



15 y 16 de Octubre / Boca del Río

Universidad Veracruzana

Congreso de Investigación de AcademiaJournals.com

VOLUMEN VI

Ciencias de la Salud

(Primera Parte)

Copatrocinado Por



Universidad Veracruzana



Instalaciones de la USBI
Universidad Veracruzana
Boca del Río, Veracruz, México

"Compartiendo el Conocimiento de mi Disciplina al Mundo"

ISSN 1946-5351 (online)
ISSN 1948-2353 (CD-ROM)

Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Nivel Superior

Dra. María Esther Barradas Alarcón¹, Psic. María de la Luz Martínez Guzmán², Dr. Jorge Arturo Balderrama Trapaga³, Mtra. Martha Elena Aguirre Serena⁴ MIC. Mario González Santes⁵

Resumen— El estudio se realizó en alumnos de las carreras de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz., generación 2008, en vinculación con la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana campus Veracruz. Estudio de tipo descriptivo transversal, el cual se llevó a cabo a través de una metodología cuantitativa. Su objetivo fue determinar la incidencia del consumo de Alcohol y tabaco, su significancia estadística y la asociación. Se utilizó La escala Nacional de adicciones. El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS- Statistical Package for the Social Sciences para Windows, en la versión 17.0.) Se obtuvo un 48% de estudiantes que consumen alcohol y un 59% que consumen tabaco. El 84% de los que consumen alcohol nunca han intentado dejar de hacerlo y el 72.6% de los que fuman tampoco han intentado dejar de tomar.

Palabras claves— Consumo, alcohol, tabaco, drogas.

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día una de las más grandes preocupaciones de educación en todos los niveles está siendo el incremento del consumo de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco entre los jóvenes de México, de acuerdo con la encuesta nacional de adicciones del 2002, citada por Barradas (2000), la edad en que se ingiere por primera vez alcohol, tabaco y otras drogas, cada vez es menor y los lugares en los cuales se consiguen son más diversos y de fácil adquisición para cualquier joven, sin importar su estatus social, edad, sexo y escolaridad. El consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco y otras drogas ha sido siempre fuente de graves problemas. En este artículo se analizaron la incidencia del consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de la carrera de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz.

II. ALCOHOL Y TABACO.

El consumo de tabaco y alcohol es un problema mundial, caracterizado por producir grandes pérdidas económicas, sanitarias, sociales y por supuesto familiares. Según la OMS, la epidemia del tabaquismo produce y producirá millones de muertes anuales en las próximas décadas. Iglesias (2007) y Tapia (2001), mencionan, que cuanto antes comienza una persona a fumar tabaco, mayor es el riesgo de convertirse en un fumador regular desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito. El tabaco y el alcohol constituyen drogas porteras para el consumo de otras sustancias de tipo ilegal. Cáceres y Salazar (2006). Según el Informe Mundial de drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC), en el 2004, los consumidores de drogas ilegales ascendieron a 185 millones de personas. Ese mismo informe en el año 2005 mostró como la cifra se incrementó a 200 millones, lo que significa que el 5% de la población mundial entre 15 y 64 años, ha consumido drogas ilegales al menos una vez en el último año, teniendo mayor prevalencia la marihuana Sánchez (1984). Existe una relación muy íntima entre la tasa de mortalidad producida por el alcoholismo dependiendo del sexo, raza, nivel educativo y posición social, Mosquera (2006). El alcohol etílico es la sustancia psicoactiva de uso más extendido y generalizado en el mundo. Junto con la nicotina ha sido la única droga permitida en casi todas las culturas y regiones geográficas, a excepción de los pueblos musulmanes para quienes la abstinencia es un deber religioso. Elyir MIC (2003). Quizás esta sea una de las razones de su vasto consumo. En una investigación realizada en el Instituto Tecnológico de Veracruz en estudiantes de la carrera de Ingeniería Mecánica sobre el Consumo de Alcohol y Sentido de Vida. Domínguez (2006), encontró que: La incidencia del consumo de alcohol en la población estudiantil fue de un 77%. El consumo de alcohol se da en todos los semestres, siendo el consumo moderado el que

¹ Dra. María Esther Barradas Alarcón.-Profesora de tiempo completo en la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.) ebarradas@uv.mx

² Psic.- Ma. De la Luz Iradaneri Martínez. Egresada de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.)

³ Dr. Jorge Arturo Balderrama Trapaga Profesora de tiempo completo en la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.) jbalderrama@uv.mx

⁴ Mtra. Martha Elena Aguirre Serena Directora de la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.) maraguirre@uv.mx

⁵ Mtro. Mario González Sentes.- Profesor de medio tiempo en la Facultad de Bioanálisis de la U.V. mariosantes51@hotmail.com

Más predomina, siguiendo de este el consumo excesivo, y en una minoría se da la dependencia al alcohol. Y solo casi la tercera parte de la población es abstemia.

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- *Intoxicación etílica aguda o embriaguez.* A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento. La intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.

- *Problemas escolares.* El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar. Las investigaciones han confirmado la relación entre consumo de alcohol y fracaso escolar (Perula 1998).

- *Sexo no planificado.* Las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar durante el fin de semana, igual que el consumo de alcohol. O'Hara *et al.* (1998) encontraron que un tercio de las experiencias sexuales entre adolescentes tenían lugar después de haber tomado drogas. Aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud (Cooper *et al.*, 1994).

- *Accidentes de tráfico.* El riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol. Según Romero (1994), hasta un 60% de los accidentes de tráfico se explican por la combinación jóvenes-alcohol-fin de semana.

- *Problemas legales.* Numerosos estudios han probado la relación entre el alcohol y el comportamiento delictivo (Bartual 2000). Entre los adolescentes consumidores existe mayor probabilidad de realizar actividades predelictivas (Basabe y Páez, 1992; Graña y Muñoz, 2000). Otras conductas antisociales asociadas a las drogas y al fin de semana son la conducción de vehículos sin carné, el daño deliberado a bienes públicos, el robo de artículos y las peleas físicas (Calafat *et al.*, 2000).

- *Problemas afectivos.* Varios estudios han puesto de manifiesto la relación entre abuso de alcohol y suicidio. Pons y Berjano (1999) señalan que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol.

- *Alcohol y consumo de otras drogas.* Se considera al alcohol como una "puerta de entrada" al consumo de otras sustancias. Generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales, siendo una cadena habitual: alcohol → tabaco → cánnabis → otras drogas ilegales (Arévalo *et al.*, 1997; Comas, 1990). La magnitud del consumo de alcohol es una variable estrechamente relacionada con el uso de drogas ilegales, de modo que el consumo precoz de bebidas alcohólicas aumenta la probabilidad de usar más sustancias (Secades, 1996).

III. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO.

Tipo de investigación. El estudio es de tipo descriptivo- exploratorio su propósito es determinar la incidencia del consumo de Alcohol, en alumnos de la carrera de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz.

Método. Se realizó a través de una metodología cuantitativa; que según Hernández (2006) la define como el método que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, confiando en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Definición de la variable.- Incidencia del consumo de alcohol.

Definición conceptual.- Incidencia: Número de casos ocurridos

Consumo: (del latín: *cosumere* que significa gastar o destruir) el hecho de destruir, utilizar comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos. Alcohol: Líquido incoloro e inflamable que se obtiene mediante la destilación del vino y otras sustancias fermentadas.

Definición operacional.- Porcentaje de casos de consumo de drogas presente en los alumnos de Ingeniería Industrial del ITV.

Instrumento.- Se utilizo la Encuesta nacional de Adicciones 2002 (ENA). La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), es el resultado de un trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud (SS), y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) con el propósito de generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema. En 1974 se levanto la Encuesta sobre Adicciones, siendo el antecedente más temprano de la ENA, además, la SS ha realizado encuestas similares cada cinco años desde 1988.

Objetivo de Investigación.- Conocer la incidencia del consumo de alcohol y tabaco entre la población de estudiantes de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz.



Muestra. La muestra fue obtenida a partir del método probabilístico aleatorio estratificado.

La población total aproximada de los estudiantes de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz, en abril 2008- julio 2008 fue de 982 alumnos, de los cuales se obtuvo una muestra de 359 con el 95% de confiabilidad.

Participantes.- De los 359 estudiantes que participaron el 40 % son mujeres y 60 % hombres con un promedio de edad de 17 a 25 años.de nivel socioeconómico medio y medio-bajo siendo en su mayoría jóvenes que provienen de otras ciudades y de escuelas públicas.

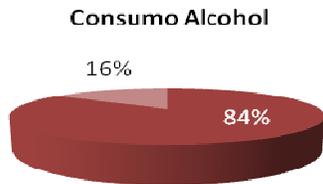


Figura 2.- De 356 estudiantes, 59% consumen tabaco, y el 42% refirieron no fumar

IV.-ANALISIS DE LOS RESULTADOS



Figura 3.- De 356 estudiantes, 84% consumen alcohol, y el 16% refirieron no consumirlo



Figura 4.- De total de alumnos que consumen alcohol el 16% ha intentado dejar de tomar mientras que el 84% no lo ha intentado



Figura 5.- De total de alumnos que consumen tabaco el 27.4% ha intentado dejar de fumar mientras que el 72% no lo ha intentado

Figura 6.- De total de alumnos que consumen alcohol al día El 6.34% quien toma 24 o más copas, el 15.67% quien toma 12 a 23 copas, el 16.79% quienes toman de 8 a 11 copas, el 14.92% quienes toman, 5, a 7 copas, el 20.89% quienes toman 3 ó 4 copas, el 16.79% quienes toman 1 ó 2 copas, el 4.10% No sabe y el 4.47% no contestó

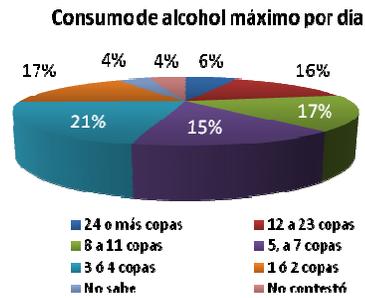
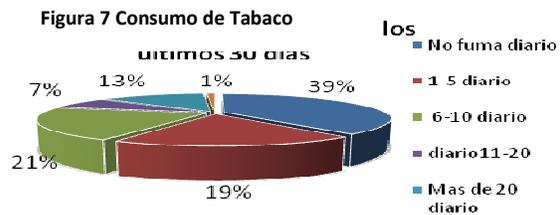


Figura 7.- De total de alumnos que consumen El 39% No fuma diario, el 19% 1-5 diario, el 21.05% 6-10 diario. El 7% diario de 11-20, el 13% Mas de 20 diario, el 1% No contesto



La tolerancia y el síndrome de abstinencia son fenómenos reversibles. Un joven que se ha hecho dependiente, puede dejar de consumir una sustancia y en un tiempo variable perder la tolerancia que tenía. Un 34.32% de estudiantes manifestaron haber descubierto que la misma cantidad de bebidas tienen menos efecto que antes por lo que hace posible el incremento del consumo de alcohol; el mismo porcentaje, 34.32% se enfermó después de beber alcohol, se pueden observar estas y otras conductas relacionadas con la tolerancia y el síndrome de abstinencia en el Tabla I.

Tabla I. Experiencia de Tolerancia y Abstinencia al Alcohol en estudiantes de Ingeniería Industrial del Instituto Tecnológico de Veracruz

	SI	NO
Descubrió que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tenían mucho menos efecto que antes.	34.32%	65.67%
Descubrió que necesitaba una copa para no tener temblores o para no enfermarse.	2.98%	93.65%
Se enfermó o vomitó después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente.	34.32%	62.68%
Estaba deprimido, irritable o nervioso después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente.	10.07%	86.94%
Vio, sintió o escuchó cosas que en realidad no se encontraban ahí cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer.	3.35%	93.65%
Tuvo ataques o convulsiones cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer.	0.74%	96.26%

Fuente: Martínez Guzmán (2009) Índice de drogadicción en alumnos del Tecnológico de Veracruz.

Las mujeres actualmente consumen alcohol a la par que los hombres y fuman considerablemente lo que las pone en desventaja en cuanto a los riesgos a su salud dado que cuentan con más grasa corporal, ello impide que el alcohol se

pueda diluir por lo cual son más vulnerables, además de que los niveles hormonales relacionados con los ciclos menstruales, el embarazo y la menopausia, así como el hecho de tener una menor proporción de agua en el cuerpo femenino, se relacionan con niveles más altos de intoxicación con menores dosis de alcohol. Tabla 2.

Tabla 2. PATRON DE CONSUMO POR SEXO

	Hombres		Mujeres	
	Si	No	Si	No
Ha fumado	63.44%	36.55%	49.20%	50.79%
Fuma diario	43.01%	54.83%	26.98%	73.01%
Consume alcohol	82.79%	17.20%	84.12%	15.87%

Tabla2.- La relación porcentual con respecto al 100% para cada sexo, en la aplicación de la Encuesta Nacional de Drogas, El consumo de tabaco el 63.4% y 43 % de hombres afirman que han fumado y fuman diario respectivamente, mientras que en mujeres el 49.2% han fumado y 26.9% fuman diario. En cuanto al alcohol el 82.7% de hombres lo consume y el 84.1% de mujeres

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como podemos observar figura 2 y figura 3 es mas alto el porcentaje de alumnos que consumen alcohol el 84%, que los alumnos que consumen tabaco 59%, ambos porcentajes son muy altos a comparación de los que no consumen estas drogas. En las figuras 4 y figura 5 vemos que el porcentaje más alto están en no haber hecho ningún intento de dejar de consumir ni alcohol, ni tabaco. Es preocupante pues si a esto le sumamos algún antecedente en la familia de adicciones, el peligro de caer en adicción es aún mayor, y por lo tanto de pasar a consumir drogas ilícitas. Estos resultados son más alarmantes pues se encontró un 7 % más de consumo de alcohol en los estudiantes, que los encontrados por Domínguez (2006) en la carrera de Ingeniería Mecánica de la misma casa de estudio. En cuanto a la frecuencia de consumo se pudo detectar que el 14% de la muestra toma 2-3 veces al mes, el 13.5% toma 1 vez al mes y el 12% toma 1 o 2 veces a la semana; Proporcionalmente hablando encontramos que la incidencia de consumo de alcohol en las mujeres es muy similar al consumo de alcohol de los varones en este estudio. Se reafirmó el hecho de que las amistades en esta etapa son muy importantes, hasta el punto de ser un agente proveedor de drogas, pues los alumnos que han consumido alcohol afirman conseguirlo con amigos. En 1999, De la Garza declaró que el alcohol es, junto con el tabaco, la droga más difundida y con más número de adeptos en la humanidad; que su presencia en la vida cotidiana y su consumo desde tiempos inmemorables han favorecido su gran aceptación social y que, en general, no se ha considerado como droga, actualmente podemos observar su prevalencia.

Recomendaciones;

- Que a partir de esta investigación surjan propuestas con objetivos preventivos y de intervención sobre el consumo de cualquier droga sea lícita o ilícita. Por ejemplo: Empezar a fomentar una nueva cultura a través de establecer un programa de: “escuela libre de tabaco”.
- Dar información por medio de trípticos, carteles y conferencias acerca del consumo de drogas y las problemáticas que trae consigo.
- Realizar campañas constituidas por talleres vivenciales de autoestima, crecimiento personal, planeación de vida y carrera, que fomente el desarrollo sus potencialidades.
- Un taller de prevención y detección del consumo de drogas, en el cual se les dé un panorama más amplio de la problemática, incluyendo las consecuencias y sus posibles tratamientos, orientado a alumnos, catedráticos y padres de familia en general.
- Dar atención interdisciplinaria en los casos detectados con esta problemática, como: Atención psicológica individual, familiar y/o de grupo, además de atención médica.
- Un taller de drogas y como salir de ellas.
- Hacer partícipe de estas y otras actividades a toda la comunidad académica del Instituto Tecnológico de Veracruz.

V. REFERENCIAS

Barnette, P. Libre de Adicciones. México: (2007). Patria.

