticonceptivo utilizado, y se aplicó el inventario de autoestima de Coopersmith³⁰ que con base los propósitos del estudio solamente se aplicaron los ítems de las esferas: Social, hogar y general, con un alpha de Cronbach de 0.82.

La investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en base al Artículo 14 fracción VII, VIII y el Artículo 22, Fracción II³¹, además conto con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería-Victoria UAT, dictamen aprobatorio 021/2011, el consentimiento informado de padres de los adolescentes y la autorización de los directores de las escuelas participantes en el estudio.

Resultados.

En total se estudiaron 750 adolescentes, 338 hombres y 412 mujeres, lo que supone 45% y 55% respectivamente. Poco más de la mitad (52%) de los adolescentes varones y mujeres se encuentra en el rango de 15 a 17 años, mientras que los casos entre 18 y 19 años representan 20% del total (tabla 1); el 2% de los casos está en unión libre; 90% tiene acceso a servicio de salud; 21% tiene un ingreso mensual menor a tres salarios mínimos; 92% reside en un lugar urbano; 98% vive con sus padres o con familiares, sólo 2% vive con amigos u otras personas.

Tabla 1. Adolescentes por edad y género.

Edad	Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%
12-14	94	28	109	26
15-17	176	52	215	52
18-19	68	20	89	22
Total	338	45	412	55

Encuesta 2012.

Se llevaron a cabo cruces (tablas de contingencia) de las variables *edad, estado civil, acceso a servicios de salud, Ingreso mensual. Lugar de residencia y Actualmente con quien vives con género* y, salvo para edad, en ningún caso se encontró asociación estadísticamente significativa mediante la prueba Ji-cuadrada.

Casi la totalidad de los individuos tuvieron información sexual (97%). Las principales vías de información fueron la escuela y los amigos y, con porcentajes similares de cobertura, los padres y familiares; el personal de salud y la TV.

Sin embargo, en la tabla 2 se muestra el cruce entre conocimiento de métodos anticonceptivos y conocimiento del funcionamiento. Llama la atención que algunos individuos, 78, aunque no tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, sí conocen su funcionamiento. Por otra parte, entre quienes dicen conocer sobre métodos anticonceptivos, 42% dicen no conocer su funcionamiento; del total de casos sólo 46% dice conocer el funcionamiento éstos.

A pesar de que un 58% de los adolescentes respondieron que conocen sobre los métodos anticonceptivos y su funcionamiento, sólo un 12% sabe cuándo es el momento de mayor fertilidad.

Tabla 2. Conocimiento de métodos anticonceptivos y conocimiento del funcionamiento de método anticonceptivo.

Conocimiento de métodos anticonceptivos	Conocimiento del funcionamiento de método anticonceptivo		Total
	1 Si	2 No	
1 Si Conteo	270	198	468
% dentro de conocimientos de métodos anticonceptivos	58 %	42 %	100 %
% dentro de conocimientos del funcionamiento de métodos anticonceptivos	56%	45%	
2 No Conteo	78	204	282
% dentro de conocimientos de métodos anticonceptivos	28%	72%	100%
% dentro de conocimientos del funcionamiento de método anticonceptivo	32%	68%	
Total	348	402	750
	46%	54 %	100%

Encuesta 2012.

En relación a la actividad sexual, el 38% de los adolescentes tuvieron actividad sexual, siendo la proporción de hombres más del doble de las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Relaciones sexuales de los adolescentes por género.

Has tenido relaciones sexuales	Género				Total	
	Hombres		Mujeres		N	%
	N	%	N	%		
Si	184	54	99	24	283	38
No	154	46	314	76	487	64
Total	338	100	412	100	750	100

Encuesta 2012.

De aquéllos que manifestaron haber tenido relaciones sexuales, la mayoría inició su vida sexual entre los 14 y 15 años, independientemente del género, 52% para hombres, 51% para mujeres (Tabla 4). A pesar de que a mayor edad hay un mayor porcentaje de individuos con actividad sexual, el grupo de secundaria muestra una tendencia a iniciar la

actividad sexual más tempranamente comparado con el grupo de bachillerato.

Tabla 4. Inicio de vida sexual y uso de anticonceptivos en la primera relación sexual por grupo de edad.

Utilizaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual Género	Edad de Inicio de vida sexual			
	8-13 años	14-15 años	16-17 años	18-19 años
Si Hombres	8 (8%)	58 (60%)	12 (12%)	18 (19%)
Mujeres	3 (8%)	18 (51%)	5 (14%)	9 (26%)
No Hombres	10 (12%)	37 (46%)	18 (22%)	23 (29%)
Mujeres	5 (8%)	32 (50%)	12 (19%)	15 (23%)
Total Hombres	18 (10%)	95 (52%)	30 (16%)	41(22%)
Mujeres	8 (8%)	50 (51%)	17 (17%)	24 (24%)

Encuesta 2012.

De manera global, menos de la mitad de quienes iniciaron su vida sexual, 46%, 131/283, usaron algún método anticonceptivo en su primera relación.

La falta de uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual se explica en poco menos de la mitad de los casos, 49%, por no ser una relación sexual planeada, mientras que 27% consideró que no se embarazaría y el 22% no se protegió por la oposición de su pareja (Tabla 5).

Al analizar el uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual, no se encontró asociación con ninguna de las variables consideradas: edad, género, grado escolar, información sobre sexualidad, conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conocimiento sobre el funcionamiento de éstos. Todos

Tabla 5. Razones por la cual no utilizaron método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Categoría	Edad de Inicio de Vida Sexual Activa				Total
	8-13 años	14-15 años	16-17 años	18-19 años	
No conocía métodos	6 (20%)	4 (3%)	-	1 (2%)	11 (4%)
Oposición de la pareja	1 (3%)	7 (5%)	5 (9%)	9 (16%)	22 (8%)
Deseaba embarazarse	-	-	-	8 (14%)	8 (3%)
No creyó embarazarse	11 (37%)	36 (25%)	12 (21%)	10 (18%)	69 (27%)
No planeaba relaciones sexuales	6 (20%)	80 (57%)	30 (54%)	22 (39%)	138 (49%)
Desidia	3 (20%)	6 (4%)	-	-	9 (3%)
Otras causas	3 (10%)	8(6%)	9 (16%)	6 (11%)	26 (9%)
Total	30 (100%)	141 (100%)	56 (100%)	56 (100%)	283 (100%)

Encuesta 2012.

los efectos tuvieron un valor de p mayor a 0.176. Se utilizaron las mismas variables para explicar el embarazo y ninguna resultó significativa. Se analizó el inicio de la vida sexual en función de la edad, género y grado.

Para el análisis se consideró la pertenencia a secundaria o bachillerato y no se tomaron en cuenta los individuos en los grupos de 18 a 19 años en secundaria y de 12 a 14 años en bachillerato. El efecto de la edad se estudió anidado en grado. No se encontró interacción entre género y edad, obteniéndose el mismo comportamiento respecto a la edad para ambos géneros. Las tres variables resultaron significativas ($p < 0.01$) en su efecto principal. El efecto de la edad se consideró anidado en grado debido a la relación existente entre éstas variables. Respecto a la medición de la autoestima,

se compararon los resultados obtenidos en porcentajes de los 283 adolescentes con vida sexual activa, con el porcentajes de adolescentes sin actividad sexual, 487. La información obtenida en las tres esferas de autoestima refleja que los porcentajes mayores obtenidos son de los adolescentes con vida sexual activa; hogar: autoestima baja, 47%; social: autoestima baja, 44% y autoestima general baja, 43% (Tabla 6), con un valor de $p < 0.01$, que representa en la esfera hogar: vida sexual activa y habilidades negativas en las relaciones con la familia; en la esfera social sin habilidades sociales para relacionarse, y relaciones con sus pares negativa y en la esfera general adolescentes con sentimientos adversos hacia sí mismos, con actitudes negativas y que no se sienten importantes (tabla 6).

Tabla 6. Nivel de autoestima de los adolescentes con vida sexual activa y sin vida sexual activa.

Esferas de la autoestima	Porcentaje del nivel de autoestima									
	Con vida sexual activa					Sin vida sexual activa				
	$P \leq 0.01$					$P \leq 0.01$				
	MB	B	Z	A	MA	MB	B	Z	Z	MA
Hogar	6	47	32	9	6	13	18	35	19	15
Social	6	44	19	22	9	5	23	24	26	22
General	3	43	32	22	0	2	21	36	32	9

Encuesta 2012.

Discusión

El presente estudio permitió conocer las características del inicio de la vida sexual de los adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas. Con relación al perfil sociodemográfico de los participantes, se observó que un alto porcentaje tiene acceso a servicios de salud (90%); 21%

tiene un ingreso mensual menor a tres salarios mínimos, 92% reside en un lugar urbano. La mayoría vive con sus padres o con familiares (98%), estos datos son el reflejo de las condiciones en que viven los adolescentes tamaulipecos^{8,9}.

El 51% se encuentra en el rango de 15 a 17 años, el 97% tuvo información sexual; 38% dijo haber tenido relaciones sexuales, la mayoría inició su vida sexual entre los 14-15 años, independientemente del género (52% hombres; 51% mujeres). Esto de alguna manera concuerda con lo encontrado en encuestas nacionales realizadas en nuestro país¹⁰.

Respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, el 58% de los participantes tienen conocimiento de métodos anticonceptivos y cómo actúan en el organismo, la principal vía de donde la obtuvieron fue la escuela y los amigos, el método más conocido es el preservativo, lo cual concuerda con estudios realizados³³⁻³⁵. Esto explica que los adolescentes entrevistados desconocen cuándo es más probable que una mujer se embarace, ya que la respuesta más frecuente fue no se (38%); no se encontró consistencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de su funcionamiento con conocer el momento de mayor probabilidad de embarazo.

Por otro lado, menos de la mitad de quienes iniciaron su vida sexual (46%) usaron algún método en su primera relación, el resto no se protegió, la razón principal por lo cual no se protegió fue por ser una relación sexual no planeada (41%), lo que coincide con lo reportado en otra investigación³², y la gran mayoría de los entrevistados 76% ha tenido actividad

sexual recientemente, esto es entre una semana y un mes, lo cual es coincidente con otros estudios^{13, 34}.

Al analizar la última relación sexual mantenida con el número de parejas, casi la mitad de los casos, 46% tiene más de una pareja sexual, hecho encontrado en otros estudios^{34,35}.

Al igual que otros estudios a mayor edad hay un mayor porcentaje de adolescentes con actividad sexual^{12,13} y son los hombres quienes presentan conductas sexuales de mayor riesgo en comparación con las mujeres¹⁸. Probablemente esto se asocie con que los varones se perciben con mayor conocimiento, lo que pudiera aumentar su autoeficacia en la práctica sexual sin riesgo, aunado a la libertad sexual que la sociedad le otorga por el hecho de ser hombres.

Asimismo, otro de los predictores identificados en este estudio para el inicio de la actividad sexual en adolescentes fue la autoestima. Se encontró una asociación estadística significativa entre el nivel de autoestima y la actividad sexual, lo que coincide con lo reportado por otros autores^{15,19}.

En base a los resultados obtenidos y a la evidencia científica revisada, podemos concluir que existen diversos constructos que han tratado de explicar la conducta sexual del adolescente que han permitido la aplicación de acciones esenciales de salud para las y los adolescentes enfocadas a la atención de sus necesidades, con enfoque de riesgo. Sin que hasta el momento se obtengan resultados favorables según datos reportados por los Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas⁹.

Por lo anterior, la tarea de responder

a las necesidades y problemas de los adolescentes requiere de programas preventivos sustentados en modelos teóricos que para esta situación se propone el Modelo de Promoción de la Salud de la Dra. Nola J. Pender, ya que permite identificar en el adolescente los factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales. Lo anterior da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción, transitando de la educación del miedo hacia una educación que fomente la responsabilidad y las decisiones informadas en esta materia.

Por último, la aplicación de modelos teóricos origina que el profesional de enfermería se involucre en la generación de conocimiento y se aleje del cuidado enfermero no fundamentado.

Referencias

1. Tarazona D. Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente (II). Dispersión. Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo [Internet], 2006 abril [citado junio 16 2008]; iii (7): 1-22. Disponible en http://www.ipside.org/dispersion/2006-7/7_tarazona.p
2. Calero JL, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 [citado 2013 agosto 26]; 27 (1):50-7. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu07101.htm.
3. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Programación para la Salud y el desarrollo de los adolescentes. Ginebra: OMS; 2006. Serie de Informes Técnicos, 886; [Citado 19/10/2012]. Disponible en: <http://www.paho.org>.
4. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012. México DF.
5. Rodríguez A, Álvarez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana de Salud Pública. 2006; 32(1).
6. Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) (2006) México DF.
7. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012. México DF

8. Gobierno del Estado de Tamaulipas. Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Tamaulipas 2011-2016.
9. Servicios de Salud del Estado de Tamaulipas. Programa de Acción de las y los Adolescentes. Anuario Estadístico 2005-2012.
10. González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato MI, Olaiz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 2005; 47(3): 209-218.
11. Vega F, Gómez V. Inicio de la vida sexual en el adolescente. VII Foro Nacional de la Investigación en Salud en el IMSS en el Estado de Nuevo León. México. Edición Especial No. 2. 2003.
12. Banda OL, Ma. Medrano R, González PI, Vázquez MG, Vázquez GE. Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Enero-Marzo 2010;7(17):16-22.
13. Ceballos G, Campo A. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: Una encuesta transversal. *Colomb Med*. 2007;38(3):185-90.
14. González AE. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile*. 2007;5(1):40-52.
15. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta colombiana de psicología*. 2007;10 (1): 49-63.
16. Salazar-Granara A, Álvarez S., Solano-Romero I, Lázaro-Vivas K, Arollo S, Araujo-Ocas V, Luna-Rengifo D, Echazu-Irala C. Conocimientos de sexualidad inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de Institutos Educativos Nacionales del Distrito de el Agustino, Lima, Perú. *Revista Horizonte Medico* [Internet]. 2007 dic [citado 18 nov 2012];7(2). Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007_II/Art3_Vol7_N2.pdf.
17. Campos-Arias A, Ceballos-Ospino A, Herazo E. Factores asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes de Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;59(4):276-84.
18. Libreros L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos actitudes y practicas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición* [Internet], octubre-diciembre 2008;9(4). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm
19. Gamarra-Tenorio, P., Iannacone, J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *The Biologist* (Lima). [Internet] ene-jun. 2010, [citado 14 agosto 2013];8(1):54-72. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo>.
20. Vargas-Trujillo E, Barrera F. ¿Es la autoestima una variable relevante para los programas de prevención del inicio temprano de actividad sexual?. *Act.Colom.Psicol* [Internet]. mar 2005; 8(1):133-62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0123-91552005000100008&Ing=en&nrm=iso&tIng=es
21. Vargas-Trujillo E., Gambara H., Botella J. Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: Un estudio meta-analítico. *International journal of clinical and health psychology*. 2006 Sept; 6(3):665-95
22. Montt S., Ulloa Chavez F. Autoestima y salud mental en adolescentes. *Revista Salud Mental* [Internet], 19(3) Disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm1903/sm190330.pdf>.
23. Harter S. *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press. 1999.
24. Regis D. Conformity consistency and control. *Education and Helath* .6 (1). 4-9 (1988).
25. Tedeschi JT. Y Norman N.M. Social power, self-presentation and the self. En B.R. Schlenker *The self and social life*. New York. Mc Graw Hill Interamericana (1985).
26. Paul CH, Fitzjhon J, Herbison P, Dickson N. The detrimnants of sexual intercourse before age 16. *Journal of adolescent health*. 2000 27, 136-147.
27. Spencer JM, Zimet GD, Aalsma MC, Orr D. Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in eary adolescents. *Pediatrics* 2002, 109. 581-84.
28. Whitaker DJ Miller KS, Clark LF Reconceptualizing adolescent sexual behavior: Beyond did they or didn't they. *Family planning perspectives* 2000. 32. 111-124.
29. Polith F & Hungler P *Investigación científica en ciencias de la salud*. México DF. Mc Graw Hill Interamericana. 1999.
30. Brinkmann H, Ségure T, Solar MI. Adaptación y estandarización del Inventario de Autoestima de Coopersmith, *Revista Chilena de Psicología*. 1989;10(1):73-87.
31. Secretaria de Salud (SS) *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. México (1987).
32. Fetis N, Giselle. Factores Asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la Comuna de Temuco. *Rev. Chilena. Obstetricia. Ginecología*. 2008; 73(6):362-69.
33. Alvarado R. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) *Revista Ciencias Salud*. 2007;5(1):40-52.
34. Callejas S. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev. Esp. Salud Publica*, (2005) 79:581-589.
35. González AE . Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile*. 2007;5(1):40-52.

La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento

Bernabé Ríos Nava¹, Sandra Luz Romero Mariscal², J. Ramón Olivo Estrada³

Resumen

Investigaciones en las carreras de Medicina y Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit, cuyo objeto de estudio sea la percepción de los estudiantes ante el maltrato y abuso, por parte de docentes/pares tanto en aula/clínica durante su formación, no existen. Se realizó una investigación exploratorio-descriptiva, respondiendo a preguntas como ¿Cuáles son las expresiones de abuso y maltrato más comunes?. Se aplicó un cuestionario a los estudiantes que cursaron el cuarto año. Los resultados -coincidentes con estudios internacionales- muestran los siguientes eventos dados en el aula: rechazo (26.56%), intimidación (28.75%), humillación pública (12.19%), violencia verbal (13.43%), acoso sexual (6.25%) y agresión física (.6%).

Palabras clave: *Maltrato, estudiantes, educación superior, violencia.*

Abstract

Studies show that many students in the field of medicine and nursing suffer incidents of interpersonal abuse from both teachers and peers in classroom and clinic, during the course of their training [give references]. These adverse incidents can have an effect not only on their experience of the course and hence student satisfaction, but also on the success of their studies and their future careers. To date, at the Autonomous University of Nayarit, no studies have been carried out to investigate this phenomenon and the perception of medical and nursing students of mistreatment and abuse during their training. We performed an exploratory-descriptive study including questions as to what common expressions of abuse students have experienced. A questionnaire was administered to students who completed the fourth year. The results, consistent with international studies, show the following events given in the classroom: rejection (26.56%), bullying (28.75%), public humiliation (12.19%), verbal abuse (13.43%), sexual harassment (6.25%) and physical assault (0.6 %).