- Barradas A. Alcoholismo y sentido de vida en estudiantes. *Impulso Tecnológico*, 37, (2008), pp. 12-21.
- Becker, M. H. *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, N. J.: Slack. (1974).
- Comas, D. La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones*, (1992). 1, 4.
- Cañal, M. *Enganchados en la vida*. México: (2003). Norma.
- Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgos y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psicol. Bogota*, (Colombia) oct-dic 2006; 5(3): 521-34.
- De La Garza, F. (1999). *La juventud y las drogas*. México: Trillas.
- Domínguez A. J. Consumo de Alcohol y Sentido de Vida en los estudiantes de la carrera de Ingeniería Mecánica del Instituto Tecnológico de Veracruz. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología Veracruz, Universidad Veracruzana. México. (2006).
- Iradeneri M. “Índice de drogadicción en alumnos del tecnológico de Veracruz. Tesis de Licenciatura, facultad de Psicología, región Veracruz, Universidad Veracruzana (2009).
- Iglesias V, Cabade G, Silva C, Cáceres D. Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificantes de riesgo de uso de marihuana. *Rev. Saude Publica* 2007; 41(4): 517- 22.
- Elvir MJC., efectos del etanol sobre las membranas biológicas. *Rev. Med. Hondureña*. 2003; 61(1): 20-24.
- Fernandez E, Schiaffino A, Borrás J. Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Pública. México* 2002; 44 spp; 1-9.
- Macià, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir (6ª Ed.)* Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1995).
- Méndez, F. X. y Espada, J. P. Papel de la familia en el inicio del consumo de alcohol. *IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*. Granada. (1999).
- Mosquera JT, Melendez MC. Alcohol Etílico: un toxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. www.revmed.unah.edu.co/revistafcm/v54n/a4.html: *rev.fac.med.univ.nac.colomb*.2006; 54(1) 32-47.
- Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgos y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psicol. Bogota*, (Colombia) oct-dic 2006; 5(3): 521-34.
- Tapia- Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy Gutiérrez M. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex.* 2001; 43(5): 478-84.
- CONADIC (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes. Recuperado el 14 de septiembre del 2008 en <http://www.conadic.gob.mx/>

¹Dra.. **María Esther Barradas Alarcón**.-Profesora de tiempo completo en la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.), maestría en psicología clínica por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Haba República de Cuba, Doctorado en Educación por parte de la Escuela Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente, guía de Padres Eficaces con entrenamiento sistemático.

²Psic. María de la Luz Martínez Guzmán. Egresada de la Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.)

³Dr. Jorge Arturo Balderrama Trapaga Profesor de tiempo completo en la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.), Maestría en Psicología Aplicada a la Educación por parte del Instituto de Psicología y Educación UV, Doctorado en ciencias del Comportamiento opción neurociencias del Instituto de neurología de la Universidad de Guadalajara

⁴Mtra. Martha Elena Aguirre Serena. Directora en la facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana. (U.V.), maestría en Orientación y desarrollo de la Infancia y la adolescencia, de la Universidad Cristobal Colon

⁵MIC.. Mario González Santes, Profesor de medio tiempo en la Facultad de Bioanálisis de la U.V. Maestría en investigación Clínica, catedrático de en estadística.

Diagnóstico de salud bucal en zona marginada

Antonia Barranca Enriquez¹, Clara Luz Parra Uscanga², Norma del C. Méndez Priego³

Silvia Ponce Orozco⁴ y Leticia Tiburcio Morteo⁵

Introducción:

Tradicionalmente, las funciones sustantivas de las instituciones de enseñanza superior, se han dividido en: docencia, investigación y extensión de la cultura y los servicios. Un elemento importante de la función de extensión de la cultura y los servicios es la vinculación. Esto se logra a través de la integración al entorno social de los alumnos y catedráticos, mediante la aplicación de programas asistenciales, cuyos objetivos están encaminados al mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Así esta tarea es uno de los retos más complejos e importantes de nuestra Máxima Casa de Estudios, pues demanda la ampliación y el reforzamiento de la interrelación entre la comunidad universitaria y los diversos sectores de la sociedad. Como Institución pública, la Universidad Veracruzana debe aportar soluciones para los problemas que impiden el desarrollo de la sociedad, haciendo prioritarias las necesidades de las comunidades marginadas del estado de Veracruz.

En este contexto la Universidad Veracruzana a través del Centro de Estudios y Servicios en Salud, y con el apoyo de la Facultad de Odontología Región Veracruz, desarrolló el Proyecto Odontológico en Xocotla, comunidad marginada que se ubicada en las faldas del pico de Orizaba a 1850 mts. Sobre el nivel del mar, en la región de la alta montaña del municipio de Coscomatepec de Bravo, Ver. Esta comunidad cuenta con más de seis mil habitantes, que viven en condiciones de extrema pobreza, en una extensión territorial de alrededor de 100 hectáreas de superficie, muy accidentada con más de 35 grados de pendiente, lo que dificulta el acceso a ella.

Antecedentes:

La caries es la enfermedad de alta prevalencia en México, y en gran número de países. A través de diferentes programas preventivos, cuya piedra angular es el uso de fluoruros, se han obtenido importantes reducciones en los índices de caries, en especial en los países desarrollados. (1), Conocer el perfil epidemiológico de una población determinada, resulta de gran importancia por varias razones: permite apreciar la magnitud del problema, ayuda a que la población tome conciencia de su situación respecto a la salud y la enfermedad, permite la planeación oportuna de

¹ Dra. Antonia Barranca Enriquez, Coordinadora del área de odontología del Centro de Estudios y Servicios en Salud de la Universidad Veracruzana, México, abarranca@uv.mx (autor correspondiente)

² Mtra. Clara Luz Parra Uscanga, Secretaria Académica de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana, región Veracruz, Boca del Río, México, Profesora de la Facultad de odontología de la Universidad Veracruzana, México

³ PMtra. Norma del C. Méndez Priego, Profesora de la Facultad de odontología de la Universidad Veracruzana, México.

⁴ Mtra. Silvia Ponce Orozco, Profesora de la Facultad de odontología de la Universidad Veracruzana, México y Presidente del Colegio de Cirujanos Dentistas del Puerto de Veracruz.

⁵ Dra. Leticia Tiburcio Morteo, Profesora de la Facultad de odontología de la Universidad Veracruzana, México.

la atención a las necesidades y sirve como parámetro con otras poblaciones o con la misma población después de cierto tiempo. (2)

El dentista debe de asumir la responsabilidad de cuidar al paciente infantil, está en la obligación de guiar y mejorar la salud bucodental del paciente adulto para incrementar su calidad de vida y así ellos les inculquen actitudes preventivas a sus hijos toda la vida; para esto hay que dedicarle tiempo y sobre todo un gran esfuerzo de estos pacientes y el dentista. Deberes con la sociedad

La sociedad ha delegado en el gremio odontológico la atención de una parte considerable de la salud pública y privada, cual es la higiene y terapéutica bucal. Todas las iniciativas para el mejoramiento de la salud pública deben merecer apoyo decidido de los dentistas, en particular las que se refieran a la asistencia dental escolar, y la asistencia de las clases humildes y menesterosas. No limitarse a la atención del paciente sino extenderse a la protección de la comunidad. (1) Los problemas de salud bucal en comunidades marginadas son diversos y están condicionados por diferentes factores relacionados con hábitos, costumbres, estado socioeconómico y el ambiente que rodea a cada núcleo familiar. La situación en el país, en cuanto a salud, es preocupante pues debido a los pocos o insatisfactorios programas de prevención y campañas de salud llevadas a cabo en el país, se cuenta con una precaria salud bucal en todo el país, la cual es más decadente mientras más bajo es el nivel socioeconómico del núcleo familiar. El hecho de que el niño o niña pertenezcan a un nivel socioeconómico bajo permite suponer que su Índice de Dientes Cariados, perdidos y Obturados (CPO) será mayor que el de otro u otra que pertenezca a un nivel más alto, además, dado que su alimentación es de menor calidad ello le impide al huésped presentar buenas defensas para impedir que la enfermedad se presente o, en su caso, avance.

Uno de los principales problemas de salud pública, a nivel mundial, dada su alta prevalencia, son: enfermedades bucodentales. Según estudios recientes, la caries dental es la enfermedad que padece aproximadamente 90% de la población en América Latina; lo más alarmante es que comienza en la etapa temprana de la vida y se incrementa a medida que el individuo crece. En segundo lugar, están las parodontopatías. (3) La caries es la enfermedad de mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo, como es el caso de México, en donde la falta de programas de prevención es evidente. Estudios de prevalencia de caries dental en la Ciudad de México, han determinado que el 95% de la población escolar está afectada por dicha enfermedad.

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible causada por microorganismos que se adhieren y colonizan las superficies dentales, y ésta puede definirse como una enfermedad que se caracteriza por una serie de reacciones químicas complejas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final de la pieza dentaria afectada, si dicho proceso avanza sin ninguna restricción. El desarrollo de la lesión es de origen multifactorial, los cuales son: El ingreso familiar, El Sustrato cariogénico adecuado (hidratos de carbono fermentables), Presencia de microorganismos acidógenos, Transcurrido una cantidad de tiempo (variable de acuerdo a cada paciente) Y un diente susceptible

Es necesaria la interacción de los 4 factores para que la enfermedad se presente; así, este proceso se inicia cuando a partir de la ingestión de sacarosa en la dieta, los microorganismos metabolizan glucosa y liberan ácidos orgánicos, ocasionando la disolución del esmalte.

El esmalte después de la erupción está expuesto, en forma constante, a ciclos de desmineralización, por lo que es importante que se mantenga un equilibrio entre la pérdida y la recuperación de minerales. Si este equilibrio se conserva no se desarrolla caries, pero si la pérdida es mayor entonces se inicia el proceso carioso. Es así, que cuando se desarrolla la lesión cariosa, significa que el equilibrio se encuentra alterado, es decir, que cuando un niño ha desarrollado la enfermedad tendrá mayor riesgo a enfermar que aquel en que los factores que condicionan la enfermedad están equilibrados. (5)

El impacto de la pobreza sobre la Odontología va mucho más allá que los obstáculos económicos, ya que la misma crea un medio ambiente donde los impedimentos pueden ser: Falta de educación escolar de los padres, Inaccesibilidad a programas de atención dental enfocados a este tipo de población, impiden que se pueda recibir una atención odontológica adecuada.

Se puede decir que un estrato socioeconómico, es el sitio que ocupa una persona o grupo de personas dentro de una sociedad, tomando en cuenta para ello:

La posición social que ocupan dentro de su comunidad, Región donde habitan, las costumbres de los sujetos, dichos estratos socioeconómicos son muy variables entre los continentes, dentro de los países e incluso entre las comunidades. (4)

Lo problemas de salud, en general, y dentales, en particular, son mucho mayores en los estratos bajos, los índices de enfermedades cardiovasculares, incapacidades sensoriales y las enfermedades respiratorias son aproximadamente 4 a 8 veces más frecuentes en ésta población que en las personas provenientes de estratos socioeconómicos altos. Dichas enfermedades tienden a ser crónicas y serias. De hecho casi un tercio del total de los niños procedentes de medios socioeconómicos bajos padecen por lo menos una enfermedad de tipo crónica. Los problemas de salud pueden traducirse en incapacidades, citas perdidas, así como la falta de recibir un cuidado médico o de coordinación entre médicos al brindar asistencia en un mismo centro de atención médica. Es común, que el odontólogo encuentre al paciente enfermo, mal nutrido, sin vacunas, o por lo menos sin la historia médica adecuada de su estado de salud actual o previo; es más, el niño de estrato bajo puede presentar enfermedades múltiples, sin estar enterado de las mismas.

Las personas de sectores no favorecidos pueden no reconocer los signos y síntomas de las enfermedades, debido a diferentes factores como: el analfabetismo, nivel sociocultural, falta de recursos económicos para la atención dental, sobre todo en el caso de la atención de la dentición temporal; así como, los servicios pueden estar inaccesibles debido a la falta de transportes, por vivir en zonas rurales aisladas o por miedo de dejar el hogar, debido a la inseguridad de las zonas urbanas.

Actualmente, se piensa que las condiciones socioeconómicas pueden afectar a la caries en mayor medida a la dentición primaria que en la permanente, con mayor frecuencia de caries en niveles bajos y con menor cantidad de tratamientos dentales, siendo lo contrario, en los estratos socioeconómicos altos. (4)

Objetivo MATERIAL Y MÉTODOS:

1ª visita a xocotla:

Durante la realización del proyecto desarrollado desde Septiembre de 2006 hasta Marzo de 2007, Se revisaron 33 pacientes embarazadas, 6, refirieron encontrarse en el segundo trimestre de embarazo 12 y 21 en el tercero, con número de gestas de 1-3 fueron 19, 4-7 fueron 12 y 8-11 gestas solo 2, se presentaron con gingivitis 30 de 33, lo que representa el 90.90% y en todos los casos se presento placa dentobacteriana y sarro.



Figura 1, Obsérvese la edad de la embarazada del lado izquierdo

Además se revisaron 132 niños, con promedio 4.79 de promedio de edad, con una desviación estándar de 2.90, de los cuales 102 (77.27%) tenían caries y 30 (22.72%) estaban sanos, se encontró una niña de nombre: Alma Karina Lino González de 5 años de edad y con dentición mixta, con presencia de Labio y paladar hendido figura 2, Se observa la cirugía estética de labio y fístula oroantral



Figura 2 Paciente con fístula oroantral

2ª. Visita:

Se revisaron 146 niños de edad escolar, de los cuales 96 (65.75%) fueron niños y 50 (34.24) niñas, con promedio de edad de 9.26, con una desv. Est. De 2.21, resultando con caries 137 niños que corresponde al 93.83%, Figuras 3, 4 y 5



Figuras 3, 4 y 5, respectivamente.

3ª. Visita:

Se revisaron 103 adultos mayores, con edad promedio de 60.26, con una desv. Est. De 13.70, de los cuales 77 (74.75%) son mujeres y 26 hombres (25.24%), el 100% presento caries, se encontraron 93 (90%) pacientes con perdida dentaria de hasta 23 dientes, predominando los que perdieron de 1 a 5 dientes en un 38.70%, de 6-11 el 33.33%, de de 12-17 el 13.97%, 18 a 23 dientes perdidos 11.82% y 24 o as el 2.15%, refirieron tener alguna enfermedad sistémica 28 (27.18%)pacientes, entre las que se destaca la hipertensión y la diabetes, y un caso de carcinoma vasocelular.

Se revisaron 44 adultos de los cuales fueron 41 mujeres (93.18%) y 3 hombres (6.82%) con un promedio de edad de 34.93. El 100% de los pacientes presentó caries, el 34% presentó pérdida dentaria de hasta 14 dientes.

Se encontró un paciente de sexo femenino de 43 años de edad que presentó una malformación genética llamada Síndrome de Hallerman Streiff, la cual tiene como signos la típica "cara de pájaro", microglosia y micrognatia.

Durante la realización del proyecto desarrollado desde Septiembre de 2006 hasta Marzo de 2007, se programaron y efectuaron 4 visitas a Xocotla, teniendo como primera acción la realización de diagnósticos bucales a los habitantes de esta comunidad. Durante la primera visita, se atendieron a 33 mujeres embarazadas, encontrando en ellas un alto porcentaje de gingivitis (90.90%) y presencia de placa dentobacteriana y sarro en un 100%, además se atendieron a 132 niños, con un diagnóstico de caries en un 77.33% y el resto, solo 22.27% sanos. Cabe mencionar que durante esta visita se diagnosticó un caso de labio y paladar hendido, con persistencia de fístula oroantral, por lo que se canalizó a esta paciente para realizar la cirugía correspondiente. En la segunda visita, se atendió a 146 niños en edad escolar, de los cuales el 93.83% presentó caries. Durante la tercera visita el total de población examinada fue de 103 adultos mayores encontrándose en el 100% caries y en un 90% perdida dentaria de hasta 23 dientes. Durante esta visita, se diagnosticó un caso de Carcinoma Vasocelular. La cuarta y ultima visita permitió atender a 180 pacientes, de los cuales 136 fueron niños en edad escolar con 86.02% de caries, así como a 44 adultos con diagnostico de caries en un 100% y con perdida dentaria en un 34%. Es relevante mencionar que presentó una paciente femenina de 43 años de edad con malformación genética "Síndrome de Streiff", que manifiesta signos típicos de cara de pájaro y específicamente en el diagnóstico bucal microglosia y micrognatia.

Conclusiones

Si bien las cuatro visitas a la comunidad de Xocotla, pudieran ser consideradas como insuficientes para resolver la grave problemática de salud bucal que existe en sus habitantes, es digno de mencionar que el objetivo principal de este proyecto, que fue la integración de la población universitaria a la sociedad, superó las expectativas, en tiempo y en numero, debido a la rápida incorporación de los alumnos y catedráticos al mismo. Adicionalmente las arduas jornadas comunitarias realizadas, permitieron el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje extramuros para así lograr la distribución del conocimiento en beneficio de la sociedad y así sentar las bases para consolidar programas permanentes de apoyo asistencial.

Referencias Bibliográficas:

1. Código de bioética para el personal relacionado con la salud bucal. Comisión nacional de bioética.
2. Irigoyen María Esther y López Sofía A., et. al., "Caries y necesidades de atención en una población infantil del Estado de México", *Práctica Odontológica*, 1994, Vol. XV, No. 1, pp. 37-41.
3. Cerón García Pedro Alberto, García Chapas Amalia, et. al., "Perfil epidemiológico bucal de escolares de dos colonias de Ciudad Nezahualcóyotl", *Práctica Odontológica*, 1994, Vol. XV, No. 3pp. 49-52.
4. Gavito Hernández F, Magaña Barrios V., Fragoso Ríos R., "Índice de caries y su relación con el estrato socioeconómico", En pacientes Asa 1 atendidos bajo procedimientos de sedación consciente, pp. 32-40.
5. Sánchez Pérez T. L. y Sáenz Martínez L. P., "Experiencia de caries como predictor de la enfermedad a 18 meses", *Revista ADM*, 1998, Vol. LV, No. 6, pp. 283-286.
6. Pinkharn JR, Casamassims PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak A. "Odontología pediátrica" 3ª Edición, Mexico: McGraw-Hill Interamericana p.207-226; 309-317.
7. Barberia E. Boj JR, Catala M, Garcia C, Mendoza A. "Odontopediatría". Barcelona: Masson; 1995 p. 180-190
8. Guia per a la prevencio i el control de les malaties buco-dentals. Quaderns de salud publica 7. Departament de Sanitat i Seguretat Socia: 1994 p.29-41
9. Cuenca E. Manau C. Serra LL. "Odontología preventiva y comunitaria" Principios, métodos y aplicaciones. 2ª Edición Barcelona: Masson; 1999.
10. Suárez Quintanilla J. "Odontología en atención primaria" Instituto Lácer de Salud Buco-dental. Lácer S.A. Barcelona

La Dra. Antonia Barranca Enriquez, es coordinadora del área de Odontología del CESS-UV, es profesora de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad Veracruzana, México, Termino sus estudios de Maestría en Administración en sistemas de salud en la U.V. y Doctorado en Gobierno y Administración Pública, Ha publicado artículos en la revista de la Asociación Dental Mexicana, Revista de Ginecología y Obstetricia de México, ha presentado mas de 30 ponencias a nivel nacional e internacional en congresos disciplinares, multidisciplinarios y de Educación Superior.

Prevalencia de gingivitis en estudiantes de la Universidad Veracruzana

Antonia Barranca Enriquez¹, Sheilla del C. Roa González², Piedad Chávez Ramos³, Mariel Viveros Peña⁴

Resumen: La gingivitis y periodontitis son de las enfermedades más comunes en el humano, afectan los tejidos que rodean al diente, de no ser atendida, continúa perturbando los tejidos profundos del periodonto. **Objetivo general:** Conocer la prevalencia de gingivitis en alumnos de nuevo ingreso. **Material y Métodos:** Estudio transversal, clínico, y observacional a los alumnos de nuevo ingreso a la UV en el 2005 **Resultados:** 1633 alumnos del ESI-2005, 828 (50.70%) fueron mujeres y 805 (50.70%) varones, promedio de edad 19.45, desviación estándar de 1.30, placa dentobacteriana 1500 (91.85%), sarro 985 (60.31%), gingivitis 583 (35.70%). **Conclusión:** La prevalencia de gingivitis en los estudiantes de nuevo Ingreso a la UV, en el años 2005, fue de 35.70% (583 alumnos de 1633).

Palabras claves: Prevalencia, Gingivitis, estudiantes, Universidad

Introducción:

La gingivitis es una enfermedad degenerativa de los tejidos de soporte del diente, conforme avanza esta va destruyendo los tejidos hasta que llega al hueso y ya no hay soporte del órgano dentario lo que causa la caída o perdida de este Obsérvese figura 1, muchas veces no se le toma importancia pero no solamente es importante por estética si no por salud ya que ocasiona molestias e infecciones en el parodonto

¹ Dra. Antonia Barranca Enriquez, Coordinadora del área de odontología del Centro de Estudios y Servicios en Salud de la Universidad Veracruzana, México, abarranca@uv.mx (autor corresponsal)

² Mtra. Sheila del C. Roa González, Profesora de la Facultad de odontología de la Universidad Veracruzana, México

³ P.S.S. Piedad Chávez Ramos, Pasante del área de Odontología del CESS-UV

⁴ P.S.S. Mariel Viveros Peña, Pasante del área de Odontología del CESS-UV



Figura 1, Proceso de la Gingivitis

No solamente se encuentra distribuida por todo el mundo sino que existen pruebas desde los tiempos de la prehistoria y estas señalan ha sido un problema antiguo y constante; en la cultura paleolítica del hombre de Neandertal; observándose un patrón de resorción ósea característica de la periodontitis marginal.

La mayor parte de los escritos médicos antiguos contienen referencias de enfermedades de las encías y dientes móviles, ofrecen remedios para “afirmar los dientes flojos, tratar las encías y fortalecer las mismas”, también se refieren a diversas enfermedades de los dientes, pero no hubo terminología específica hasta finales del siglo XVIII, fueron empleados términos como “encías esponjosas”, “encías inflamadas” y “aflojamiento de los dientes”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad periodontal ocupa el segundo lugar mundial como problema de salud bucal y el primer lugar como causa de pérdida de los dientes. La mayoría de las enfermedades bucales no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, es considerada un problema de salud pública. Cabe mencionar que la gingivitis es el estado inicial de la enfermedad periodontal, la cual si es diagnosticada y tratada a tiempo puede ser reversible, Caso de enfermedad periodontal Figura 2.



Figura 2, Caso de enfermedad periodontal por falta de atención

Antecedentes:

La gingivitis es una enfermedad periodontal que se presenta cuando una inflamación e infección destruye el tejido de soporte de los dientes, incluyendo la gingiva, los ligamentos periodontales y el hueso alveolar. (1)

La gingivitis comprende un grupo de patologías infecciosas debido a su etiología microbiana, al establecimiento de una respuesta inmune y la subsiguiente destrucción tisular.

La gingivitis fue subdividida de acuerdo a la etiología en formas sistémica y local: Por factores locales incluye aquellas resultantes de impacto y acumulación de alimentos, sarro, restauraciones irritantes y reacciones a fármacos. Las de etiología sistémica incluyen las lesiones observadas en mujeres embarazadas, en adolescentes, en pacientes diabéticos, con disfunciones endocrinas, con tuberculosis, sífilis o leucemia. (2)

La placa dentobacteriana es un factor muy importante para que se desarrolle la gingivitis, se ha llegado a la conclusión que es una Zooglea, que se adhiere tenazmente a las superficies dentarias en la localización supra o subgingival.

Cuando es duprangingival por lo general conduce a la caries dental y si es subgingival por lo general conduce a la caries dental y si es subgingival conduce en primer término a la enfermedad gingival y luego a la enfermedad periodontal.

Lahoud y Mendoza realizaron un estudio para determinar la prevalencia de gingivitis en escolares de ambos sexos de 6 a 14 años de edad, en cual se mostró que el 53.3% de esta población presentó un promedio de 2-3 (malo), el 31.9% un promedio de 1-1.9 (regular) y el 14.9% presentaron un promedio de 0-0.9 (bueno). (3)

Según Marshall-Day y colaboradores la frecuencia de enfermedad periodontal de 1279 personas de 13 a 65 años residentes de Boston, Massachussets fue el 80% en el grupo de 13 y 15 años de edad y hasta un 95% en la edad de 60 años. (4)

Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de gingivitis en niños es variable, Martínez y Zermeño (5) observaron que el 72% de niños mexicanos padecen esta enfermedad, mientras que Arabska y Col. (6) encontraron que el 52% de escolares polacos presentan esta afección, un comportamiento similar a lo mostrado se presenta en niños nigerianos, se reporta que debe oscilar aproximadamente, entre 38% y 46% en grupos de 6 a 11 años de edad.

En un estudio realizado por Maita Veliz, Vacca Dickson' Castañeda Mosto a 25 alumnos de la facultad de odontología de la UNMSM de San Marcos, Perú reveló que el 88% padecían enfermedades periodontales, el 72% con gingivitis y el 16% con periodontitis, solo el 12% no presentaron afección. (8)

Ortega Maldonado, Mota Sanhua y López Vivanco realizaron un estudio en 590 estudiantes de 13 a 16 años del Estado de México el cual dio como resultado que el género masculino tuvo mayor porcentaje de gingivitis con 56.8% de 268, mientras que las mujeres resultaron con el 43.2% de 322, el grupo de 14 años tuvo mayor incidencia con el 60.5% del total de los estudiantes. (9)

Estos antecedentes nos obligan a plantear el Objetivo General de este trabajo: Conocer la prevalencia de gingivitis en los alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana.

Material y Metodos:

Se realizó estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, a los alumnos de 17 a 25 años que acudieron al Examen de Salud Integral que se realiza al alumnado de nuevo ingreso durante el periodo del año 2005; los cuales se realizó revisión armada con espejo y explorador a la luz natural véase Figura 3, cuentan con expediente médico y odontológico completo, diagnóstico y plan de tratamiento supervisados por los coordinadores de dicho centro. Para diagnosticar la gingivitis se utilizó el índice IHOS (Índice de Higiene Oal Simplificado). Creado por Greene y Vermillion en 1960.



Figura 3, dentistas realizando el ESI a los alumnos de nuevo

Este consiste en la revisión de los órganos dentarios 11, 16, 26, 31, 36 y 46 para verificar el grado de placa dentobacteriana presente en cada uno de ellos. Los dientes 11, 16, 26 y 31 se revisan por su cara vestibular con ayuda de un explorador.

Se inicia pasando el explorador de mesial a distal por un tercio incisal de cada diente, si en este tercio se localiza placa dentobacteriana se le dará un valor de 3 y no se revisarán los tercios restantes, pero por el contrario si no existe registro de placa se procederá a revisar el siguiente tercio, en el cual si presenta placa se le otorga un valor de 2 y finalmente si en este tercio no se localiza placa se inspecciona el tercio cervical, en el cual si presenta placa se le otorga un valor de 1. Si el diente no presenta placa en ninguno de sus tercios de le otorga un valor de 0.

En los dientes 36 y 46 se les explora la cala lingual con el procedimiento antes indicado. Cuando se han obtenido y registrado todos y cada uno de los valores, se totaliza la puntuación de la placa dentobacteriana por superficie dental y se divide el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. (No. De dientes existentes y explorados). Los criterios de inclusión fueron: Estudiantes de 17 a 25 años de ambos géneros que acudieron al ESI (Examen de Salud Integral) en el período 2005. Definición de unidades experimentales:

Gingivitis: Es una enfermedad degenerativa se los tejidos de soporte del diente, conforme esta avanza va destruyendo los tejidos hasta que llega al hueso. Primero se presenta inflamación de las encías enrojecimiento, sangrado hasta llegar a la enfermedad periodontal.

Edad: Se determinó de acuerdo a los años cumplidos del paciente al momento de que se realizó la historia clínica, el dato fue brindado por el mismo paciente.

Género: Se consideró de acuerdo a como estaba indicado en el expediente.

Órganos dentarios permanentes: 16: Primer molar superior derecho, 11: Incisivo central superior derecho, 26: Primer molar superior izquierdo, 31: Incisivo central inferior izquierdo, 46: Primer molar inferior derecho.

Resultados:

Se revisaron un total de 1633 alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana que se les realizó el Examen de Salud Integral en el periodo 2005, de los cuales 828 (50.70%) fueron mujeres y 805 (50.70%) fueron varones, con un promedio de edad de 19.45, y una desviación estándar de 1.30, con placa dentobacteriana 1500 (91.85%), con sarro 985 (60.31%), con gingivitis 583 (35.70%).

Discusión: La enfermedad gingival es considerada como la segunda entidad de morbilidad bucal, con mayor frecuencia en la población. Se estima que las tasas de prevalencia son muy altas ya que más de las tres cuartas partes de la población la padecen o presentan un alto riesgo a desarrollarla, esto es evidente en este trabajo, ya que a pesar de la población tan joven atendida, ya presentan datos de gingivitis.

Recomendación: Es conveniente realizar un estudio de seguimiento que nos proporcione información en cuanto a la severidad y localización de esta patología.

Conclusión: Después de haber analizado los resultados del presente estudio se obtuvo la siguiente conclusión la prevalencia de gingivitis en los estudiantes de nuevo Ingreso a la UV, en el años 2005, fue de 35.70% (583 alumnos de 1633).

Referencias Bibliográficas

1. Carranza, F.: Periodontología Clínica de Glickman; Cap. 9 Características Clínicas de la Gingivitis Ed. Interamericana México, 1987. p.p.114-28.
2. Microbiología Oral- Liébana Ureña. Editorial Interamericana. Pag. 45-48
3. Victor Lahoud, Janett Mendoza, Gustavo Vacca; "Prevalencia de placa dentobacteriana, caries dental y amoloclusiones en 300 escolares de 6 a 14 años de edad" Rev. Odontológica Sanmarquina 200; 5 (1):33-8.
4. Marshall-Day;"Frecuencia de la enfermedad periodontal en personas de 13 a 65 años de edad residentes de Boston, massachussets". JADM 2003; 65:120-5.
5. Martínez J, Zermeño J. Incidence and prevalence of periodontal diseases. JADM 1986; 43: 144-9.
6. Arabska B, Boltacz E, Danilewicz Z, Starniewska M, Wochna M. Comparison of the status of the periodontium and oral hygiene among children 8-9 and 13-14 years of age in Poland and in other countries. J Epidemiol 1988; 42: 279-85
7. Abbott B. Periodontal disease in children and adolescents. J Dent Soc 1989; 26: 26-9.
8. Veliz Mata, Vacca Dickson. "Estado periodontal de estudiantes de la facultad de odontología de la UNMSM". Rev. Med Perú v.82.35-37.2002.
9. Ortega Maldonado, Mota Sanhua, López V. Oral health status of adolescents in Méxcio city. Clínica ABC Amistad Centro Médico Santa Fe, México.
10. Marx J. Rosen s Emergency Medicine: Concepts and clinical practice: 5 th ed. ST Louis, Mo. Mosby 2002: 898American Academy of Periodontology. Parameter on plaque – induced gingivitis J periodontal; 71 851-2
11. Vogel RL Fink RA Frank O, Baker H. The effect of topical application of folic acid on gingival health J. Oral Med 1978 ; 33
12. Tratado de Patología Bucal, Tercera Edición, William G. Shafer, Maynard K. Hine Barnett M. Levy; Editorial Interamericana 3a Edición 1984

13. Kinane D. Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification. *J Periodontol* 2001; 18: 7-15
14. Bimstein E, Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. *J Pediatr Dent* 1999; 21: 186-91.
15. Albandar J, Tinoco E. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *J Periodontol* 2002; 29: 153-76.
16. Bimstein E, Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. *J Pediatr Dent* 1999; 21: 186-91.
17. Bascones A. Tratado de Odontología TIII . Madrid: Trigo S.A; 1998.
18. Del Valle MC. Temas de Parodoncia No.1-2. La Habana: Pueblo y Educación;1991
19. Ministerio de Salud Pública. Estomatología. Encuesta Nacional de Salud Oral.MINSAP: Cuba; 1998.
20. Lindhe J. Periodontología Clínica 4ª. ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2002.
21. Ebersole JL, Taubman MA. Host responses in periodontal diseases. *Periodontol* 2004;5:112-41.
22. Antonio Bascones. Tratado de Odontología tomo III, Ediciones Avances. Epidemiología e Indices Periodontales. J.A García Nuñez-J Cuadrado Alonso. P.p 3337-3351.
23. Enfermedad periodontal- Shluger, Yuodelis, Page. Editorial Continental psgs. 75-82
24. Genco JR Goldman H.M, Cohen D. W Periodoncai 1a Ed St Louis Missouri. USA; Interamericana-Mc Graw Hill, 1993 pág. 283-290.
25. G. Calsina gomis, E. Vichino Samper. “Enfermedad periodontal”. FVC, febrero 2001. Volumen 08-número 02 pág. 68-76.
26. Lindhe J. Periodontología Clínica 4ª. ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2002.