Keywords: *Abuse, students, higher education, violence.*

(1) Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

(2) Unidad Académica de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

(3) Unidad Académica de Economía, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2013. **Fecha de aceptación:** 30 de noviembre de 2013
Correspondencia: Bernabé Ríos Nava. Unidad Académica de Medicina. Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura "Amado Nervo", Tepic, Nayarit, México. C.P. 63155.
Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo electrónico: brios1954@gmail.com.

Introducción.

“¿Is it possible that medical school is a place where medical students are actually abused?”. Henry K Silver

Durante los años cincuenta en los Estados Unidos se tienen noticias de las primeras denuncias, sobre crecientes conflictos en centros escolares.

Sin embargo, fue hasta la década de los setentas, en Suecia y Escandinavia, donde Dan Olweus llevó a cabo sus estudios con una mayor sistematización en su abordaje (el problema entre agresores, víctimas y testigos), durante los años siguientes su importancia fue advertida por investigadores de otros países¹.

En el ámbito universitario, diversas investigaciones y temáticas se han llevado a cabo: Charkow y Nelson², analizaron la correlación entre la dependencia en las relaciones y la incidencia de abusos en las citas. Smith, White y Holland,³ encontraron que el 88% de mujeres estudiantes habían sufrido al menos algún ataque físico o sexual y el 63.5% ambos. Straus⁴ analizó la violencia entre jóvenes en sus relaciones personales, en 31 universidades de 16 países, encontrando que el 29% de ellos habían cometido agresiones durante sus relaciones; este resultado variaba del 17% al 45%, dependiendo de las universidades y de las agresiones. Confirmándose que la violencia de género es independiente de la edad, clase social, cultura y nivel académico, es una realidad en los espacios universitarios, sin embargo, para la comunidad universitaria es difícil su identificación ante determinadas situaciones⁵.

En el caso de México, dada su

naturaleza, junto a tópicos como disciplina, pasó por una suerte de abandono, hasta entrados los noventa, en gran medida por incomodidad y molestia de muchos colegas. Un primer balance a su producción, se observa en los estados del conocimiento (COMIE), de los años ochenta del siglo XX, al calificarla de dispersa y subordinada a otras problemáticas. Diez años después, el tema de violencia, junto a disciplina, convivencia, indisciplina e incivildades, más otros, abre un nuevo campo⁶. Aparecen investigaciones que abordan la temática de violencia en poblaciones escolares de nivel primario y medio superior: ninguna en el nivel superior.

Estudios de percepción sobre violencia y maltrato en el área de la salud.

Ha sido la carrera de medicina la que ha tenido un número cada vez creciente de investigaciones que se han enfocado a cuestiones, relacionadas con hechos de abuso y maltrato, abuso sexual, acoso, maltrato, discriminación, que se presentan de manera recurrente, en las escuelas y facultades de medicina, clínicas u hospitales. Estos hechos tienen que ver con estudiantes de medicina a nivel de pregrado (incluido el periodo de internado rotatorio), o posgrado en su calidad de residentes en alguna de las especialidades. Los inicios de la década de los ochenta, es el periodo cuando surge el interés por el estudio sobre las expresiones de violencia, maltrato y acoso que experimentaban tanto los estudiantes como los residentes médicos^{7,8}.

Silver⁹ realizó un primer estudio en la Escuela de Medicina de Denver, al encontrar un paralelo, entre los cambios

psicológicos experimentados por los niños que habían sido abusados en hogares adoptivos y los ocurridos con los estudiantes de primer ingreso a la carrera de medicina. Quienes se convertían meses después, en cínicos, abatidos, asustados y deprimidos. Definió al fenómeno del abuso como el trato dañino, perjudicial u ofensivo; el hablar insultante con dureza e injustamente a otra persona, para denostarla. Consideró también los actos innecesarios, evitables o palabras de naturaleza negativa, causado por una persona sobre otra persona o personas⁷. Se le atribuye ser el primero en acuñar a dicho fenómeno socio-escolar como *“Medical Student Abuse”*¹⁰.

En la mayoría de las investigaciones, el maltrato es estudiado de acuerdo a sus formas específicas de manifestación, tales como: el menosprecio; la humillación; los comentarios negativos o despectivos con relación al ejercicio de la medicina o a su elección; el levantar la voz y gritar; el abuso psicológico/físico; la discriminación; el acoso sexual, que es “la acción de molestar y/o perseguir a alguien, con motivos o intenciones sexuales”¹¹, El acoso, que es “una conducta verbal o física, que crea un ambiente de trabajo o estudio hostil e intimidante en el cual la sumisión a tal conducta es una condición de la formación profesional”¹². Los insultos sexistas (por ejemplo, “maricón”, “mujercita”), se consideran dentro del ámbito de la violencia sexual, particularmente de aquella sin contacto corporal¹³; las tareas asignadas como castigo; el asignarse el trabajo de otra persona y la agresión física^{7,8,12,14-17}.

Se considera que el abuso o el maltrato difícilmente serán catalogados como

agresiones, más bien se describen como formas de agresión oculta, que tienen o pueden tener efectos tanto o más dañinos que las agresiones físicas¹⁸. Además que son formas ofensivas que tienden a causar lesiones físicas o psicológicas, el forzar a otros a realizar acciones que no se desean o que no se consienten⁹. El maltrato forma parte del ámbito de la violencia, en tanto que un individuo se impone por su fuerza, poder o estatus, frente a otro(s), más débil(es) o indefenso(s), resultando en ello maltrato o abuso físico o psicológico, directa o indirectamente¹⁹. Pero de lo que se habla, es de un tipo específico de violencia, la violencia emocional, en tanto que ella se expresa en:

“...cualquier omisión u acción que causa o pueda causar directamente un daño psicológico. Suele valerse del lenguaje, tanto verbal como gestual. Es t á paradigmáticamente representada por el insulto”²⁰.

De esta manera, las expresiones de violencia en el trato cotidiano entre los actores, no podemos encontrarla en sus manifestaciones de índole física, es decir “acciones negativas” de hecho; más sí, en las de palabra, como pueden ser, amenazas, burlas, tomaduras de pelo, poner mote o sobrenombres, hacer muecas, gestos obscenos, excluir o segregar a alguien de un grupo de trabajo, aplicar la “ley del hielo”²¹ o insultos, malas palabras o humillaciones, es decir una violencia más psicológica¹⁸.

Baldwin y colaboradores⁵ encontraron que el 86.7% de la población escolar de grados superiores de 10 escuelas de medicina, habían sido humillados públicamente; el 53.5% reportó que otros

habían tomado su trabajo como propio; el 26.4% había sido maltratado físicamente; el 55% fue acosado sexualmente y el 91% había recibido comentarios negativos al haber elegido la carrera de medicina. Las fuentes de estos episodios fueron residentes y maestros. Recientemente, estudiantes de¹⁶ escuelas de medicina en Estados Unidos, reportaron que al menos el 85% de ellos, había sido objeto de hostigamiento o menosprecio, y que el 40% había sufrido ambos; entre los perpetradores, se encontraban compañeros, pacientes, residentes y profesores¹⁷.

Silver⁷ explica que la respuesta de los sujetos dada a los cuestionarios, toman como sustento o base la experiencia, vivencia y/o punto de vista de los sujetos involucrados, en ella expresan su percepción sobre el fenómeno en cuestión, en tanto hecho subjetivo. La percepción la encontramos en el campo de las representaciones sociales¹⁸, en un grupo (junto a las ideologías y las creencias), catalogada como producciones mentales de tipo social, que cumple “[...]funciones pragmático-sociales, orientando la interpretación- construcción de la realidad y guiando tanto las conductas, como las relaciones sociales”²².

Sobre la naturaleza y condiciones en que se presenta y vive el maltrato, deben tomarse algunas consideraciones: primero, que ocurren en la intimidad de una relación, por lo que los resultados en algunos estudios deben considerarse orientadores^{7,16}; el tiempo puede distorsionar las respuestas, cuando son hechos aislados o anecdóticos, pero como cuando un encuestado califica “más de una vez”, se advierte que tuvo

gran trascendencia⁸; las percepciones al impactar la manera de ver, analizar, evaluar y actuar de los individuos en el mundo, están fuertemente ligadas a los valores culturales, por lo que las manifestaciones del maltrato pueden aceptarse como válidas y hasta “naturales”²³; de ahí que lo que para un estudiante es abuso o maltrato, puede no serlo en otros contextos, o en sentido ético o legal⁷. Por lo que corresponde a las(os) enfermeras(os), diversos estudios muestran que estas(os) son dentro del personal del equipo de salud, las(os) más amenazadas(os), entre sus víctimas se cuentan a los(as) propios estudiantes, personal de enfermería, enfermeras supervisoras y personal de ambulancias. Asimismo, entre los casos de maltrato más comunes, figura el hostigamiento sexual, que ha sido padecido por el 69% de las enfermeras del Reino Unido, 48% en Irlanda y 76% en los Estados Unidos²⁴.

El contexto universitario

Desde sus inicios (1969), la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) ha sido el espacio más importante en la formación de recursos humanos para las diferentes áreas del conocimiento y en particular para las instituciones del sector salud. Las carreras de Medicina (1974) y Enfermería (1939) se ubican en el área de Ciencias de la Salud (CS) de la (UAN). Son las únicas del área que han logrado su acreditación; congregan al 23.59% de la población universitaria total de licenciatura y al 51.06% de la población escolar del área que estudia en programas acreditados y de calidad. En el ciclo escolar 2011-2012, ocupó el primer lugar al examinar a un total de 3,390 aspirantes de los cuales fueron aceptados 739, es decir

el 22.23%²⁵. La carrera de Medicina se distingue por ser la más solicitada. El pasado proceso de selección, 2011-2012, rebasó las 1 300 solicitudes, para aceptar a sólo 170 participantes; aquí se encuentran la mayoría de los puntajes más altos del Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos (Exhcoba) y los promedios más altos del bachillerato. Ello provoca en parte, un fenómeno de “vasos comunicantes”, porque quienes no logran ingresar a la carrera, toman como segunda opción las demás del área originando grupos estudiantiles que se distinguen por estar cursando una carrera que no es de su agrado y por lo tanto están a la espera de inscribirse a otra o cambiarse en la primera oportunidad²⁶.

Investigaciones cuyo objeto de estudio hayan sido los aspectos de maltrato/abuso escolar vividos por los estudiantes del área durante su proceso de formación, son pocos. Una primera información se tiene con respecto a la vivencia de las primeras generaciones estudiantiles de la entonces Escuela Superior de Medicina en la década de los setenta. Diversos testimonios dan cuenta de los comentarios que despertó en los médicos de la época, su presencia en las instituciones del sector salud...:

“- así que vienes tú de la escuelita de medicina-,” “-¿qué andan haciendo allí?, no sirve,” “-¿a poco ustedes si son estudiantes de medicina?-,” “-¿para qué te mandaron aquí?-,” “-si quieres te firmo y ya te puedes retirar-,” “-de un A-36, con eso no va a vivir jamás en la vida-,” “-van a ser médicos descalzos, ¿verdad muchachos?,” “-ustedes nunca van a ser competencia para nosotros-”²⁷.

El propósito del trabajo es tener un

acercamiento a la forma y manera en que los estudiantes perciben el maltrato/abuso, así como sus expresiones más comunes ocurridas durante su proceso de formación universitaria. Este primer acercamiento lo acompañan las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las expresiones de abuso y maltrato más comunes que perciben los estudiantes en su relación con los docentes, tanto en los espacios universitarios como en los hospitalarios?, ¿Cuáles son las expresiones de abuso y maltrato más comunes que expresan los estudiantes en su relación con sus pares?, ¿Quiénes sufren de manera reiterada las experiencias de maltrato, las mujeres o los hombres?, ¿En qué sitio de aprendizaje se observa el mayor número de eventos?. Con la intención de tener los primeros indicios sobre el tema y se incorpore en la agenda institucional, a fin de crear espacios universitarios libres de violencia.

Métodos y Materiales

El estudio comprendió tres etapas: búsqueda bibliográfica trabajo de campo y análisis e interpretación de los datos obtenidos. Es una investigación de corte exploratorio-descriptivo. Toma como objeto de investigación la percepción del estudiante sobre los episodios de maltrato/abuso durante su formación universitaria. Dada su naturaleza, en una primera actividad se presentó/explicó a los directivos de las unidades académicas. El universo de trabajo fueron las y los estudiantes que cursaron el cuarto año durante el primer semestre del 2011. El diseño del cuestionario tomó la estructura seguida por otros estudios⁸,

cubriendo los siguientes temas: datos sociodemográficos; la percepción del estudiante en su relación con el docente universitario en aula, clínica, sus pares y las muestras de maltrato/abuso. Posterior a su diseño, el instrumento se sujetó a una etapa de validación. Su aplicación de corte censal se realizó en los meses de mayo-junio del 2011. En su momento el proyecto fue presentado a los directivos de cada una de las unidades académicas, lo que dio la oportunidad de explicar su importancia y destacar acciones futuras. En cada grupo visitado se subrayó la importancia del proyecto, el manejo confidencial de la información y su empleo para fines exclusivos de esta investigación, así como su anonimato y dada la naturaleza del tema, se hizo hincapié en la temporalidad del evento indicándose lo acontecido en el último año escolar; se tuvo una participación mayoritaria de estudiantes. Para la captura de la información, elaboración de cuadros/gráficas y sus análisis, se emplearon los programas SPSS v.15 y Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

La población total de estudiantes de cuarto año, generación 2008, que respondieron la encuesta fue de 240. El 45.8% correspondió a la carrera de Medicina y el 54.2% a la de Enfermería. Respecto a la edad, el mayor grupo se ubica en el rango de 20 a 24 años (94.6%). La gran mayoría, 138 (57.5%), nacieron en la capital del estado. El 10.4% trabaja. La composición de la matrícula del área considerando el sexo muestra que la mujer es mayoría: Enfermería, 83.7% y Medicina, 55.5%. En los hombres, su

distribución se da de la siguiente forma: Medicina, 44.5% y Enfermería, 16.3%.

Convivencia y episodios de maltrato en aula.

Los maltratos percibidos muestran a la intimidación y el rechazo como los eventos con la mayor incidencia. El panorama es el siguiente: el rechazo, 35.4%; la intimidación, 38.4%; la humillación pública, 16.3%; la realización de tareas, 16.3%; la violencia verbal, 28%; el acoso sexual, 8.3% y la agresión física, 0.8%.

Una observación detallada entre eventos de maltrato y unidades académicas de medicina y enfermería, encontramos lo siguiente: las situaciones de rechazo, fueron, 37, 48; violencia verbal, 23,20; intimidación, 43,49; realizar tareas como castigo, 19,20; el acoso sexual, 11,9; humillación pública, 20,19; la agresión física, 2,0. Con respecto a las experiencias de acoso sexual que recibieron las(os) estudiantes por parte de los docentes, llama la atención, que se presentaron en las unidades académicas. Diversos estudios²⁸, la muestran como una constante, reportando que las mujeres de su estudio lo experimentaron en un 46%; Mangus¹² encontró que una de cada cinco estudiantes mujeres lo vivieron al menos en una ocasión por parte de instructores o supervisores, en algún momento de su formación. En nuestro caso, ocupa el último lugar, 1.02%.

¿Quiénes sufrieron más el maltrato?.

En una primer mirada son las mujeres (*La obtención de los resultados, fue considerando el evento en particular entre el total de eventos reportados por los estudiantes*). El panorama es el siguiente: el rechazo, 18.75%; la intimidación, 20.94%; la humillación

pública, 8.75%; las tareas como castigo, 7.5%; la violencia verbal, 8.44%; el acoso sexual, 4.69% y la violencia, 0%. El acoso sexual se presentó en 20 ocasiones; el triple lo padecieron las mujeres; 5 fueron para los hombres y 15 para las mujeres. La agresión física la padecieron los hombres con dos eventos. Estos datos muestran a las mujeres como el grupo con un mayor riesgo de sufrir algún tipo de maltrato. Rautio¹⁴ encontró que las mujeres de su estudio, le reportaron una mayor frecuencia respecto de los varones, por ejemplo, en las tareas asignadas como castigo (13%), la violencia verbal (23%), el menosprecio y la humillación (40%), el acoso sexual o maltrato basado en el género (17%).

Convivencia y episodios de maltrato entre docentes y estudiantes en los espacios clínicos.

"The tears ran down my face, hidden by my surgical mask. My consultant continued relentlessly, ¿why can't you do this?. It really isn't hard. Are you stupid?. Can't you see how to help me?. (Anonymous)

Para las carreras del área, los espacios para la enseñanza que proporcionan las instituciones del sector salud, en la formación de los estudiantes, resultan ser de capital importancia. Es ahí donde combinarán los aspectos teóricos con los prácticos; conocerán la dinámica interna de trabajo, las funciones y responsabilidades de cada uno de sus integrantes, las condiciones laborales del personal, los acuerdos y situaciones de compromiso entre los diferentes profesionales, los horarios y jornadas de trabajo, el tipo de convivencia y sus normas tanto establecidas como las "no escritas", los valores éticos de la

profesión que en mayor o menor medida se respetan. No podríamos entender el actuar de un médico sin una amplia formación práctica, o a una enfermera sin el entrenamiento adecuado en los cuidados mínimos que debiera tener para la atención de los enfermos. Para estas dos carreras el hospital o la clínica es insustituible. El tiempo que permanecerá el estudiante en estos sitios, tendrá un impacto sustancial en su percepción y será la prueba tanto para aspectos de identidad profesional, como para su futuro personal, académico y familiar. Lo que observe, viva y experimente, influirán directamente en el desarrollo o no de sus potencialidades, que al final lo formarán como un profesional con actitud positiva para enfrentar nuevos retos, con liderazgo, amante de su profesión, reconocido en su grupo o, por el contrario, con una autoimagen negativa, inseguro, sumiso y sin capacidad para tomar decisiones²⁴.

Los tipos de maltrato más advertidos por los estudiantes fueron los siguientes: la intimidación, 27.31%; el rechazo, 24.37%; la violencia verbal, 14.28%; la humillación pública, 10.92%; la realización de tareas como castigo, 14.28%; el acoso sexual, 6.3% y la agresión física, 2.5%. Con relación a las formas de acoso sexual los estudiantes informantes de Baldwin⁵, reportaron que el 55%, lo había experimentado; al menos tenía un testimonio de que alguien se había tomado el crédito por un trabajo no realizado y al igual que en nuestros hallazgos, lo menos frecuente fue la agresión física; como fuentes de maltrato se citó al 84.6% de residentes y al 79% de docentes en clínica.