La Dra. Antonia Barranca Enriquez, es coordinadora del área de Odontología del CESS-UV, es profesora de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad Veracruzana, México, Termino sus estudios de Maestría en Administración en sistemas de salud en la U.V. y Doctorado en Gobierno y Administración Pública, Ha publicado artículos en la revista de la Asociación Dental Mexicana, Revista de Ginecología y Obstetricia de México, ha presentado mas de 30 ponencias a nivel nacional e internacional en congresos disciplinares, multidisciplinarios y de Educación Superior.

La Dra. Sheilla del C. Roa González, es profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana, México, termino sus estudios de postgrado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, obteniendo el grado de maestra en ciencias odontológicas con especialidad en odontopediatría, ha publicado en la revista de Medicina Oral, y ha presentado ponencias en congresos a nivel Nacional e Internacional.

Odontología del bebé

¹Dra. Guadalupe R. Capetillo Hernández, ²C.D. Marcela Abril Pérez Montano, ³Evelyn Guadalupe Torres Capetillo, ⁴C.D. Adriana Cousillas García, ⁵Dra. Sylvia Gloria Ponce Orozco.

Resumen — Investigación descriptiva, prospectiva y transversal, consistió en la aplicación de encuestas a 100 mujeres embarazadas que acuden a la clínica ginecológica del IMSS, región Veracruz, y a tres consultorios de atención privada, donde se encontró del total de mujeres encuestadas 7% tiene un conocimiento bueno sobre la odontología del bebé, 25% regular, 32% malo y 36% muy malo. Tomando en cuenta estos resultados, se realizó una revisión bibliográfica en donde se definieron los puntos principales sobre la odontología del bebe, tiene fundamento en la educación para la salud, brindando a los padres información que permita asegurar el bienestar dental de sus hijos. De esta manera, la prevención se puede transformar en rutina orientada a partir del momento de la gestación.

Palabras claves— Odontología del bebé, Prevención.

Introducción.

El presente trabajo es una investigación descriptiva, prospectiva y transversal que consistió en la aplicación de encuestas a 100 mujeres embarazadas que acuden a la clínica ginecológica del IMSS, región Veracruz, así como a tres consultorios de atención privada, en donde se encontró que del 100% de las mujeres embarazadas encuestadas el 7% tiene un conocimiento bueno a cerca de la odontología del bebé, el 25% regular, el 32% malo y el 36% muy malo. Tomando en cuenta estos resultados, se realizó un estudio en donde se definieron los puntos principales sobre la odontología del bebe, la cual tiene su fundamento en la educación para la salud, brindando a los padres información que permita asegurar el bienestar dental de sus hijos. De esta manera, la prevención se puede transformar en rutina orientada a partir del momento de la gestación. También se explicaron los requerimientos odontológicos durante el desarrollo embrionario, como lo es el ácido fólico, así como las necesidades tanto educativas como curativas precoces, como la enseñanza de la limpieza a desdentados y dentados; la edad idónea a la que un bebé debe visitar al dentista, la importancia del uso del fluoruro y las concentraciones que deben manejarse, así como las enfermedades más frecuentes de la boca del bebé, signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento oportunos en prenatales y hasta los 3 años de edad. Es importante entender que el objetivo de este trabajo fue crear conciencia en las madres para que comiencen a cuidar la dentadura de sus bebés desde el período de gestación y desde las más tempranas edades y tengan conocimiento de cómo debe ser la alimentación y la higiene dental de los niños, ya que los cuidados para una sana dentadura deben iniciarse desde que la madre amamanta, previniendo así la aparición de enfermedades, siendo la caries la más común de éstas.

Teniendo en cuenta la necesidad de promoción de la odontología del bebé, se anexaron como propuestas al final del presente trabajo, un tríptico y una guía para padres, los cuales se pretende que sean de utilidad en el manejo de la prevención en la clínica de odontopediatría.

I. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

¹ Dra. Guadalupe R. Capetillo Hernández es Académica de la Facultad de Odontología UV de Veracruz gcapetillo@uv.mx (autor corresponsal)

² C.D. Marcela Abril Pérez Montano, egresada Facultad de Odontología UV de Veracruz.

³ C.D. Evelyn Guadalupe Torres Capetillo, egresada Facultad de Odontología UV de Veracruz

⁴ C.D. Adriana Cousillas García, egresada Facultad de Odontología UV de Veracruz.

⁵ Dra. Sylvia Gloria Ponce Orozco, académica de la Facultad de Odontología UV de Veracruz.

Identificar la necesidad de la estructuración y promoción de una guía de atención odontológica para el bebé, aplicada a mujeres embarazadas atendidas en Veracruz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la prevención de caries a temprana edad en sus hijos.
2. Determinar los fundamentos de la clínica del bebe.
3. Identificar las necesidades congénitas y del desarrollo del bebe.
4. Describir las técnicas preventivas y educativas e la clínica del bebe.
5. Identificar las enfermedades más frecuentes de la boca que se presentan en el bebé.

Tipo de estudio:

Investigación descriptiva, prospectiva y transversal.

Diseño:

Cuali-cuantitativo

Población:

Universo

-Mujeres embarazadas que asisten a consulta en la clínica de Gineco-Pediatría #68 del IMSS y 3 Clínicas Ginecológicas privadas de Veracruz, durante el mes de Mayo y Junio del 2007.

Muestra:

100 mujeres embarazadas encuestadas.

Criterios de Inclusión:

- Todas las mujeres embarazadas que asisten a consulta a la en la Clínica de Gineco-Pediatría #68 del IMSS y aceptaron participar en la encuesta.
- Todas las mujeres embarazadas que asisten a consulta en clínicas Ginecológicas privadas y que aceptaron participar en la encuesta.

Criterios de Exclusión:

- Las mujeres embarazadas que asisten a consulta a la en la Clínica de Gineco-Pediatría #68 del IMSS y que no aceptaron participar en la encuesta.
- Las mujeres embarazadas que asisten a consulta en clínicas Ginecológicas privadas y que no aceptaron participar en la encuesta.

Variables:

Independientes:

- Mujeres embarazadas encuestadas.

Dependientes:

- Edad.
- Número de embarazos.
- Tipo de atención Medica (Privada-Social).
- Nivel de escolaridad

Técnicas:

- Selección de la muestra de manera aleatoria.
- Aplicación de encuestas.
- Análisis estadístico de los resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.
- Propuestas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tomando en cuenta las puntuaciones, se establecieron los siguientes rangos para calificar cómo es el conocimiento de las mujeres embarazadas:

Bueno 90-80 Regular 79-50 Malo 49-25 Muy malo 24-0

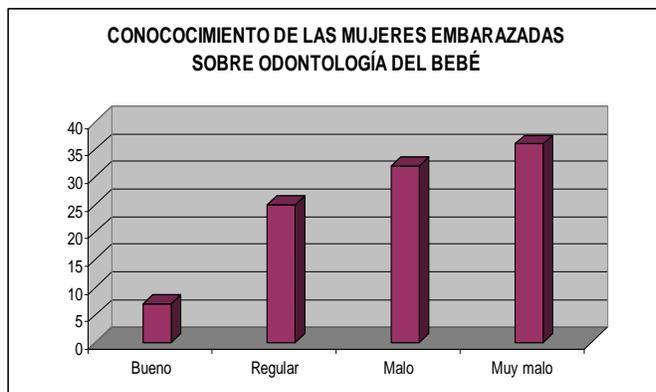


TABLA DE FRECUENCIAS	
RANGO	FRECUENCIA
Bueno	7
Regular	25
Malo	32
Muy malo	36

II. COMENTARIOS FINALES

Discusión.

Las mujeres embarazadas que acuden a la clínica ginecológica del IMSS, Región Veracruz, así como a consultorios de atención privada, tienen un conocimiento en su mayoría muy malo a cerca de la odontología del bebé en comparación con la información elemental que debieran saber y poner en práctica según lo encontrado en la bibliografía.

Conclusiones

El conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que acuden a la clínica ginecológica del IMSS, Región Veracruz, así como a consultorios de atención privada acerca de la odontología del bebé es en general muy malo.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas refirieron tener estudios de bachillerato y licenciatura, lo que demuestra como el grado de preparación de las madres, influye en la salud buco dental de su hijo.

De las 100 mujeres embarazadas entrevistadas 40 de ellas se atienden en clínicas privadas y 60 de ellas en el IMSS, lo cual demuestra que la necesidad de hacer promoción en los consultorios de atención privada y en las instituciones sociales de salud acerca del tema.

La mayoría de las mujeres embarazadas entrevistadas refirieron haber tenido 1 o 2 embarazos, lo que significa que la gran mayoría son relativamente inexpertas en el tema y es importante que en las clínicas ginecológicas se proporcione información sobre el tema, sobretodo cuando son primerizas.

Por lo anterior consideramos que es muy importante trabajar en la promoción de la odontología del bebé, la cual tiene su fundamento en la prevención, misma que disminuirá poco a poco los costos de los tratamientos dentales.

Recomendaciones

Elaboración de un tríptico informativo dirigido a las mujeres embarazadas. Elaboración de una guía para padres.

III. REFERENCIAS

- 1.- De ANGELILLO, Cristina Alicia "Principios educativos y preventivos". 1993.
- 2.- BOCARANDA, García Blanca "DESNUTRICIÓN MATERNA PERJUDICA DENTICIÓN DEL BEBE". Medicina. 31.08.2004.
- 3.-Revista FOLA ORAL Año 3 "La Comunicación en la Clínica". Numero 7. Febrero 1997.
- 4.-... HABLARLE A SHEILA Odontología del Bebé.
- 5.- RIELY, Laura, MD. "Cuidado Prenatal". YOU AND YOUR BABY: Pregnancy. Copyright Meredith 2006.
- 6.- RODRIGUEZ, Vargas Martha Cecilia. "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestante". 2002.
- 7.- LEVIN, Liliana. "Salud Bucal para el Bebé". Odontopediatria. OSDE, Binario 2007, Buenos Aires
- 8.- BOJ, Juan. Ed. Al. Odontopediatria. España, Ed. Masson, 2005
- 9.- Breast Feeding. Mississippi Department of health. USDA, Director, office of civil Rights, 2007
www.healthMs.com
- 10.- <http://www.gentiuno.com/articulo.asp?articulo=1593>
- 11.- <http://www.ada.org/prof/resources/pubs/fluoride.asp#journal>
12. ERICKSON, P. Investigación del rol de la leche materna en el desarrollo de la caries. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 28(2):28-29. Jun-sep.1999
13. PINKHAM J.R. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.

14. SALVADOR SALAZAR, Elizabeth. Factores Condicionantes del Síndrome de biberón con diferentes tipos de lactancia. Tesis- Bachiller UPSM 2002
- 15.- 2.- BOCARANDA, García Blanca “La nutrición matern es determinante en la formación de los dientes del bebé”. Medicina. 31.08.2004.
- 16.- American Academy of Pediatric Dentistry- “Dental Care for your Baby”. AAPD Publications. Copyright 2002- 2007.
- 17.- López AM. 1999 Odontología para Bebés. Revista Facultad de Odontología U. de la A.- Vol.10No.2-Primer semestre.
- Noak AY. 1978. Early interventions prenatal e posnatal counseleng an infant dental care; a update for the dentist and for pediatrician, New Cork: Medcom, p41-3.
- Dalto V. 1998 Os profesores como agentes promotores da saude bucal. Semina. Londrina (Ed. Especial) fev.19:47-50
- Figuereido W; Frelle A; Issao M.200 Odontología para el Bebé. Actualidades Médico Odontológico Latinoamérica CA Venezuela.
- Nakama L. 1994. Educar previniendo e prevenir educando. Odontologia no primeiro ano de vida.UEL.Tese (Mestrado em Saude Colectiva) Curso de Odontología Universidad Estadual de Londrina.
- 18.- British Dental health Foundation. “Infant dental care”. No.19, 2007.
www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_public_health_dental_509.htm
- 19.- “Salud dental: el cuidar para los dientes de tu bebé”
www.translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.webmd.com/oral-health/caring-babies-teeth&sa=X&oi=translate&resnum=9&ct
- 20.- 7MORRIS R.E., et.al. “Early childhood caries in Kuwait: review and policy recommendations”. Volume 5, Issue 5, 1999, page 1014-1022.
21. Skougaard MR, Vigild M. Kuwait national oral health survey: oral health of 4-, 6-,12-, and 15-year-old children in kindergartens and public schools in Kuwait. Kuwait, Ministry of Public Health, 1993.
22. Glass RL. National Dental Health Survey of Children. Kuwait, Ministry of Public Health, 1982.
23. Babeely K et al. Severity of nursing-bottle syndrome and feeding patterns in Kuwait. Community dentistry and oral epidemiology, 1989, 17:237-9.
24. Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. Journal of public health dentistry, 1996, 56(1):38-50.
25. Murtomaa H et al. Caries experience in a selected group of children in Kuwait. Acta odontologica Scandinavica, 1996, 53:389-91.
26. Soparkar P et al. Nursing bottle syndrome in Kuwait. Journal of dental research, 1986, 65:745.
27. Al-Dashti AA, Williams SA, Curzon MEJ. Breastfeeding, bottle-feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply. Community dental health, 1995, 12:42-7.
28. Jahra school health programme. Annual report 1995/96. Kuwait, Ministry of Public Health, 1996.
29. Petersen PE. Oral health behavior of 6-year-old Danish children. Acta odontologica Scandinavica, 1992, 50:57-64.

Conocimiento de la donación de órganos en escolares de primaria de la localidad de Cosamaloapan, Ver.

Mtra. Rosa María Torres Hernández¹ Alumna Isis Ivette Cárdenas García².

Resumen.

Material y métodos: En 59 escolares de 4° a 6° de primaria de la Escuela Primaria “José María Martínez Rodríguez”, de la Ciudad de Cosamaloapan, Ver. Se realiza estrategia educativa, con conceptos básicos sobre donación y trasplante de órganos, se evalúa el conocimiento (grupo I) antes y (grupo II) después de una estrategia educativa.

Resultados: En la pregunta ¿El riñón es otro de los órganos que se trasplanta? Grupo I 68.8% y grupo II 96.6% ($p < 0.05$) antes de la estrategia educativa el 27.1% pensaban que la pregunta ¿La donación es un proceso altruista? Grupo I 27.% y grupo II 100%

Conclusión: Los profesionales de la salud participen en la divulgación de los conceptos básicos de la donación y trasplante de órganos

Palabras clave. Donación de órganos, estrategia educativa, escolares

Introducción.