El maltrato y el género. ¿Quiénes sufrieron más el maltrato?. Del total de casos reportados aparecen las mujeres con el mayor número a diferencia de los hombres. El panorama es el siguiente: la intimidación, 17.65%, 9.66%; el rechazo, 15.97%, 8.4%; la violencia verbal, 8.4%, 5.88%; la asignación de tareas como castigo, 7.98%, 6.3%; la humillación pública, 7.56%, 3.4%; el acoso sexual 5.46%, .8% y la agresión física, 2.1%, .4%. El acoso sexual, se presentó en 15 ocasiones, las mujeres lo reportaron en 13 ocasiones y los hombres 2. La agresión física, las mujeres la padecieron cuatro veces más que los hombres, 5 frente a 1. Al igual que en los espacios de las unidades académicas, por lo que respecta a los clínicos, las cifras muestran que las mujeres siguen siendo el grupo más vulnerable a este tipo de maltratos. Los diversos estudios¹⁷ dan cuenta de los acosos más comunes: la intimidación, en el caso del acoso sexual, Baldwin⁵, reportó que un poco menos de la mitad de las estudiantes, lo recibieron de compañeros y profesores. Wolf²⁸ encontró que el acoso sexual se percibió en más de la mitad de sus encuestados. Mangus¹² muestra que el 21% de sus mujeres encuestadas lo reportó como más común respecto de los hombres.

Las mujeres son el grupo que manifiesta estar recibiendo el mayor número de expresiones de maltrato. Los espacios áulicos es donde ocurre el mayor número de eventos; de manera importante son el rechazo y la intimidación; el acoso sexual se presenta con el menor número. En los espacios clínicos la mujer continúa siendo el grupo más maltratado, siendo el rechazo y la intimidación los eventos

más comunes/frecuentes. Por lo que toca a los hombres, tanto en aula como en clínica, son el grupo con el menor número de muestras de maltrato; sin embargo, el rechazo y la intimidación, son los más comunes a que están expuestos.

Convivencia y episodios de maltrato entre los compañeros de clase

Las percepciones sobre los diferentes tipos de maltrato que se presentaron de manera recurrente entre ellos fueron los siguientes: las bromas de mal gusto, 17.17%; ser objeto de burlas, 16.3%; el robo ocurrido en el aula, 13.91%; los apodos, 11.74%; la violencia verbal, 12.17%; la intimidación, 9.13%; la agresión física, 2.61% y el acoso sexual, 2.17%.

¿Quiénes recibieron el mayor número de maltratos?.

Las mujeres son las que están más en riesgo de sufrirlos respecto de los varones; como se muestra en los siguientes resultados: las bromas de mal gusto, 40, 20; las burlas, 47, 28; los robos en aula, 44, 20; el poner apodos, 30, 24; violencia verbal, 40, 16; ser rechazado o excluido, 39, 8; el acoso sexual, 3, 4; agresión física, 8, 4; ser intimidado, 34, 4 y ser humillado públicamente, 14, 7.

Discusión

Advertimos que las(os) los estudiantes han recibido algún tipo de maltrato en algún momento de su carrera. Ello se relaciona con los resultados del estudio realizado por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC, por sus siglas en inglés), que entre 1990-92, encontró que la prevalencia de abuso, la habían sufrido un poco más del 70% de los estudiantes. Encontramos que en

los dos espacios de aprendizaje (aula y clínica), el fenómeno del maltrato está presente; sin embargo, es el aula y sus espacios (laboratorios y las prácticas comunitarias), a diferencia de la clínica, donde los estudiantes reciben el mayor número de episodios. Se coincide con diversos estudios, que en ambos sitios (aula y clínica), el maltrato más común, fue la humillación pública y el menosprecio, a manos de residentes, docentes y compañeros; el menosprecio y humillación 40%, violencia verbal 23%^{14,17,28}. Nuestros resultados también concuerdan con algunas investigaciones que dan cuenta de que entre los diferentes maltratos, la agresión física, el ser golpeado o empujado, fue de los menos recurrentes, aunque sí, en nuestro caso la clínica presentó porcentajes más elevados⁵. Respecto del acoso sexual, observamos que en ambos espacios de aprendizaje está presente, que hombres y mujeres lo reportan como evento experimentado. También en ambos sitios son las mujeres el grupo más propenso a recibirlo. Sin embargo, los hombres no están libres de ello. Nuestros hallazgos muestran diferencias importantes respecto de estudios internacionales, al encontrar que este tipo de maltrato se ubicó en el penúltimo lugar; las(os) estudiantes lo reportaron como el menos común, en ambos sitios aparece, con un 6.25% en los espacios áulicos y un poco más elevado en los espacios clínicos, con un 6.3%. Estos porcentajes contrastan con el 55% que reporta Baldwin⁵, el 23% que reporta Rautio¹⁴, el 50% de Wolf,²⁸ o el 46% de Moscarello²⁸. El panorama anterior da la oportunidad para entender que es preciso poner atención a ello. Se

tiene claro, que los maltratos hacia el estudiante, tienen un impacto sustancial en su comportamiento y desarrollo, particularmente hacia la futura imagen de la profesión, el cuidado a los enfermos y los valores¹⁴. En nuestro medio es preciso realizar estudios futuros con mayor precisión, tratando de destacar los contextos donde se originan los maltratos y quiénes son los causantes.⁷ Entendiendo que lo más importante es la prevención, a la par de implementar acciones tanto educativas como reglamentarias. Ante hechos de maltrato en la institución universitaria, debemos de estar atentos a los impactos negativos que tienen estos en la formación del estudiante; hoy día las nuevas realidades nos obligan a valorar nuestras acciones como docentes, por ello, deben iniciarse acciones que en opinión de Wood¹⁷ nos lleven a moderar nuestros comportamientos, y en lo posible ser modelos positivos de conducta que por supuesto lleve a un cambio cultural institucional. Esta experiencia ha permitido conocer las carencias y vacíos normativos/legales en dentro de la institución y que en lo futuro deberá trabajarse. Es una necesidad que debe armonizar y estar acorde con las diversas acciones de transformación que está actualmente viviendo la institución y ante las nuevas exigencias sociales, se debe poner atención a futuros egresados con una mayor preparación científico/tecnológica, mayormente comprometidos, responsables y humanistas.

Conclusiones

El maltrato y abuso entre estudiantes y docentes universitarios nayaritas es un hecho cotidiano y de actualidad en

los espacios universitarios. Se deberán continuar con estudios más específicos a fin de ir develando características y condiciones especiales de ésta violencia. La institución universitaria a partir de sus respectivas autoridades, deben ser las primeras interesadas en atacar desde diversos frentes la problemática: en lo educativo, diversas campañas para cada grupo en particular que oriente las conductas y acciones cotidianas; en el aspecto legal-normativo, se deberá enriquecer la legislación universitaria tratando de actualizarla, ello traerá como consecuencia la aparición de espacios con nuevos actores universitarios encargados de velar porque nuestros derechos humanos no se vean vulnerados.

Referencias

- García A. La violencia en centros educativos de Norteamérica y diferentes países de Europa. Medidas políticas tomadas para la convivencia escolar. Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado [Internet] agosto 2001 [Citado Febrero de 2011];41: 167-77. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404111>.
- Charkow, W, Nelson E. Relationship Dependency, Dating Violence, and Scripts of Female College Students. Journal of College Counselling [Internet]. 2000; 3 (1):12-7.
- Smith hall Paige, Jacquelyn W. White, Lindsay J. Holland. A longitudinal Perspective on Dating Violence Among Adolescent and College-Age Women. Am J. Public Health [Internet]. 2003. Citado enero 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/s/PMC1447917/>.
- Straus Murray A. Prevalence of Violence Against Dating Partners by Male and Female University Students. Citado febrero 2011. Disponible en: <http://www.pubpages.unh.edu/~mas2/ID16.pdf>.
- Larena R, Molina S. Violencia de género en las universidades: investigaciones y medidas para prevenirla. Citado Febrero del 2011. Disponible en: <http://www.revistashipatia.com/index.Php/tsg/article/download/21/27>.
- Furlan A. Procesos y Prácticas de Disciplina y Convivencia en la Escuela. Los problemas de la indisciplina, incivildades y violencia. En Acciones, Actores y Prácticas Educativas. Juan Manuel Piña, Alfredo Furlan, Lya Sañudo (Coordinadores(as). La Investigación Educativa en México 1992-2002. México. DF. COMIE-SEP-CESU. 2003.
- Silver Henry K., Glisken Anita, Duhl Glicklen. Medical Student Abuse. Incidence, Severity, and Significance. JAMA [Internet]. 1990. Disponible en: <http://www.jama.ama-assn.org/content/263/4/527.full.pdf>. Citado Febrero de 2011.
- Maida, S. Ana Margarita, Viviana Herskovic M., Ana Pereira S., Lorena Salinas-Fernández, Claudia Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. Revista Médica. Chile [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.Scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872006001200004&script=sci_arttext. Consultado o Marzo del 2011.
- Silver K. Medical Students and Medical School. JAMA [Internet]. 1982. Disponible en: <http://www.jama.ama-assn.org/content/247/3/309.short>. Citado Febrero de 2011.
- Nagata-Kobayashi Shizuko, Miho Sekimoto, Hiroshi Koyama, Wari Yamamoto, Eiji Goto, Osamu Fukushima, et. al.. Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan. J. Gen Intern Med [Internet]. 2006. Citado enero 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16390504>.
- Frías M. Hostigamiento, acoso sexual y discriminación laboral por embarazo en México. Revista Mexicana de Sociología. 2011 [Internet]. Citado enero 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s018825032011000200005&script=sci_arttext.
- Mangus R S, Hawkins C., Miller M J. Prevalence of Harassment and Discrimination Among 1996 Medical School Graduates: A Survey of Eight US Schools. JAMA [Internet]. 1998. Citado marzo 2011. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/280/9/851.full>.
- Sánchez S, Herrero S, Rivas S. El médico de familia ante las agresiones sexuales. Rev. Atención Primaria [Internet]. 2004. Citado marzo 2011. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v34n08a13068222pdf001.pdf>.
- Rautio A, Vappu S, Matti N, Marja L. Mistreatment of university students most common during medical studies. BMC Medical Education [Internet]. 2005. Citado febrero 2011.. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/pq2t570746167765/>.
- Baldwin D C, Daugherty S R, Edwards J. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. West J. Med [Internet]. 1991. Citado febrero 2011. Disponible en: <http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1002944/pdf/westjmed00096-0036.pdf>.
- Sheehan KH, Sheehan DV, Sheehan K W, Leibowitz A, DeWitt C B. A pilot study of medical student abuse. Student Perceptions of Mistreatment and Misconduct in Medical School. JAMA [Internet]. 1990. Citado abril de 2011. Disponible en: <http://www.jama.ama-assn.org/content/263/4/533.full.pdf+html>.
- Wood DF. Bullying and harassment in medical schools. Still rife and must be tackled. British Medical Journal. 2006. Citado diciembre