La donación de órganos es un acto en el cual una persona muestra un comportamiento altruista y cede a otra, alguno(s) de sus órganos con la finalidad de restablecer o mejorar la salud de aquella. En 1997, cerca de 10 mil enfermos esperaban que, al morir, alguien les donara un órgano o tejido, mientras que el número de donaciones post-mortem es entre 300 y 400 al año. En este sentido, puede decirse que la donación cadavérica en México es muy pobre, ya que de cada tres mil decesos sólo un caso es susceptible a donación, por distintos motivos, ya sea legales, médicos, morales, éticos, psicológicos, etc.^{1,2} En la negativa familiar a la donación de órganos influyen una serie de factores como son el desconocimiento sobre el tema, las creencias y tradiciones religiosas, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, etc.^{3,4} Varios estudios demuestran que la educación y la información sobre donación y trasplante de órganos constituyen un medio efectivo para aumentar el número de donaciones y disminuir el número de negativas^{5,6}. La concienciación de los niños y adolescentes, y la estimulación hacia estos temas, es muy importante, pues este subgrupo de la población representa el futuro de la sociedad, y además implican una repercusión directa sobre la familia y amigos^{7,8}. Los centros de educación básica suponen un buen medio a través del cual poder acceder a toda la población juvenil, como ya se ha demostrado en varios estudios⁸. El objetivo del trabajo es determinar el nivel de conocimientos que tienen los escolares de la comunidad de Cosamaloapan, Ver. con respecto a la donación de órganos, antes y después de aplicar una estrategia educativa.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo, En estudiantes de primaria de 4° - 6° grado, de la escuela primaria “José María Martínez Rodríguez” en el Municipio de Cosamaloapan, Ver.; Se aplicó una encuesta autodirigida consta de 10 ítems, conocimiento básicos sobre donación y trasplante de órganos, concepto general de salud-enfermedad, donante, el altruismo de la donación y en qué momento se puede extraer un órgano, personal que realiza el trasplante, la causa por la que se trasplanta y los órganos que se pueden trasplantar. Se realiza estrategia educativa, con conceptos básicos sobre donación y trasplante de órganos, se evalúa el conocimiento (grupo I) antes y (grupo II) después de una estrategia educativa titulada “Que debemos de saber acerca de la donación de órganos”.

¹ Mtra Rosa María Torres Hernández es Catedrática de la Facultad de Medicina Región Veracruz. Universidad Veracruzana Veracruz ros_torres@hotmail.com

² Isis Ivette Cárdenas García Alumna de 8°. Semestre de la Facultad de Medicina Región Veracruz. Universidad Veracruzana Veracruz risvett@live.com.mx

Se recabaron los datos y se utilizó estadística descriptiva para cada ítem mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, la prueba X^2 para diferencia de grupos

Resultados

El rango de edad de los escolares de 9 a 12 años. La pregunta ¿El riñón es otro de los órganos que se trasplanta? Grupo I 68.8% y grupo II 96.6% ($p < 0.05$) antes de la estrategia educativa el 27.1% pensaban que la pregunta ¿La donación es un proceso altruista? Grupo I 27.% y grupo II 100% ($p < 0.05$). Los enfermos trasplantados sufren enfermedades como cualquier otra persona El Grupo I 66.% y grupo II 85% ($p < 0.05$). El conocimiento de trasplante de órganos como riñón, hígado, pulmón, corazón y córnea fue superior con la estrategia educativa (Cuadro 1)

Discusión

En general se observa que los conocimientos básicos sobre la donación y trasplante de órganos en los escolares son escasos y con importantes errores conceptuales, como ya observamos en estudios preliminares⁽⁶⁾. Lo cual se debe a la escasa información que se tiene sobre el tema, lo cual suele agudizarse en los niños de estas edades (escolares), pues es un tema sobre el que ellos no tienen conciencia de su importancia⁽⁷⁾.

Después de haber realizado la estrategia educativa, se observó que aumentó considerablemente los conocimientos acerca de la donación y trasplante de órganos, y disminuyó en parte el número de conceptos básicos que eran erróneos y que se contestaron en la encuesta. Esperando que estos conocimientos perduren por tiempo prolongado, y se haga efectiva la estrategia educativa para los conceptos de donación y trasplante de órganos. Se espera que se le dé más importancia en nuestro medio a este tema, y más personas profesionales de la salud participen en la divulgación de los conceptos básicos de la donación y trasplante de órganos, ya que esto es fundamental para que se salven la vida millones de personas con enfermedades terminales de los órganos que se pueden trasplantar.

Bibliografía.

- 1.- Actitudes y persuasión hacia la donación de órganos y tejidos. Mtra. Georgina Lozano Razo, Maestra en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México, DF. UNAM. http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/donacion_organos.html
- 2.- Conesa Bernal C., Ríos Zambudio A., Ramírez Romero P.. Sobre la donación de órganos para trasplantes y la Atención Primaria. Medifam. 2001 ; 11(4):106-107.
- 3.- Exley C, Sin J, Reid N, Jackson S, West N. Attitudes and beliefs within the sikh community regarding organ donation: a pilot study. Soc Sci Med 1996; 43: 23-28.
- 4.- Peters TG, Kiltur DS, Mac Gaw LJ, Roy MR, Nelson EW. Organ donors and non donors. An american dilemma. Arch Intern Med 1996; 156: 2419-2424.
- 5.- Ganikos ML, Mcneil C, Braslow JB, Arkin EB, Klaus D, Oberley EE, White MF. A case study in planning for public health education; the organ and tissue donation experience. Public Health Rep 1994; 109: 626-631.
6. - Ríos A, Murcia JA, Conesa C, Munuera C. ¿Qué conocimientos tienen los niños sobre la donación y trasplante de órganos? Estudio preliminar. Aten Primaria 1998; 21: 116-117.
- 7.- Ríos A, Conesa C, Munuera C, Pascual FJ, Fajardo D. Campaña informativa sobre la donación y trasplante de órganos en escolares. Aten Primaria 1998; 21: 623-6

	Grupo I	Grupo II	p
No todas las enfermedades se curan con medicinas	62%	98%	<0.05*
Concepto genérico de donante	91%	98%	NS
Todos los órganos del cuerpo pueden ser trasplantados	63%	84%	NS
Un donante solo puede dar órganos para una persona	56 %	6%	<0.05*
La donación era un hecho remunerado y no un proceso altruista	27 %	0%	<0.05*
Cualquier persona que ha fallecido, incluidas las que están	22%	5%	<0.05*

enterradas en el cementerio sirven como donantes y se les puede extraer los órganos			
Conocen que es un cirujano el especialista que realiza el trasplante	88.1%	96%	NS
Los enfermos que se trasplantan podrían ser curados previamente con medicinas	42%	61%	NS
Los enfermos trasplantados sufren enfermedades como cualquier otra persona	66%	85%	<0.05*
El hígado es uno de los órganos que se pueden trasplantar	60%	98%	<0.05*
El riñón es otro de los órganos que se trasplanta,	69%	97%	<0.05*
El pulmón puede ser trasplantado	44%	95%	<0.05*
El corazón se trasplanta	50%	97%	<0.05*
Las córneas se trasplantan	23%	93%	<0.05*

***Prueba X²**

Cuadro 1. Conocimiento en escolares en trasplante de órganos

Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado

CMF. José Gabriel Colorado Hernández¹, CDEPMB. José Andrés Velázquez Martínez².

Resumen—Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 42 años de edad con una lesión localizada en el paladar blando del lado derecho, asintomático de 4 años de evolución de aspecto similar a una condición quística; se realiza biopsia excisional bajo anestesia general con fines de diagnóstico y terapéuticos. El resultado histopatológico reporta un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de glándula salival menor. El objetivo de este artículo es reportar como un caso la presentación clínica a una condición benigna.

Palabras claves—carcinoma mucoepidermoide, paladar blando.

I. INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales menores (GSM) se encuentran ampliamente distribuidas en el tracto aerodigestivo superior y cavidades adyacentes. Las numerosas glándulas salivales menores se encuentran localizadas en toda la submucosa a lo largo de la cavidad bucal, con excepción de la encía y la porción anterior del paladar duro. Los tumores malignos de las glándulas salivales menores ocupan del 2 al 4% del total de todas las neoplasias de cabeza y cuello, el 10 % de ellos se localizan en cavidad oral. Del total de los tumores de GSM el 82% son malignos, el rango de edad es entre la cuarta y sexta década de la vida.

El carcinoma mucoepidermoide (CM) es un tumor epitelial maligno que se compone de diversos tipos de células mucosas, epidermoides, intermedias, columnares y claras. Con frecuencia muestra un marcado crecimiento quístico. Se localiza más frecuentemente en la glándula parótida, en

segundo lugar en submandibular y menores, representando el 29 al 34 % de los tumores malignos que se originan en las glándulas salivales mayores como menores. El CM muestra una fuerte predilección por las del labio inferior. Raras veces podría originarse en la mandíbula. Su aparición más frecuente es en la edad de 47 años, con un rango entre 8 y 92 años. Ligero predominio de mujeres.

Clínica, la mayoría de los pacientes están asintomáticos debutando como masas solitarias indoloras tal y como lo hace el adenoma pleomorfo. La graduación o estadiage microscópico es importante para la determinación del pronóstico. El carcinoma mucoepidermoide se clasifica como de grado bajo, grado intermedio y grado alto.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

¹ José Gabriel Colorado Hernández, Especialidad en Cirugía Maxilofacial y Profesor de Odontología en la Universidad Veracruzana, México. gcolorado42@yahoo.com.mx (**autor responsable**)

² José Andrés Velázquez Martínez, Especialidad en Medicina y Patología Bucal y Profesor de Odontología en la Universidad Veracruzana, México. javelam77@yahoo.com.mx

II. CASO CLÍNICO

Descripción pre, trans. y post operatoria

Paciente del sexo masculino de 42 años de edad de nacionalidad holandesa con residencia de más de 5 años en el puerto de Veracruz, México. Manifiesta la presencia de una lesión de 4 años de evolución asintomática con cambios mínimos en el crecimiento, por lo que acude a una valoración médica. Al interrogatorio menciona dedicarse a la cata de vinos, con antecedentes de tabaquismo hasta hace 2 años; resto de los antecedentes no patológicos sin importancia. Niega antecedentes patológicos de importancia. A la exploración física bucal se observó lesión de coloración violácea de aproximada 1.5cm de diámetro bien circunscrita de consistencia ahulada, sin dolor a la digito presión localizada en paladar blando derecho (figura 1), el resto de la cavidad bucal sin alteraciones. Se solicitó radiografía oclusal de maxilar para descartar que exista una lesión de consistencia sólida, no evidenciándose en la radiografía. Los exámenes de biometría hemática completa, química sanguínea, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y examen general de orina dentro de los parámetros normales. Se realizó la resección de la lesión bajo anestesia general con intubación naso-traqueal, la incisión realizada fue de tipo elíptica, disecando por planos y teniendo cierta dificultad, se logró la extirpación completa de la lesión (figura 2); colocándose el espécimen en formol al 10% para realizar el estudio histopatológico (figura 3).



Figura 2. Incisión en paladar

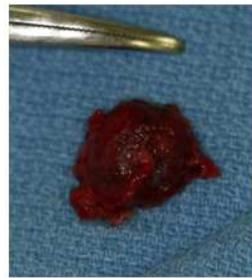


Figura 3. Especimen

III. RESULTADO HISTOPATOLOGICO

Descripción macroscópica, se recibe espécimen quirúrgico de forma ovoide , mide 1.8 x 1.5 x 1.4 cm., de superficie irregular, de color café gris. Al corte es quístico con salida de material de aspecto mucoso, la pared mide 0.2 cm de espesor.

La revisión microscópica muestra una lesión de origen glandular salival conformada por una prominente formación quística revestida por células productoras de mucina y escamosas, las cuales varían de forma con mínimos datos de atipia, apoyadas sobre un estroma de tejido fibroconectivo que demuestra tejido linfocitario que forma centro germinales así como implantaciones satelitales de células mucosas. (Figura 4 y 5) .

Tradicionalmente los carcinomas mucoepidermoides tienden a ser categorizados en tres grados histológicos basado en lo siguiente:

- Ⓐ Cantidad de formación quística
- Ⓑ Grado de atipia citológica
- Ⓒ Número relativo de células mucosas, epidermoides e intermedias.

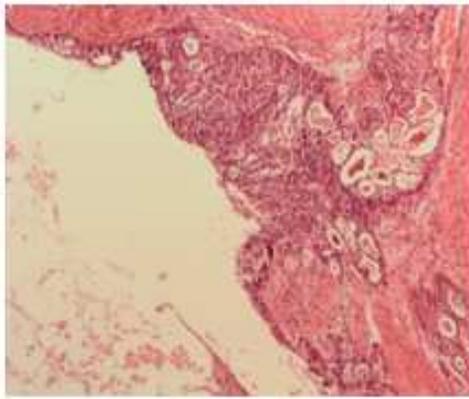


Figura 4 10x

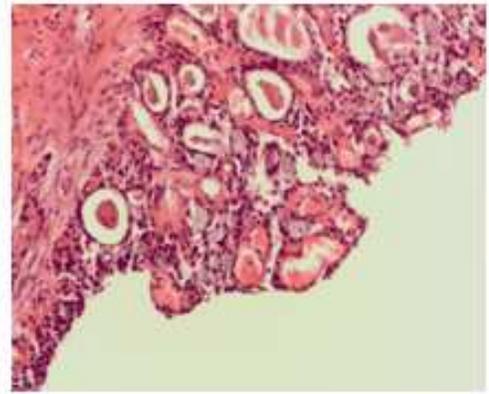


Figura 5 40x

IV. CONCLUSIONES

El Carcinoma Mucoepidermoide (CM) comprende entre el 4% y el 8% de todos los tumores de glándulas salivales y presentan considerable variación entre casos, de acuerdo a la revisión de la literatura actual esta lesión sigue siendo considerada de difícil diagnóstico debido al comportamiento biológico, el tiempo de evolución y su presentación clínica lo cual hace que se asemeje a una entidad benigna por lo que no es atendida en tiempo y forma realizando un tratamiento agresivo que altera la calidad de vida del paciente.

Recomendaciones:

Es fundamental que el diagnóstico histopatológico sea confiable ya que es mandatorio del tratamiento el cual no dejara de ser quirúrgico.

Referencias:

Am J Surg Pathol. 2005 Jun;29(6):806-813. Abstract quote

Neville BW, Damm D D, Allen C M, Bouquot J E. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia. Saunders: 2002.p.420-21.

Johnson B, Velez I. Central mucoepidermoid carcinoma with an atypical radiographic appearance. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;106:e51-e53

El **CDMF. José Gabriel Colorado Hernández** .Este autor es profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana. Terminó sus estudios de postgrado en Cirugía Oral y Maxilofacial en el hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS Cd. De México., Es médico adscrito al servicio de C. Maxilofacial del Hospital Regional de alta Especialidad de Veracruz, SSA. Ha sido coautor del libro de Cirugía Maxilofacial Pediátrica, ponencias nacionales.

El **CDEPMB. José Andrés Velázquez Martínez** es profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana y de la Universidad Autónoma de Veracruz Villa Rica. Su especialidad en Patología y Medicina Bucal es de la Universidad Autónoma Metropolitana Campus Xochimilco. Es médico adscrito al departamento de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, SSA. Ha presentado ponencias en congresos locales y nacionales.

Comportamiento Sexual de Heterosexuales y Homosexuales con y sin VIH: Un Riesgo Latente

Dra. Aurora Díaz-Vega¹, Dr. Francisco Vásquez-Fernández², Dra. Janet Fonseca-Zamora³, Luis Hernández-Márquez⁴, Dr. Rodrigo Emilio Ruz-Barros⁵

Resumen—Introducción: En México, a pesar de las campañas preventivas, existen 90,043 casos de SIDA. Objetivo: Determinar el comportamiento sexual de individuos pareados por edad, género y preferencia sexual. Métodos: Estudio inferencial de casos (VIH+) y controles (VIH-). Se recabaron variables demográficas, sociales, comportamiento sexual. Resultados: Evaluamos 128 individuos; no observamos diferencias en IVSA y/o número de parejas sexuales; el grupo de mujeres seropositivos mostró IVSA a menor edad, y mayor promiscuidad sexual en el grupo de homosexuales. Los casos utilizan con mayor regularidad el preservativo. Conclusiones: Ante la ausencia de una vacuna que evite nuevos contagios, la prevención es un método eficaz de control. Nuestro estudio señala una elevado riesgo en la población por promiscuidad y no utilización del preservativo.

Palabras claves—SIDA, VIH, Sexualidad Humana

I. INTRODUCCIÓN

El 5 de junio de 1981, en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) se reportaron los primeros cinco casos de neumonía por *Pneumocistis carinii* -hoy llamado *Pneumocistis jiroveci*- en varones homosexuales (1). Esta circunstancia propició la estigmatización y que se le diera el nombre de la «peste gay» o «enfermedad rosa», haciendo énfasis en el grupo de personas afectadas. Nuevos casos se presentaron en los años subsecuentes en otros grupos marginados, incluyendo los adictos a drogas intravenosas y prostitutas, lo que incrementó la marginalidad de la enfermedad. Hasta 1982 se le dio el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1). El agente infeccioso fue identificado en 1983 por el Dr. Montagné en el Instituto Pasteur de Francia quien lo denominó Virus Asociado a Linfadenopatía (LAV) (2). El Dr. Robert Gallo del Centro de Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta Georgia USA publicó, en 1984, el descubrimiento de un nuevo virus al que llamo Virus Linfotrópico Humano tipo III (HTLV-III) (2). Hasta 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio al agente infeccioso el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con el que se le conoce actualmente (Gorbea, 2003) (3).

La historia natural del la infección por VIH es larga y compleja, ocasionando dificultad para su comprensión tanto en personas afectas como en las que no. El tiempo de sobrevida de las personas infectadas desde que entran en contacto con el virus hasta que se presenta la enfermedad, fluctúa entre 5 y 20 años, pero el tiempo promedio que se considera entre el contagio y el inicio del padecimiento es

¹ La Dra. Díaz-Vega es Profesor de Salud Pública y miembro del Cuerpo Académico de Salud Pública y Administración en Salud, en la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. auroradv@hotmail.com (autor corresponsal)

² El Dr. Vásquez-Fernández realiza su Servicio Social en Investigación en la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. fvasquez.fernandez@gmail.com

³ La Dra. Fonseca-Zamora realiza su Servicio Social en Investigación en la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. sheidem@hotmail.com

⁴ Hernández-Márquez es Voluntario en la Atención del Paciente con VIH en el Hospital Regional de Alta Especialidad, Veracruz, México.

⁵ El Dr. Ruz-Barros realiza su Servicio Social en Investigación en la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. rodrigoruzb@hotmail.com

de diez años. El tiempo promedio que una persona puede permanecer enferma sin tratamiento antirretroviral alguno es de 2 años. Lo importante de esta situación es que independientemente del tiempo de sobrevida, la persona infectada es infectante durante todo ese tiempo, por lo tanto es capaz de transmitirla a todas aquellas personas con las que se relacione e intercambien líquidos corporales o sangre (Gorbea, 2005) (4).

En México hasta noviembre del 2004, existen 90,043 casos de SIDA reportados a la (Secretaría de Salud, 2005) el 84% son varones y el 16% mujeres con una relación hombre mujer de 5:1, con 160,000 infectados, predominando la transmisión sexual en un 91% de los casos (5). Los hombres que tienen sexo con hombres representan el 53.4% de esta población, clasificándose que se tiene una epidemia concentrada. El estado de Veracruz ocupa 2º. lugar con 3068 casos, y la ciudad de Veracruz ocupa el primer lugar nacional (Secretaría de Salud, 2005). A pesar de las intensas campañas de prevención, no se ha logrado abatir la infección. El objetivo de nuestro estudio fue determinar el comportamiento sexual de los individuos conocidos como VIH positivos y compararlo con un grupo de individuos VIH negativos pareados por edad, género y preferencia sexual.

II. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

- Población y Muestra

Estudio inferencial de casos y controles. Definimos casos aquellos individuos con diagnóstico conocido de seropositividad para VIH, y controles a un grupo de individuos VIH negativos, pareados por edad, género y preferencia sexual. Los casos fueron divididos en tres grupos de acuerdo a su preferencia sexual: 20 individuos homosexuales masculinos, 20 individuos heterosexuales masculinos, y 20 individuos heterosexuales femeninos. El grupo control quedó determinado de la misma manera, siendo individuos pareados por edad para cada uno de los grupos. Los individuos VIH positivos fueron captados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, en el exterior del CAPASIT, o a través de invitación realizada por otros individuos seropositivos en tratamiento en hospitales privados. La captación de pacientes fue realizada en el periodo comprendido entre el 01 de mayo y 31 de julio de 2009.

- Instrumento de Recolección de Datos

Se diseñó un cuestionario a fin de recabar las variables demográficas, sociales e información relacionada con el comportamiento sexual del individuo encuestado (ver anexo 1), mismo que fue llenado por el encuestador al momento de recibir las respuestas; las preguntas fueron diseñadas en modalidad abierta, a fin de permitir el libre flujo de información por parte de los encuestados, con énfasis por parte del encuestador en respuestas puntuales y numéricas en caso de ser requerido.

Los aspectos de la sexualidad evaluados fueron inicio de vida sexual activa, numero de parejas sexuales hasta el momento, conocimiento y utilización del condón como método de barrera, sitio de distracción y contacto de sus parejas sexuales, y fuente de información sobre la sexualidad. En los individuos VIH positivos se preguntó además tiempo de infección, numero de parejas sexuales y utilización del condón desde el momento de saber el estado de infectado. Otras variables evaluadas fueron la edad, numero de hijos biológicos, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y la presencia de toxicomanías.

- Análisis Estadístico

Los resultados se expresan como media \pm DE. Las comparaciones entre grupos se realizaron con prueba T-student de dos colas; las comparaciones entre heterosexuales hombres, heterosexuales

mujeres, homosexuales masculinos de ambos grupo se realizaron a través de prueba Exacta de Fisher. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS. v.15.0.

III. RESULTADOS

Se evaluaron 128 individuos distribuidos en tres grupos de acuerdo al género y comparados entre si según la presencia o ausencia de infección por VIH.

- Información y Sexualidad.

No se observaron diferencias al comparar el IVSA (16.5 ± 2.5 vs 16.7 ± 2.9 años, $p = 0.6$) y/o número de parejas sexuales (60.7 ± 129 vs 75.9 ± 132.4 , $p = 0.4$) en ambos grupos; sin embargo, en el grupo de mujeres seropositivos se aprecia un IVSA a menor edad (17.1 ± 2.2 vs 19 ± 2.9 años), y la mayor promiscuidad sexual en el grupo de homosexuales (parejas sexuales, 167 ± 182 vs 21.5 ± 40.6) en comparación con el resto de la población (ver tabla 1).

Por otro lado, los individuos seropositivos consideraron tener un menor nivel de escolaridad (al menos secundaria, 73.4 vs 96.8%) y refirieron recibir menos información de sexualidad en la escuela (10.9 vs 37.5%); sin embargo utilizaban con mayor regularidad el condón en sus relaciones sexuales (89 vs 67.1%) en comparación con el grupo seronegativo, datos constantes al analizar cada uno de los grupos, exceptuando el nivel de escolaridad entre los homosexuales, donde el 95.2% de los entrevistados tenía al menos secundaria como nivel máximo de estudios. Además, los individuos seropositivos tuvieron un menor numero de hijos (0.9 ± 1.6 vs 1.2 ± 1.3 hijos, $p = 0.07$), siendo nulo en los individuos homosexuales (ver tabla 1).

	POBLACION TOTAL		
	VIH +	VIH -	P
Edad, años	39.3 ± 10.4	38.7 ± 11.1	NS
IVSA, años	16.5 ± 2.5	16.7 ± 2.9	0.6
Nº de Hijos, n	0.87 ± 1.6	1.2 ± 1.3	0.07
Nº PS, n	60.7 ± 129	75.9 ± 132.4	0.43
<i>- Mujeres</i>			
Edad, años	35.6 ± 8.2	35.4 ± 8.5	NS
IVSA, años	17.1 ± 2.2	19 ± 2.9	NS
Nº de Hijos, n	1.2 ± 1.3	1.7 ± 1.2	NS
Nº PS, n	3.6 ± 2.7	3.4 ± 2.7	NS
<i>- Hombres</i>			
Edad, años	41 ± 11.7	42 ± 13.1	NS
IVSA, años	16.2 ± 2.7	15.6 ± 2.1	NS

- Nivel Socioeconómico y Drogas

Los individuos seropositivos consideraron tener un bajo nivel socioeconómico (53.1 vs 23.4%), dato constante entre los hombres (59.1 vs 36.4%) y mujeres (61.9 vs 33.3%), pero no en el grupo de homosexuales (40 vs 0%). Finalmente, el consumo de alcohol fue mas común en el grupo de seronegativos (42.2 vs 79.7%), ya sea masculinos (36.4 vs 95.4) o femeninos (28.5 vs 66.6), sin diferenc

Nº de Hijos, n	1.3 ± 2.3	1.8 ± 1.2	NS
Nº PS, n	40.2 ± 78.9	36.8 ± 61.4	NS
<i>- Homosexuales</i>			
Edad, años	41.2 ± 10.8	38.6 ± 10.5	NS
IVSA, años	16.2 ± 1.7	15.4 ± 2.2	NS
Nº de Hijos, n	0 ± 0	0 ± 0	NS
Nº PS, n	146.5 ± 190	189.1 ± 174.9	NS

Tabla 1. Características de la sexualidad de individuos con y sin VIH. IVSA. Inicio de Vida Sexual Activa; PS. Parejas Sexuales

IV. COMENTARIOS FINALES

Ante la ausencia de una vacuna que evite los nuevos contagios, la falta de tratamientos retrovirales 100% efectivos, y la tasa de mortalidad de esta enfermedad, la prevención se manifiesta como el principal medio de prevención de la misma. Gracias a las intensas campañas de prevención desarrolladas por los sistemas de salud, la tasa de infección por VIH se ha mantenido estable en los últimos años; sin embargo un repunte de interés ha sido el observado en mujeres heterosexuales, lo cual insta a investigar las fuentes de contagio.

Clásicamente se ha considerado que los individuos seropositivos tienen un comportamiento sexual de mayor riesgo, con elevados índices de promiscuidad sexual. Sin embargo, nuestro estudio muestra que no existen diferencias significativas en el número de parejas sexuales ni en el IVSA entre aquellos individuos con y sin infección por VIH. De los tres grupos estudiados, el grupo conformado por homosexuales fue el que reportó mayor promiscuidad sexual –principal factor de riesgo- con un promedio de 150 parejas sexuales por individuo, seguido del grupo de masculinos heterosexuales pero sin diferencias al compararse entre si según la presencia o ausencia de infección; por otro lado, fue el grupo de homosexuales donde se halló mayor frecuencia en la utilización del preservativo. En este sentido, es alarmante la baja tasa de utilización de preservativo entre los que se consideran o saben sin infección por VIH, la cual llega a ser de tan baja del 67%. Un dato relevante fue IVSA de menor edad de entre las mujeres seropositivos en comparación con las mujeres seronegativas (17.1 ± 2.2 vs 19 ± 2.9 años) lo cual puede ser propiciado por desinformación, constante hallada en todos los grupos analizados.

Por otro lado, se observa una tendencia a menor número de hijos en las parejas donde alguno de los miembros es seropositivo (0.87 ± 1.6 vs 1.2 ± 1.3, p = 0.07) sugiriendo temor o conciencia ante la posibilidad de transmisión vertical.

Conclusiones

Nuestro estudio señala que si bien la promiscuidad es evidente en ambos grupos, es preocupante la poca utilización del preservativo, lo cual pone de manifiesto el riesgo potencial que tienen estos individuos de contraer la enfermedad.

Recomendaciones

Se sugiere promover la educación para el ejercicio de una sexualidad responsable, incluyente de todos los estratos sociales y con preferencia de talleres adecuados a cada grupo social que permitan la reflexión de los riesgos.

V. REFERENCIAS

1. Amuchategui H (1986). Aportaciones de las ciencias sociales para la prevención del Sida. XI Conferencia internacional sobre el Sida. Vancouver Canadá. En red. Recuperado en: <http://www.funsalud.org.mx/sidalac/spanish/libro/cap5.htm>. Consultado el 18 de noviembre de 2002.
2. Del Rio C y Liguori AL (1995). Cuestiones políticas y control de la infección por VIH. Enfoques de Investigación sobre VIH/Sida en salud reproductiva. Perspectivas en Salud Pública. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. Gorbea MC (2003). Manejo Integral del binomio madre-hijo con VIH/SIDA. Descubrimiento el virus causante del VIH/SIDA. Editorial Manual Moderno. México D. F. pag. 5, 6.
4. OMS/UNESCO (1997). Educación en salud en las escuelas para prevenir SIDA y las ETS. Organización Panamericana de Salud/Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Serie OMS sobre SIDA No. 10
5. Pérez-Saleme LM, Soriano V (2005). Manual para la atención del paciente con VIH/SIDA. Editorial Permanyer. Barcelona
6. Secretaría de Salud. Subsecretaría, Dirección general de epidemiología (2005). Información Epidemiológica de Morbilidad 2000-2004 y Boletín Epidemiológico Semanal 27/2005 (del 3 al 9 de julio del 2005). Cifras de notificación semanal hasta la semana 26/2005 (del 26 de junio al 2 de julio del 2005).
7. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. (1990) Orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia. Dirección General de Planificación Familiar. México.
8. UNAIDS (2004). Boletín epidemiológico. Organización Mundial de la Salud. En red. Recuperado en: www.unaids.org. Consultado el 22 de marzo del 2004.
9. UNAIDS (2006). Boletín epidemiológico. Organización Mundial de la Salud. En red. Recuperado en: www.unaids.org. Consultado el 22 de Diciembre del 2006.

La **Dra. Aurora Díaz-Vega** es egresada de la Fac. de Medicina de la Universidad Veracruzana región Veracruz, cuenta con un posgrado en Salud Pública, Maestría en Administración y Doctorado en Administración y Gobierno. Ha realizado estudios complementarios sobre VIH/SIDA como el 1er Diplomado en SIDA del Instituto Nacional de Salud. Pública. Ha estado a cargo del programa de SIDA en la Jurisdicción VIII de SESVER por 11 años y a cargo de la Clínica de SIDA del Hospital Regional de Alta Especialidad por 5 años. Ha presentado trabajos de investigación en los Congresos Nacionales de VIH/SIDA. Durante 15 años formo parte de una ONG con trabajo en SIDA en Veracruz, es miembro de AMVIH. En la docencia es catedrática de la Facultad de Medicina de la UV, coordina el Comité de Investigación y el Dpto de Posgrado de la misma facultad, es miembro del Cuerpo Académico “Salud Publica y Administración en Salud” de la misma facultad. Coordinadora del Internado de pregrado del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz

El **Dr. Francisco Vásquez-Fernández** es egresado con Mención Honorífica de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana región Veracruz, generación 2002 – 2007. Ha participado con mas de 60 trabajos de investigación en distintos congresos y foros académicos, y ha publicado 12 artículos en revistas de divulgación nacional e internacional. Actualmente realiza su Servicio Social en Investigación en la entidad de origen.

El **Dr. Rodrigo Emilio Ruz-Barros**, exalumno egresado con Honores de la Facultad de Medicina “Miguel Alemán Valdés” de la Universidad veracruzana generación 2002-2007, consejero alumno estudiantil de la misma institución durante los periodos 2004-2007. Ha publicado 15 trabajos de investigación en diversos congresos y revistas nacionales. Actualmente está realizando su Servicio Social en investigación en la entidad de origen.

PRODUCTOS QUÍMICOS UTILIZADOS EN LA PRODUCCIÓN AGROPECUARIA

Dr. Raúl Antonio Díaz Vega¹, Mtra. Ma. Teresa Carus Docal, Maria Teresa Morales Luna², Luis Jorge Gonzales Silva, Edher Navarro Lopez.

Resumen - Hoy en día se ha incrementado el uso de los productos químicos en la industria agropecuaria para aumentar la producción en un menor tiempo, productos como lo son: agentes anabolizantes, modificadores metabólicos, modificadores del sistema inmunitario, antibióticos, probióticos, enzimas, etc. ¿Pero a costa de que se esta haciendo? El exceso de este tipo de compuestos ha llegado a presentar complicaciones para la salud humana, como lo es el caso de la resistencia a los antibióticos, alteraciones hormonales. Pero no solo a repercutido a la salud humana; el equilibrio de las especies animales y vegetales también se ha visto afectado.