Artículo original

2010. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40700853>.
18. Aguilera, García MA, Muñoz G, Orozco A. Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias de México. 1a. Ed. México, D.F. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación; 2007.
 19. Ortega, Ruiz Rosario, Joaquín A. Moramerchán. Agresividad y violencia. El problema de la victimización entre escolares. Revista de Educación [Internet]. 1997. Citado febrero 2011. Disponible en: <http://www.doredin.mec.es/documentos/00820073003961.pdf>.
 20. San Martín EJ. ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. Revista de Filosofía [Internet]. 2007. Citado enero 2011; (42). Disponible en: <http://www.revistas.um.es/index.php/daimon/article/view/95881/92151>.
 21. Olweus, D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. 3a ed. Madrid. Morata. 2006.
 22. Araya US. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Flacso. Sede Académica Costa [Internet]. 2002 Citado enero 2011. Disponible en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>.
 23. Saldivar G, Ramón L, Saltijeral MT. La aceptación de la violencia y los mitos de violación en estudiantes universitarios: Diferencias por sexo, edad y carrera. Revista Facultad de Medicina UNAM [Internet]. 2007 Citado febrero 2011.. Disponible en: <http://www.new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=21&IDARTICULO=11504&IDPUBLICACION=1219>.
 24. Letelier, Sanz Patricia y Valenzuela Suazo Sandra. Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. Revista Ciencia y Enfermería. 2002. Citado febrero 2011. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
 25. Universidad Autónoma de Nayarit. 2do. Informe 2011-2012. Tepic, Nayarit, México. 2013.
 26. Ríos B, Romero SL, Estrada R. El área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit. Una semblanza de sus estudiantes. Revista Fuente [Internet]. 2012. Citado Enero de 2012. Disponible en: <http://www.revistafuente.com.mx/index.php/numero4-11/15-portadas/28-portada4-11>.
 27. Ríos B. Una experiencia en la enseñanza médica innovadora. El caso de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Tesis doctoral. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes. Centro de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Educación. 2006.
 28. Wolf, TM, Randall HM, Von Almen K, Tynes. Perceived mistreatment and attitude change by graduating medical students: a retrospective study. Med. Educ [Internet]. 1991. Citado Marzo de 2011. Disponible en: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00050.x/abstract>.

Momentos de cuidado según la teoría del Caring. La situación de enfermería.

Ian Coahpetzin Zavala Pérez¹, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez¹, Martha Ofelia Valle Solís¹.

Resumen

La situación de Enfermería es “una experiencia de vida compartida donde la enfermera se une en el proceso de vida de la persona cuidada e igualmente trae su propio proceso a esta relación”; dicha situación, se presenta a través de la narrativa donde la/el enfermera/o cuenta su vivencia de una relación significativa que le permite reflexionar sobre su actuación, sus sentimientos, sus valores, sus metas y, sobre todo, refleja la visión del mundo que la enfermera tiene acerca del cuidado de enfermería^{1,2}. La forma tradicional de casos clínicos de enfermería presenta un cuadro estático e incompleto, mientras que con esta nueva manera, la situación de enfermería permite visualizar un retrato dinámico e interactivo que muestra la presencia de la o el enfermera/o con los sujetos de su cuidado^{1,2}. La presente experiencia describe la historia de una enfermera que brinda el cuidado a su madre afectada por el cáncer de mama. Dicha experiencia es analizada desde la teoría del Caring de Jean Watson a través de los *10 Procesos Clínicos de Cuidado*.

Palabras clave: *enfermera, paciente, cuidado, procesos clínicos de cuidado.*

Abstract

The situation of Nursing is “a shared life experience where the nurse joins in the life process of the person cared for.” It comes through a narrative in which the nurse presents his experience of a significant relationship that allows him to reflect on his actions, feelings, values and goals, and above all reflects the shared professional vision of patient care^{1,2}. The traditional nursing clinical case presents a static and incomplete picture, whereas with this new way, the nursing situation can display a dynamic and interactive portrait showing the presence of the nurse alongside his subjects of care^{1,2}. The present case describes the experience of a nurse providing care to her mother affected by breast cancer. This experience is analyzed from the theory of Jean Watson Caring through *10 Clinical Care Processes*.

Keywords: *nurse, patient, care, clinical care processes.*

(1) Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, México.

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2013. **Fecha de aceptación:** 27 de noviembre de 2013

Correspondencia: Ian Coahpetzin Zavala Pérez. Unidad Académica de Medicina.

Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”. Tepic, Nayarit, México, C.P. 63155

Tel. Fax. (01-311) 2118800. Correo Electronico: ic_jm82@hotmail .com.

Introducción.

Recuerdo que la noticia nos asaltó en el mes de mayo del año 2010, cuando una visita al ginecólogo cambió el curso de varias vidas.

Mi madre no suele comunicar sobre sus situaciones personales y para ella, hablar de salud es un aspecto de esta índole. Un día cae en cuenta que sola no puede y decide pedir ayuda. Así que la noticia fue abrupta. Sabía lo que estaba por venir. Pero debo aclarar que no es lo mismo ser espectadora a formar parte de tan dura prueba; escribir tu propia historia, que tendrá un desarrollo lleno de momentos dolorosos y con una conclusión insierta.

Desde el momento en que mi madre comenta que el médico tratante ha observado una “bolita” y que es necesario una biopsia, el presentimiento de cáncer de mama se hizo fuerte y el temor se apodero de mi persona.

Cuando mi madre informa sobre la problemática de salud. Decidió sentarme con ella y preguntar qué es lo que pasa, cuestiono su comportamiento; y refiero, “no eres así mamá”, ella responde “estoy preocupada porque me mandó el ginecólogo al oncólogo”. Tomé sus manos y le pedí que se relajara. En ese momento le expresé: “no vale mucho preocuparnos, mejor ocupémonos”.

Durante dos semanas la acompañé de consulta en consulta; en tres semanas estaba programada para biopsia transoperatoria. Mientras me preparaba para lo que venía. Había que estar serena para que ella estuviera tranquila.

Posteriormente, mi madre es internada y la familia decide reunirse,

estamos todos los hermanos en el hospital. Son las siete de la mañana e ingresa al quirófano. Entonces, el cirujano informa que es necesario quitar el seno izquierdo. Ante la noticia sentí que caía un peso emocional lleno de sufrimiento, entonces lloré y trataba de pensar.

A las tres de la tarde llega a la cama del hospital, lloramos juntas. Al día siguiente le dan de alta del hospital, por fin estábamos en casa, mi madre se veía tranquila.

El oncólogo recomendó llevar a mi madre a una boutique para mujeres que tienen cáncer de mama con el fin de comprar una venda elástica que evite el linfaedema. Viajamos a la ciudad de Guadalajara. Ahí llegamos con la señora María dueña de la tienda y sobreviviente de cáncer de mama.

Las experiencias con mi madre en la sesiones de quimioterapia se traducen en momentos de contemplación, valoración, amor y desapego, es decir, hacer consciente que somos seres finitos y trascendentales. Verla sufrir física y emocionalmente era doloroso y desgastante pero sabía que saldríamos adelante.

Como cuidadora se sufre y se llora muchas veces en silencio, pero lo que se recibe durante la transacción del cuidado es invaluable, y si existe una palabra que pueda describir esta sensación se denomina “cuidado humano”.