Palabras clave – Productos, Químicos, utilizados, producción, agropecuaria.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo podremos apreciar, como la utilización de ciertos químicos para el incremento en la producción agrícola son dañinos para los consumidores de estos productos y para el equilibrio de las especies animales y vegetales involucrados. Quizás la industria se vea beneficiada, pero ¿a cambio de que se ha dado el aumento de la producción?

Desde los años 50's se han utilizado tecnologías que han permitido lograr una mayor producción en menores tiempos, Tecnologías Reproductivas, Nutricionales, Ambientales, y Farmacológicas. Así como la aplicación de sustancias que permitan mejorar la asimilación de los alimentos tales como Antibióticos, Probióticos, Enzimas, Antimicrobianos, Modificadores del sistema inmunitario, Modificadores metabólicos o agentes anabolizantes, etc.

El exceso de este tipo de compuestos ha llegado a presentar complicaciones para la salud humana como es el caso de la resistencia a los antibióticos por parte de bacterias patógenas que infectan al humano, alteraciones hormonales en adolescentes por el abuso de los productos hormonales utilizados en los animales y por último intoxicaciones por residuos de sustancias químicas en los vegetales.

El clenbuterol, zilpaterol y la ractopamina, entre otros, del grupo de las fenetanolaminas, biorreguladores, bioestimulantes, auxinas, etileno, hormonas etc.

En la actualidad el abuso del clenbuterol repercute tanto en el bienestar del animal como en la salud pública. Por otro lado, existe la preocupación de que los hábitos alimentarios del mexicano lo hagan más susceptible a padecer una sobredosis de alguno de los agentes b-AR en uso. Representa un peligro para la salud pública en términos de la estimulación cardiovascular que se deriva de la ingestión de productos cárnicos provenientes de animales tratados con clenbuterol.

Por otro lado tenemos los sistemas de producción los cuales están los intensivos, se refiere a explotar un cultivo o crianza animal al máximo, empleando una serie de manejos, equipo, tecnología, genética e insumos especializados.

¹ Dr. Raúl Antonio Díaz Vega es Catedrático en la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana Campus Veracruz. raudiaz@uv.mx (autor corresponsal)

²Mtra.Ma. Teresa Carus Docal es Catedrática en la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana Campus Veracruz. tcarus@uv.mx

³María Teresa Morales Luna es alumna de la Facultad de Nutrición Campus Veracruz.

⁴Luis Jorge González Silva es alumno de la Facultad de Nutrición Campus Veracruz.

⁵Edher Navarro Lopez es alumno de la Facultad de Nutrición Campus Veracruz.

Podemos citar como ejemplo; una producción de tomate en forma extensiva puede producir 20 ton por hectárea, en cambio en forma intensiva se puede producir 150 o 200 ton por la misma hectárea.

Otro sistema de producción es el de Alto Rendimiento:(*Invernaderos*) La tecnología para la producción de alimentos en invernaderos ha avanzado considerablemente en los últimos 20 años. La producción en invernaderos, frecuentemente denominada *Agricultura en Ambiente Controlado (CEA)*, usualmente se conduce con hidroponía. El cultivo hidropónico posiblemente sea hoy en día el método más intensivo de producción de cultivos en la industria agrícola. En combinación con los invernaderos, ésta es de alta tecnología y de capital intensivo. Aún para la gran mayoría de sus empleados, el cultivo hidropónico sólo requiere de conocimientos agronómicos básicos. Desde que la regulación del ambiente aéreo y radicular es de mayor interés en tales sistemas agrícolas, la producción se lleva a cabo en recintos designados para controlar la temperatura del aire y de raíces, luz, agua, nutrición vegetal y climas adversos.

Los tipos de producción utilizados actualmente son los orgánicos, transgénicos y modificados. Se consideran "orgánicos" aquellos alimentos, en general vegetales y frutas que en ninguna etapa de su producción intervienen fertilizantes, herbicidas o pesticidas químicos, así como tampoco en los suelos donde son cultivados. Para algunos, la palabra "orgánico" significa nutritivo. Para otros significa alimentos más limpios y seguros; incluso, están quienes entienden por "orgánico" aquellos alimentos producidos sin causar polución o dañando lo menos posible el aire, la tierra y el agua. Es muy difícil lograr producir alimentos que estén totalmente libres de pesticidas, debido a que en los suelos éstos permanecen largos periodos de tiempo en cantidades insignificantes o pueden contaminarse de suelos próximos a ellos.

En la mayoría de los países no hay leyes que regulen el uso de los alimentos orgánicos. Esta ausencia de leyes y reglamentaciones tampoco le da al consumidor garantías de que el alimento que se vende como orgánico, realmente lo sea y también está expuesto a que comerciantes inescrupulosos vendan algo que realmente no lo es.

Los efectos de los agroquímicos y otros contaminantes en la salud:

Pérdida de embarazos, malformaciones genéticas, mutaciones, cáncer, leucemia, afecciones respiratorias severas son sólo algunos de los problemas de salud cada vez más recurrentes; se muestra como ejemplo, la figura 1. Las modificaciones en el medio ambiente no demoran mucho tiempo en advertirse en el hábitat, e irremediablemente en nuestros cuerpos. Sin embargo, aún se discute si los casos que ya se contabilizan son debido a que hoy existe una mayor difusión de estos temas, o si en realidad se comienza a visualizar la real dimensión de las modificaciones en nuestro medio ambiente. Los organismos internacionales advierten sobre los peligros directos sobre nuestra salud.

Lo que hasta aquí pueden llegar a ser registros casuales se convierten en pruebas evidentes cuando son analizados en forma sistemática. La utilización de agrotóxicos en la producción regional, lo que a su entender ha aumentado notablemente el registro de casos de algunas enfermedades como son fundamentalmente las dermatitis -



afecciones en la piel- y en las vías respiratorias. De esta manera, mientras la hipertensión y las enfermedades gastrointestinales tenían un leve aumento de casos, en función del incremento poblacional, las enfermedades de las vías respiratorias -tanto superiores como inferiores- se habían duplicado, mientras que las afecciones de piel se habían cuadruplicado. Hubo un incremento de patologías relacionadas al uso de estos **productos como abortos espontáneos, embarazos con complicaciones** y nacimientos de niños con malformaciones.

Figura 1. Persona afectada por Cáncer 1

De acuerdo a la información que brindan entidades internacionales, cada año mueren aproximadamente cuatro millones de niños a causa de infecciones respiratorias agudas, relacionadas con la contaminación atmosférica en locales cerrados y la contaminación atmosférica exterior (especialmente de la industria), lo que demuestra el aumento dramático de enfermedades como el asma, asociado a factores ambientales como la contaminación, los alérgenos de las casas y el hacinamiento.

Pero también el uso de fertilizantes está perturbando los ecosistemas costeros, produciendo peligrosos florecimientos de algas, mejillones de río o la matanza de peces. Si bien hoy ya nadie discute que las condiciones ambientales tienen una vinculación directa con el estado de salud de las personas, aún existen agujeros negros en los trabajos científicos que permitan establecer sin lugar a dudas, la asociación directa entre los factores biológicos y químicos en el ambiente, y distintos tipos de enfermedad. Sin embargo la evidencia la tienen los profesionales médicos que realizan atención primaria y constatan día tras día como los casos se repiten, e inclusive se ve como los efectos aparecen a con el tiempo.

En un informe denominado “Recursos Mundiales 2000” sobre la salud y el medio ambiente en el mundo, se advierte que la degradación ambiental está contribuyendo a aumentar las amenazas evitables a la salud de las personas. El informe fue presentado conjuntamente por el Instituto de Recursos Mundiales (WRI), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y el Banco Mundial, donde se señala que los factores biológicos conducen a enfermedades infecciosas.

Aunque se ha visto que muchas de estas enfermedades son difíciles de erradicar, se sabe suficiente sobre ellas como para identificar las acciones que reducirán drásticamente su incidencia. Los peligros químicos en el medio ambiente pueden causar efectos inmediatos y dañinos sobre la salud y pueden también contribuir a los problemas crónicos o de largo plazo. En contraste con las enfermedades infecciosas, el conocimiento de cómo influyen sobre la salud las exposiciones químicas, especialmente las exposiciones muy bajas típicas del medio ambiente, sigue siendo incompleto”, admiten. Así mismo las actividades humanas al cambiar el medio ambiente, deterioran los ecosistemas naturales haciendo más viable la propagación de ciertos microbios. Así aire, agua y tierra no solo se modifican sino que alteran la balanza de la cadena. Por ello existe una gran asociación con lo que se denomina la re emergencia de enfermedades como la

tuberculosis, la malaria, el dengue, el cólera y otras enfermedades diarreicas, por mencionar algunos ejemplos, asociadas a un acceso inadecuado al agua limpia y el saneamiento, como también a una higiene deficiente.

Otro de los casos son las parasitosis que debilitan a la población afectada y que siempre están en asociación con alimentos contaminados o mal cocinados - que a su vez surgen de suministros de agua inadecuados y una preparación o almacenaje inapropiados de la comida. La malaria, la esquistosomiasis y otras enfermedades contagiosas necesitan

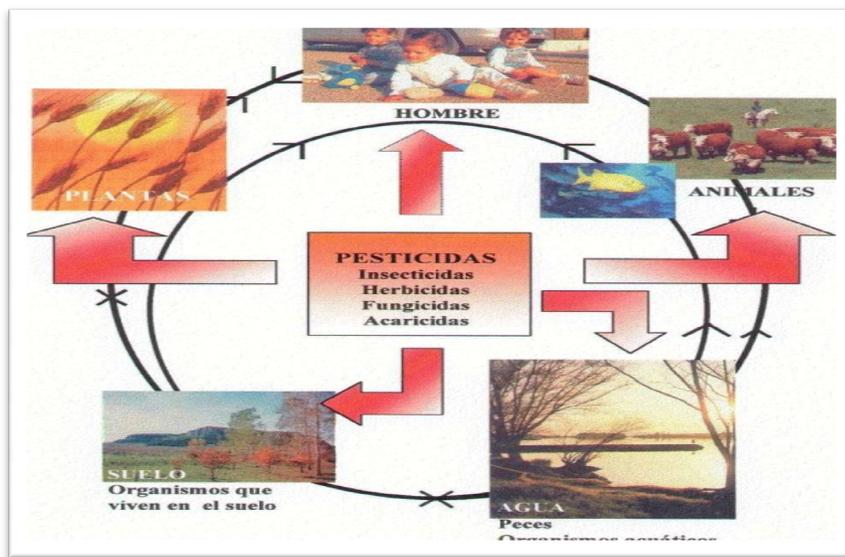


Figura 2. Ciclo vicioso de Contaminación

ciertas condiciones ecológicas para que el portador –mosquito o mosca – sobrevivan también las reacciones en la piel, reacciones alérgicas.

El plomo, el mercurio, el cobre, el arsénico y otros metales pesados usados en la industria son las sustancias más contaminantes, junto con plaguicidas y otros productos químicos usados tanto en la agricultura como en la industria, que pueden ocasionar cáncer y anomalías genéticas en los seres humanos.

Impacto de la exposición a agroquímicos sobre la salud huma

Sabemos que los agroquímicos producen efectos tóxicos agudos y crónicos. Los impactos de largo plazo (crónicos) sobre la salud humana pueden resultar tanto a partir de una única exposición a altas dosis de pesticidas, como también de exposiciones a lo largo de un extenso período de tiempo, aunque los niveles de exposición sean bajos. Pese a que la gente no sepa que estuvo expuesta, los problemas consecuentes pueden emerger muchos años luego de una exposición crónica a bajas dosis de pesticidas. Los pesticidas pueden manifestar todo un círculo vicioso de contaminación, como se muestra en la Figura 2. Los adelantos científicos en la investigación de las consecuencias de intoxicaciones crónicas comienzan a brindar un nivel de información hasta hace poco inconcebible, sobre todo respecto a nuestra capacidad de evidenciar la exposición. Los avances en el equipamiento analítico de laboratorio y en los procedimientos de investigación han facilitado la detección de concentraciones muy bajas de pesticidas y sus metabolitos en casi todo tipo de tejido humano. De detectar rutinariamente partes por millón (miligramos por kilogramo) y más recientemente hasta tan poco como partes por trillón (pico gramos por kilogramo), ahora algunos laboratorios pueden medir concentraciones de hasta partes por quintillón (femtogramos por kilogramo). El desarrollo de métodos no invasivos de obtención de muestras, tales como la detección de pesticidas y sus metabolitos en orina, posibilitó el monitoreo de exposición pesticida en infantes y niños. Hoy podemos afirmar con suma certeza que todo niño en el planeta está expuesto a pesticidas desde la concepción, a lo largo de su gestación y hasta la lactancia sin importar cuál fue su lugar de nacimiento.

COMENTARIOS FINALES

En este trabajo se ha observado como algunos de los productos químicos utilizados en la producción agropecuaria pueden repercutir en la salud de los individuos, así como en el medio ambiente, fauna y vegetación, siendo a largo plazo una cuestión delicada; y que sería importante tomar en consideración por parte del sector agropecuario y de todos, para prevenir, disminuir y si fuera posible buscar alguna forma de erradicar los efectos secundarios de estos productos ya sea buscando alternativas o modificándolos de alguna manera, para evitar su toxicidad.

REFERENCIAS

- 1- Zahm SH, Ward MH, Blair A. Pesticides and cancer. *Occup Med* 12:269–289 (1997).
- 2- Sever LE, Arbuckle TE, Sweeney A. Reproductive and developmental effects of occupational pesticide exposure: the epidemiologic evidence. *Occup Med* 12:305–325 (1997).
- 3- Keifer M, Mahurin RK. Chronic neurologic effects of pesticide overexposure. *Occup Med* 12:291–304 (1997).
- 4- Aschengrau A, Ozonoff D, Coogan P, Vezina R, Heeren T, Zhang Y. Cancer risk and residential proximity to cranberry cultivation in Massachusetts. *Am J Public Health* 86:1289–1296 (1996).
- 5- Waterhouse D, Carman WJ, Schottenfeld D, Gridley G, McLean S. Cancer incidence in the rural community of Tecumseh, Michigan. *Cancer* 77:763–770 (1996).
- 6- Gordon JE, Shy CM. Agricultural chemical use and congenital cleft lip and/or palate. *Arch Environ Health* 36:213–220 (1981).
- 7- Schwartz DA, Lo Gerfo JP. Congenital limb reduction defects in the agricultural setting. *Am J Public Health* 78:654–659 (1988).
- 8- Blair A, Zahm SH. Agricultural exposures and cancer. *Environ Health Perspect* 103 (suppl 8) 205–208 (1995).
- 9- Evangelista de Duffard AM, Bortolozzi A, Duffard RO. Altered behavioral responses in 2,4-dichlorophenoxyacetic acid treated and amphetamine challenged rats. *Neurotoxicology*. 1995;16:479–488.
- 10- Angelista de Duffard AM, de Alderete MN, Duffard R. Changes in brain serotonin and 5-hydroxyindolacetic acid levels induced by 2,4-dichlorophenoxyacetic butyl ester. *Toxicology*. 1990;64:265–270.
- 11- Rosso SB, Garcia GB, Madariaga MJ, Evangelista de Duffard AM, Duffard RO. 2,4-Dichlorophenoxyacetic acid in developing rats alters behaviour, myelination and regions brain gangliosides pattern. *Neurotoxicology*. 2000;21:155–163.
- 12- Bortolozzi AA, Duffard RO, Evangelista de Duffard AM. Behavioral alterations induced in rats by a pre- and post-natal exposure to 2,4-dichlorophenoxyacetic acid. *Neurotoxicol Teratol*. 1999;21(4):451–465. [PubMed]
- 13- Bortolozzi A, Evangelista de Duffard AM, Dajas F, Duffard R, Silveira R. Intracerebral administration of 2,4-dichlorophenoxyacetic acid induces behavioral and neurochemical alterations in the rat brain. *Neurotoxicology*. 2001;22:221–232.
- 14- Bortolozzi AA, Duffard RO, Evangelista de Duffard AM. Behavioral alterations induced in rats by a pre- and post-natal exposure to 2,4-dichlorophenoxyacetic acid. *Neurotoxicol Teratol*. 1999;21(4):451–465.
- 15- Evangelista de Duffard AM, Bortolozzi A, Duffard RO. Altered behavioral responses in 2,4-dichlorophenoxyacetic acid treated and amphetamine challenged rats. *Neurotoxicology*. 1995;16:479–488.
- 16- Sturtz N, Evangelista de Duffard AM, Duffard R. Detection of 2,4-dichlorophenoxyacetic acid (2,4-D) residues in neonates breast-fed by 2,4-D exposed dams. *Neurotoxicology*. 2000;21:147–154.
- 17- Barbosa, 2001.