La relación con mi madre es buena pero con sus altibajos. Una vez que sabes que la persona que te dio la vida esta a punto de vivir, probablemente la prueba mas difícil de su existencia, es cuando te das cuenta de que esa relación debe mejorar y empezar a ver

a la otra persona como un ser único. Es desde este plano lo que permite dar un cuidado transpersonal, porque el hecho de hacer consciente que no existe en todo el mundo otra persona igual a Ofelia hace de ella una creación humanamente perfecta y singular.

Esta singularidad puede ser generalizable en todos y cada de uno de nosotros, por ende deberíamos al momento de cuidar hacer de este acto una expresión humanizadora y hacernos conscientes de la oportunidad que tenemos como familiares y profesionales de la enfermería al ser creadores con la otra persona de tan valioso fenómeno, el Cuidado.

Durante la relación de ayuda las fuerzas fenomenológicas surgían al compartir nuestras percepciones, intuiciones, pensamientos, emociones y tristezas retroalimentando nuestra esperanza y haciendo conexiones con el ambiente para alcanzar armonía.

Durante dos meses nos sentábamos una hora y la dedicábamos a leer, con el fin de ayudarlo y ayudarme a comprender lo que estábamos viviendo. Platicábamos de su infancia; también dialogábamos sobre las coincidencias de los relatos de vida que referían los autores en relación con la vida de mi madre. Dejamos muchos espacios para expresar nuestros sentimientos, teníamos un momento para abrazarnos y para decir lo mucho que nos queremos y lo valiosas que podemos llegar a ser las personas.

Las risas estuvieron acompañadas de sufrimientos pero los momentos felices no se fueron. Esta vivencia me permitió leer los silencios, los gestos y

posturas, los descodifiqué para encontrar un comentario, una expresión, una actitud positiva y así encontrar el sentido de la vida. Así que cuando alguna visita llegaba a casa tratando de compadecer a mi mamá, era recibida con el siguiente letrero en puerta: "Si no hay una buena actitud para disfrutar tu estancia, es mejor no llegar a esta casa, vuelva otro día". Las pacientes que viven con cáncer de mama, lo que menos necesitan es sentir la pena de otras personas.

El poder aceptar las vivencias humanas es una tarea compleja; y más si no hacemos consciente el fuerza de conocernos a nosotros mismos, aceptarnos con nuestras cualidades y defectos. En occidente las personas creemos conocernos pero caemos en un falso conocimiento por falta de introyección, de reflexión (desvaloramos nuestras experiencias personales sean estas buenas o malas, las archivamos y pretendemos que no influirán en nuestras actitudes de cuidado).

Pensamos que las técnicas son lo que más necesitan las pacientes y por ende nos enfocamos en ellas, dejando que ésta sea la protagonista y menospreciamos el poder sanador de la interrelación humano-humano edificando así un error que se traduce en no aceptación de la persona por falta de comprensión a sus emociones y pensamientos.

Entiendo que cuando alguien enferma hay una fuerza que emana desde su Íntimo modo de Ser, esto es la espiritualidad; y como seres que vivimos en aparente bienestar no la consideramos. Esta fuerza es la esencia del ser humano.

Proceso clínico de cuidado 1. “El cuidado tiene que estar fundamentado en un conjunto de valores humanos universales como son: la amabilidad, preocupación y amor por sí mismo y por los otros”^{1,3}.

En la narrativa Florence mostró una postura profesional a pesar de ser familiar de la paciente, utilizó sus valores humanos de amabilidad, preocupación y amor para su madre. Ella no mostró ninguna actitud de reproche y continuó su trabajo con amor y amabilidad. La ecuanimidad en el análisis se relaciona con la serenidad o tranquilidad^{1,3}.

Proceso clínico de cuidado 2. En el momento en que Florence se percata que la experiencia que les tocará vivir a ella y a su madre se produce una expansión de conciencia que permite pensar para tomar las mejores decisiones, sentir para comprender la experiencia total y lo más importante creer en ella y en su madre como personas con posibilidades de sanación a través del cuidado³. “Desde que nos dieron la noticia, no nos hemos separado. Creó que Dios te prepara para las pruebas”. “Había que estar serena para que Ofelia estuviera tranquila”.

Proceso clínico de cuidado 3. Cuando Florence pasa tiempo con Ofelia en el servicio de quimioterapia que se “traducen en momentos de contemplación, valoración, amor y desapego”; se hace consciente de que ella y Ofelia son seres finitos y trascendentales. En este punto Florence deja de ser el centro y se percata de Ofelia que es una creación humanamente perfecta, singular y que no existe en todo el mundo otra persona igual, motivándose Florence a dar lo mejor de sí a través de sus cuidados^{3,4}.

Proceso clínico de cuidado 4. “El cuidado centrado en las relaciones se considera intrínseco para sanar y fundamento para reformar el cuidado de la salud a un nivel más profundo, que va más allá de enfocarse en un cambio de carácter superficial económico”. Es decir, “El desarrollo de una relación de cuidado requiere habilidad y competencias de cuidado humano ontológico; no se trata de técnicas en sí mismas”. Para la construcción de relaciones de cuidado auténticas tiene que haber “profundización de nuestra humanidad con nuestro proceso de llegar a ser más humano, compasivo, consciente y despierto a nuestros propios dilemas humanos y al de los otros”^{3,4,5}, tal como sucedió en esta situación de enfermería vivida por Florence y Ofelia cuando visitaban a María en la ciudad de Guadalajara las cuales fueron de gran ayuda para ambas.

Proceso clínico de cuidado 5. “A través de estar presente y de permitir la expresión constructiva de todos los sentimientos es como se puede crear una base para confiar y cuidar, cuando la enfermera es capaz de apoyar el llanto o los temores de los otros, sin asustarse y sin huir, esto se constituye en un acto de sanar y de cuidar”³. Se visualiza cuando Florence ha llorado en silencio, junto a su madre la pérdida física, al platicar con sus amigos de la problemática y al expresar de forma recíproca los sentimientos en relación a la vida, la enfermedad, la sanación y la muerte.

Proceso clínico de cuidado 6. “La información no es conocimiento; el conocimiento solo no significa entender, y aun entender en forma aislada no necesariamente comprende

discernimiento, reflexión y sabiduría. El proceso “*caritas*” busca información, conocimiento, comprensión y sabiduría. Las metas últimas del cuidado de la ciencia del cuidado son las de prestar un servicio humano de calidad y para ello es necesario hacer uso de un proceso de solución de problemas creativo y de la lógica cognitiva racional, junto con todas las formas del saber^{1,3}. El uso de lectura con contenido vivencial y espiritual así como religioso, fueron de ayuda para poder comprender la enfermedad; así como el desarrollo de estrategias para aumentar el bienestar espiritual y disminuir el sufrimiento⁶.

Proceso clínico de cuidado 7. Florence Motivaba a través de la lectura y del diálogo a seguir adelante y a no tropezar con obstáculos pequeños, para así ganar energía que le permitiera afrontar con conciencia los obstáculos más grandes. La intención de comprender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte fueron imprescindibles cuando se vive la incertidumbre de perder la vida y un ser querido^{3,6}.

Proceso clínico de cuidado 8. Florence decide hacerse el ambiente de su madre por medio de su comportamiento comprensivo y de comodidad. La enfermera *caritas* puede utilizar muchas otras técnicas: como sentarse con el paciente y los miembros de la familia, arreglar el cuarto del paciente, ubicar la cama del paciente para que tenga mejor vista, cerrando o abriendo las ventanas, escuchando al paciente y haciendo contacto con los familiares^{1,3,5,7}.

Proceso clínico de cuidado 9. Florence ofrece el cuidado a su mamá entendiendo este fenómeno como momentos en donde

tenía que poner en práctica conocimientos científicos, profesionales, éticos y estéticos, creativos y personalizados de dar/recibir permitiendo un contacto entre el mundo subjetivo y la conciencia de los dos³.

Proceso clínico de cuidado 10. Florence refiere algo que podría ser contradictorio pero que permitió el milagro del que habla Watson: “siempre las risas estuvieron acompañadas de sufrimiento pero los momentos felices no se fueron” porque “Quizá sea solo cuando nosotros reconocemos qué tanto dolor y sufrimiento hay en nuestros corazones rotos y en nuestros espíritus, en nuestro mundo quebrado dentro y fuera que podemos retornar a aquello que no tiene tiempo, que puede reconfortarnos, sostenernos e inspirarnos, me refiero a la conexión con nosotros mismos y con los otros a través del amor y el cuidado”⁸.

Referencias

1. Gómez O. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como un medio para comunicarla. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 41-60, 141-161p.
2. Muñoz L, López A, Gómez O, Botero D. El cuidado de la vida. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007 155p.
3. Watson J. Nursing human science and human care: a theory of nursing. 2nd ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett Publisher; 1999. 53-61p.
4. Raile M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Elsevier; España; 2011. 91-112p.
5. Luevano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florence Nightingale a Jean Watson. Rev. Syntesis. (Chi). Enero-mar 2008;(45): 33-5p.
6. Middleton J. Yo (no) quiero tener cáncer. Una guía para modificar el escenario donde se gestan el cáncer y otras enfermedades. 1era ed. Santiago de Chile: Grijabo; 2007 168p.
7. Grupo de cuidado. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 16, 22, 51, 80-120p.
8. Grupo de cuidado. Avances en el cuidado de enfermería. 1era ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.15-59, 81-90, 171-195p.

Instrucciones para autores

La revista Waxapa es un órgano de divulgación científica del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, de periodicidad semestral indexada en IMBIOMED y LATINDEX que publica colaboraciones originales e inéditas de autores mexicanos y extranjeros. Se consideran de interés los temas de Salud, agrupados en las siguientes áreas: Historia y Filosofía de la Salud, Educación en Salud, Clínica, Terapéutica y Farmacología, Salud Pública y Sistemas de Salud y Biomedicina.

Los manuscritos deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores que exprese la conformidad con su contenido y su intención de ceder a la revista los derechos de autor; se podrán entregar en la Unidad Académica de Medicina de la UAN o enviarse por correo electrónico a revistawaxapauan@uan.edu.mx.

Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética.

Waxapa, en lo general, se apega a los Requisitos Uniformes para las Publicaciones Enviadas a Revistas Biomédicas (ICMJE Recommendations, que aparecen en <http://www.icmje.org>).

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes: Cartas al editor, artículo original, artículo de revisión, comunicación breve y editorial por invitación.

Los artículos originales se enviarán en

formato "IMRYD": introducción, métodos, resultados y discusión

Extensión máxima de los diferentes tipos de manuscritos que recibe Waxapa:

	Palabras (sin incluir resumen, tablas, figuras ni referencias)	Referencias	Cuadros y figuras
Artículo de revisión	4 000	50	5
Artículo original	3 500	35	5
Comunicación breve	1 500	10	2
Cartas al Editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

Los autores deberán preparar sus textos en Microsoft Word y usar programas como Excel o Power Point para crear las figuras y cuadros. Tipo de letra: Arial o Times New Roman 12, a dos espacios. Todos los márgenes serán de una pulgada (2.4 cm). El manuscrito quedará separado de la siguiente manera: Título, autores y su afiliación en una cuartilla, resumen estructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla. El resumen estructurado no excederá una cuartilla e incluirá: Antecedentes, objetivos, métodos, resultados y conclusiones. Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, para costear el trabajo en que se basa el artículo. Se debe dejar explícita cualquier situación que genere posible conflicto de intereses.



LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT Y LA COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convocan a profesionales interesados en cursar la



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Áreas de especialización:

Odontología Preventiva - Salud del Adulto Mayor - Salud Comunitaria - Gerencia de Servicios de Salud

Reconocida en el **PNPC de CONACYT**
becas a estudiantes de dedicación exclusiva

Objetivo del Programa

Desarrollar competencias profesionalizantes y de investigación para el desempeño de excelencia como gerentes, promotores y ejecutores en diferentes áreas de la salud pública.

Líneas de Investigación del Programa

Diagnóstico, prevención y riesgos para la salud de la población - Gestión y calidad de los servicios de salud - Salud del adulto mayor

Perfil y requisitos de ingreso

- Aprobar el examen de ingreso, EXANI III, con un puntaje mínimo de 900.
- Aprobar los exámenes de inglés, español y gestión de la información por internet.
 - Demostrar conocimientos básicos de estadística.
 - Realizar entrevista con la Comisión de Selección.
 - Demostrar dedicación exclusiva al programa.
 - Pertinencia del pregrado estudiado con la Maestría.
 - Motivación para el posgrado en salud pública.
 - Aprovechamiento mínimo de 80% en el pregrado.

Documentación para aspirantes nacionales

(2 copias de cada documento)

- Título universitario de licenciatura.
- Cédula profesional federal.
- Acta de nacimiento.
- CURP (Clave Única de Registro de Población).
- Credencial de elector (IFE).
- Certificado de promedio general de licenciatura (con mínimo de 8 / 80).
- Carta de exposición de motivos para cursar la Maestría.
- Currículum Vitae Único en formato CONACYT.
- 2 fotografías tamaño infantil blanco y negro.

Documentación requerida para aspirantes extranjeros

- Acta de nacimiento.
- Título o diploma universitario de grado.
- Certificado de calificaciones de los estudios de grado.
- Dictamen de revalidación de estudios y promedio tramitado en SEP.
- Forma migratoria expedida por el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación, con permiso expreso para realizar estudios de posgrado.
- Visa residente temporal de estudiante (expedida en el país de origen)

Información y trámites:

Maestría en Salud Pública, UA de Medicina
Teléfono (311) 211 88 00 ext. 8771

Email: posgrado_medicina@hotmail.com

<http://www.uan.edu.mx/es/maestria-en-salud-publica>
Coordinador Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles

¡Próxima convocatoria en julio 2014!



Convocatoria

Especialidad en Ortodoncia

(Incorporado al Programa Nacional de Posgrados de Calidad SEP-CONACYT)

Objetivo general

Promover la formación de recursos humanos para la salud bucal en el área de la ortodoncia, altamente capacitados y especializados para el diagnóstico, prevención y tratamiento de las maloclusiones y de las alteraciones asociadas a las estructuras craneofaciales del sistema estomatognático, a través de procesos de formación que articulan un conjunto de saberes teóricos, metodológicos, técnicos y axiológicos que son puestos en juego para la intervención de la realidad en situaciones concretas y en la generación de proyectos de investigación.

Líneas generales de conocimiento (LGAC)

- Diagnóstico y terapéutica clínica
- Epidemiología oral

Perfil del egresado

Al concluir su formación, el estudiante conocerá el proceso de crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales, la relación que guardan entre sí y la función de cada una de ellas y su fisiopatología; el estado de salud-enfermedad de los componentes del sistema neuromuscular, articulación temporomandibular, periodonto y órganos dentarios; las diferentes técnicas y auxiliares de diagnóstico de maloclusiones y anomalías craneofaciales así como el uso de los materiales ortodóncicos actuales para el adecuado tratamiento de pacientes.

El estudiante desarrollará las destrezas y habilidades necesarias para integrar y desarrollar las actividades cognitivas, psicomotrices y afectivas necesarias para la planeación y desarrollo de tratamientos ortodóncicos en las diferentes alteraciones o anomalías dentarias y esqueléticas así como elaborar, supervisar, asesorar y evaluar proyectos de investigación en su área.

Plan de estudios

El programa de Especialidad en Ortodoncia tiene un diseño generacional para concluirse en cinco semestres con un valor de 180 créditos; se oferta en modalidad escolarizada y requiere dedicación de tiempo completo.

Requisitos para ingresar al curso propedéutico:

1. Ser cirujano dentista, titulado y registrado en la Dirección General de Profesiones (copia de título y cédula profesional).
2. Tener un promedio general en la licenciatura mínimo de 8.0 u 80.
3. Copia de Clave Única de Registro de Población (CURP).
4. Dominio de inglés técnico. (Constancia de examen TOEFL con mínimo de 400 puntos).
5. Cuatro fotografías tamaño credencial a color.
6. Efectuar el pago correspondiente.
7. Computadora Lap-top con tarjeta de red inalámbrica, quemador, memoria ram 2Gb y puerta para red alámbrica LAN ethernet.
8. Currículum Vitae.

Para aspirantes extranjeros consultar los criterios en la página web del posgrado.

Requisitos para ingresar a la especialidad

1. Haber sido seleccionado por la Comisión Evaluadora considerando el curso propedéutico, EXANI III, entrevista y examen psicométrico.
2. Constancia de aprobación del EXANI III con un mínimo de 900 puntos.
3. Adquirir el material, instrumental y equipo requerido.
4. Certificado médico de salud odontológica y general.
5. Comprobante de aplicación de vacunas de hepatitis y tétanos.
6. Inscripción a la Universidad Autónoma de Nayarit.
7. Realizar el pago del primer semestre.
8. Presentar carta de aceptación a la especialidad.
9. Carta compromiso de tiempo exclusivo a la especialidad.
10. Copia de la credencial de elector IFE
11. Original y dos copias del acta de nacimiento.

Los criterios de selección para ingresar a la Especialidad serán:

CRITERIO	PONDERACIÓN
Puntaje en el EXANI III	35%
Curso Propedéutico	40%
Entrevista	25%

Fechas para el proceso de ingreso:

Recepción de documentos:
A partir de la publicación de la convocatoria hasta el 23 de mayo de 2014.

Costo del curso propedéutico:
\$ 5,000.00 m.n. (incluido examen EXANI III y psicopedagógico).

Fecha de curso propedéutico:
Del 26 de mayo al 27 de junio de 2014.

Publicación de aceptados al curso de especialidad:
11 de julio de 2014.

Inscripciones al primer semestre de la especialidad:
En agosto de 2014.

Inicio del curso de especialidad:
En agosto de 2014.

Costo del primer semestre
\$ 30,000.00 m.n. para mexicanos (sujeto a cambios)
\$ 3,000.00 US dls para extranjeros
Más costo de inscripción anual a la universidad, establecida por el Consejo General Universitario (CGU) de la Universidad Autónoma de Nayarit.

MAYORES INFORMES:

www.uan.edu.mx/especialidad-en-ortodoncia
M.O. Rafael Rivas Gutiérrez
Coordinador de la Especialidad en Ortodoncia
rafarivas_8@hotmail.com
Unidad Académica de Odontología
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Teléfono 311 211 88 00 extensiones 8774 y 8775
Tepic, Nayarit, México



Especialidad De Ortodoncia Uan





UAN 
WAXAPA