- 18- Atrazina.
- 19- Síntesis de las conclusiones de la Conferencia sobre Disruptores Hormonales de Wingspread, 1996.
- 20- Disrupción endocrina: perspectivas ambientales y salud pública
- 21- Short P, Colborn T. Pesticide use in the U.S. and policy implications: a focus on herbicides. *Toxicol Ind Health*. 1999;15:240–275).
- 22- Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Knight GJ, Gagnon J, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med*. 1999;341:549–555.
- 23- Arbuckle T, Lin Z and Mery L An exploratory analysis of the effect of pesticide exposure on the risk of spontaneous abortion in an Ontario farm population. *Envir. Health Perspectives* 2001, 109, 851-60.
- 24- Garry V, Harkins M, Erickson L, Long S, Holland S y Burroughs B. Birth defects, seasons of conception and sex of children born to pesticide applicators living in the red river valley of Minnesota, USA. *Envir. Health Perspectives (Supl. 3)* 2002, 110, 441-9.
- 25- Marc J, Le Breton M, Cormier P, Morales J, Belle R and Mulner-Lorillo O. A glyphosate-based pesticide impinges on transcription. *Toxicology and Applied Pharmacology* 2005, 203, 1-8).
- 26- Benedetti AL, de Lourdes Vituri C, Trentin AG, Domingues MAC and Alvarez-Silva M. The effects of sub-chronic exposure of Wistar rats to the herbicide Glyphosate-Biocarb. *Toxicology Letters* 2004, 153, 227–32.
- 27- De Roos AH, Zahm SH, Cantor KP, et al. Integrative assessment of multiple pesticides as risk factors for non-Hodgkin's lymphoma among men. *Occup Environ Med* 2003, 60, E11 <http://oem.bmjournals.com/cgi/content/full/60/9/e1128>- Hardell L, Eriksson M, Nordstrom M. Exposure to pesticides as risk factor for non-Hodgkin's lymphoma and hairy cell leukemia: pooled analysis of two Swedish case-control studies. *Leuk Lymphoma* 2002, 43,1043–1049.
- 29- McDuffie HH, Pahwa P, McLaughlin JR, Spinelli JJ, Fincham S, Dosman JA, et al. 2001. Non-Hodgkin's lymphoma and specific pesticide exposures in men: cross-Canada study of pesticides and health. 2001, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001,10,1155–63.).
- 30- De Roos AJ, Blair A, Rusiecki JA, Hoppin JA, Svec M, Dosemeci M, Sandler DP and Alavanja MC. Cancer incidence among glyphosate-exposed pesticide applicators in the agricultural health study. *Environ Health Perspect* 2005, 113, 49-54.
- 31- Garry V, Harkins M, Erickson L, Long S, Holland S y Burroughs B. Birth defects, seasons of conception and sex of children born to pesticide applicators living in the red river valley of Minnesota, USA. *Envir. Health Perspectives (Supl. 3)* 2002, 110, 441-9.
- 32- Richard S, Moslemi S, Sipahutar H, Benachour N. and Seralini GE. Differential effects of glyphosate and roundup on human placental cells and aromatase. *Environ Health Perspect*. 2005 Jun;113(6):716-20.
- 33- A. Donna, P-G. Betta, F. Robutti, et al., Ovarian mesothelial tumors and herbicides: A case-control study, *Carcinogenesis*, 1984, 5: 941–42. 34- 2003
- 35- P. Lampi, T. Hakulinen, T. Luostarinen, et al., Cancer incidence following chlorophenol exposure in a community in southern Finland, *Arch Env Health*, 1992, 47(3):
- 36- A. Paldy, N. Puskas, and I. Farkas, Pesticide use related to cancer incidence as studied in a rural district of Hungary, *Sci Total Env*, 1988, 73(3): 229–44.
- 37- J.E. Gordon and C.M. Shy, Agricultural chemical use and congenital cleft lip and/or palate, *Arch Env Health*, 1981, 36: 213–21
- 38-39- D.A. Schwartz and J.P. LoGerfo, Congenital limb reduction defects in the agricultural setting, *Am J Pub Health*, 1988, 78: 654–57.

Afrontamiento al estrés en enfermeras del Hospital Español de Beneficencia de la Cd. de Veracruz, Veracruz, México

Claudia Beatriz Enríquez Hernández M.C.E.¹, M.E. Flor del Carmen Daberkow Hernández², M.C.E. Irma Patricia Mota Flores³, M.I.E. María Elena Ruiz Montalvo⁴

Resumen— El estrés conduce al individuo a realizar intentos para enfrentar la situación estresora, denominados estrategias de afrontamiento. **Objetivo** determinar las estrategias de afrontamiento al estrés laboral en enfermer@s de una institución de segundo nivel. **Variable** estrategias de afrontamiento al estrés. **Estudio** cuanti-cualitativo y observacional. **Población** 19 enfermer@s diagnosticadas previamente con estrés laboral. **Análisis de datos** paquete estadístico S.P.S.S. 15.0. **Área de estudio** hospital segundo nivel. **Instrumento** escala "Afrontamiento al estrés". **Rango de edad** de 26-30 años, 47%; **laboran en áreas de hospitalización** el 32%. **Los 19 casos estudiados presentaron estrategias diferentes para afrontar el estrés, en el 62% se encontró que tenían pocas estrategias de afrontamiento al estrés laboral en el trabajo.**

Palabras claves— *Personal de enfermería, afrontamiento al estrés laboral*

I. INTRODUCCION

Desde la década de los 80 se ha considerado al estrés como la relación existente entre el sujeto y el entorno, el cual es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos poniendo en peligro su bienestar. El estrés conduce al individuo a realizar intentos para hacer frente a la situación que causa estrés o al estrés mismo. Estos intentos de solución son denominados estrategias de afrontamiento, que permiten al individuo enfrentarse a su medio (Kahn & Byosiére, 1992).

Autores, como Fleishman (1984, citado en Mikulic I.M., 1998) definen afrontamiento como las "respuestas cognitivas o comportamentales para reducir o eliminar el distrés psicológico o las condiciones estresantes". Otros autores como Lazarus y Folkman (1986, citado en Krzemien, Monchiatti y Urquijo, 2005) definen el término estrategias de afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, es decir, el afrontamiento está en función de lo que un individuo piensa o hace (Lazarus & Lazarus, 2000).



Figura 1. Personal de enfermería, en el área operativa.

¹ Claudia Beatriz Enríquez Hernández M.C.E. Académico de carrera de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz. Veracruz, Ver. México. angel_azul5@hotmail.com (**Autor correspondiente**)

² M.E. Flor del Carmen Daberkow Hernández. Académico de carrera de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz. Veracruz, Ver. México. florda@hotmail.com

³ M.C.E. Irma Patricia Mota Flores. Académico de carrera de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz. Veracruz, Ver. México. patmf@hotmail.com

⁴ M.I.E. María Elena Ruíz Montalvo. Académico de carrera de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz. Veracruz, Ver. México. Directora de la Facultad. marix4@hotmail.com

La Fundación Europea para el Desarrollo de las Condiciones de Trabajo afirma que entre los profesionales, 44% de las enfermeras reconocen vivir estresadas. Por otro lado en Norte América, el costo del estrés y las enfermedades relacionadas con éste, implica erogaciones económicas para los individuos y compañías de aproximadamente \$200 billones de dólares para su atención anual, además de las pérdidas organizacionales y el deterioro de la calidad de vida de los empleados (Antai-Otong, 2001). Actualmente los pilares del estudio de la salud mental se centran en el afrontamiento al estrés y el apoyo social que demuestran tener una relación directa, con el proceso de salud - enfermedad en las personas y el bienestar en la comunidad. Es por ello que los procesos de afrontamiento ocupan un aspecto central en las teorías vigentes sobre la adaptación y el estrés que enfrentan las personas hoy en día.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue cuanti-cualitativo y observacional. La población de estudio es de 19 enfermer@s de un hospital privado de segundo nivel diagnosticadas previamente con estrés laboral, de la Ciudad de Veracruz, Veracruz, México. En los criterios de inclusión se considero a todo el personal de Enfermería de los tres turnos y todas las categorías contractuales, se excluyo a quienes no aceptaron participar en el estudio y a los que no estaban laborando al momento de la recolección de datos. Se aplico una guía de observación, así como una escala de "Afrontamiento al estrés" que obtuvo un Alpha de Cronbach de .95, es una prueba para mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva, con una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está conformado por 90 preguntas divididas en 7 subescalas, estas son: 1) Búsqueda de apoyo social (BAS), 2) Expresión emocional abierta (EEA), 3) Religión (RLG), 4) Focalizar en la solución del problema (FSP), 5) Evitación (EVT), 6) Auto focalización negativa (AFN) y 7) Reevaluación positiva (REP). Las opciones de respuesta son cuatro, van de 0= nunca, hasta 3=siempre. La tabulación y el análisis de datos se realizaron con el paquete estadístico S.P.S.S. versión 15.0. Se obtuvo estadística descriptiva. Se consideraron los aspectos éticos conforme a lo establecido en la Ley General de Salud en el apartado de investigación en seres humanos, a cada les uno de los participantes se les solicito su consentimiento informado verbal y por escrito, resguardando la confidencialidad.

III. RESULTADOS

En la población total estudiada (19 enfermer@s) se encontró que el 47% se encuentra en un rango de edad de 26-30 años, predominando el género femenino con un 95%, respecto al estado civil la soltería fue la que predominó con un 58%. En lo que se refiere a la categoría el 63% son enfermeras generales y el 74% tiene una antigüedad de uno a cinco años, en lo que respecta al área de trabajo, el 32% labora en hospitalización, y en lo referente al turno, el 37% labora en el turno vespertino y como dato importante a resaltar es que un 58% tiene otro trabajo mayormente en el sector privado.

Estrategias	Personas que siempre aplican la estrategia
Focalizar una solución	19
Reevaluación positiva	18
Apoyo social	16
Expresión emocional	16
Autofocalización negativa	15
Evitación	13
Religión	12

Cuadro I. Estrategias de afrontamiento al estrés que refiere el personal de enfermería investigado.

Fuente: directa

En relación a las estrategias de afrontamiento al estrés entre los sujetos que conformaron la muestra (Cuadro 1), se identificó que la estrategia que mayormente utilizan es focalizar una solución al problema, la cual refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores ésta es utilizada por las 19 personas; la reevaluación positiva, en la que el individuo se centra en los aspectos positivos de la situación (Gunzerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001) la utilizan 18 personas; mientras que el apoyo social es referido por 16 posiblemente porque esta estrategia le ofrece al individuo la percepción de ayuda y afecto de sus pares; igualmente 16 personas refieren aplicar la expresión emocional, con la cual el individuo pretende evitar los problemas a través de la expresión de emociones y sentimientos en un intento de equilibrar la situación estresora. Seguidamente 15 personas refirieron implementar la autofocalización negativa, que se acompaña de una fuerte tendencia a catastrofizar, esta estrategia se ha relacionado con síntomas depresivos, menor percepción de apoyo social, ansiedad, percepción de malestar psicológico y detrimento en la calidad de vida percibida (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Griswold, Evans, Spielman & Fishman, 2005). Sólo 13 de los sujetos ocupan el afrontamiento por evitación, el cual tiende a estar centrado en una emoción y refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor o para manejar el afecto asociado al mismo; cabe destacar que la religión como un sistema de creencias, ocupa el último lugar en la selección de estrategias de afrontamiento en 12 de los individuos.

IV. CONCLUSIONES

De las 19 personas encuestadas que laboran en el hospital el 95% son mujeres y el 5% hombres con un rango de edad de 26 a 30 años, predominando el estado civil de soltero/a 58%, con una antigüedad de 1-5 años (74%). El 32% del personal labora en hospitalización y el 58% trabaja en otra institución, predominantemente en el sector privado.

Al analizar los resultados de manera general, se determinó que de los 19 casos estudiados cada uno presentó un puntaje diferente en las estrategias de afrontar al estrés, que va de un mínimo de 50 a un máximo de 187 puntos, es importante mencionar que el hecho de presentar puntajes bajos en estas estrategias no significa que no tengan estrategias de afrontamiento o no las estén aplicando, lo que tienen son menos formas de afrontarlo.

Labrador y Crespo (1993), en una investigación sobre estrés, refiere que diferentes personas reaccionan de distinta forma ante un mismo hecho y lo perciben de diferente manera. Ello depende de la valoración que el sujeto realiza del suceso y no de las características del acontecimiento (Sandín, 1989). La valoración que realiza el sujeto de la situación como amenazante o como fácil de controlar depende de la relación que el sujeto establece entre la demanda de la situación y su percepción de las propias estrategias de afrontamiento (Perea-Baena, 2008).

El no contar con suficientes estrategias de afrontamiento al estrés afecta no sólo a la salud del personal de enfermería, también influye en la relación enfermera-paciente, así como en la calidad y calidez de la atención proporcionada.

V. RECOMENDACIONES

- Implementar programas permanentes de crecimiento personal en las áreas de trabajo (entrenamiento en estrategias de afrontamiento) que apoyen a la persona para resistir los problemas cotidianos de una forma más efectiva, aumentando su bienestar físico y psicológico, lo cual contribuirá en la calidad de la atención que otorgue al usuario.
- Socializar los resultados de investigaciones realizadas, para dar a conocer las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés e implementar acciones.
- Realizar actividades de esparcimiento entre el personal y mejorar la organización del hospital para incrementar la calidad en los servicios y la atención prestada a los pacientes.
- Continuar con investigaciones por parte de estudiantes y trabajadores de otras profesiones interesados y con motivación para seguir conociendo las formas de afrontamiento al estrés.
- Conformar grupos de apoyo donde el personal de enfermería exprese la problemática tanto personal como laboral que le genere estrés para encontrar una forma de afrontarlo.

VI. REFERENCIAS

Antai-Otong, D. (2001). Creative stress-management techniques for self-renewal. *Dermatol Nurs*, 13; 31. 35.

Arraras, J.I., Wright, S.J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J.I. (2002). *Coping Style, Locus of Control, Psychological Distress And Pain-Related Behaviours in Cancer and Other Diseases. Psychology, Health & Medicine*, 7 (2), 181-187.

Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.

Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.

Kahn, R. L., & Byosiere, M. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial & Organizational Psychology* (2nd ed., Vol. 3, pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Krzemien, D.; Urquijo, A.; Monchietti A. (2005). *Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción.*

Labrador FJ, Crespo M. (1993). *Estrés y Trastornos psicofisiológicos.* Editorial Eudema. Madrid, España.

Lazarus RS, Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Editorial Martínez Roca. Barcelona, España.

Lazarus, R.S. y Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones.* Barcelona: Paidós.

Mikulic, M. I. (2006). *Calidad de vida: Aportes del Inventario de de Calidad de Vida Percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Perea-Baena, J.M. & Sanchez-Gil, L.M.. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enferm* [online]. 2008, vol.17, n.3 [citado 2009-09-25], pp. 164-168 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

Sandín B. (1989). Estrés, afrontamientos y alteraciones psicofisiológicas. En: Sandín, B. y Bermúdez, J. (eds). *Procesos emocionales y salud*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.