



Vol.4 Núm. 1  
Enero-Junio 2020



## Artículos de investigación

Problemas geriátricos y riesgo de deterioro funcional en adultos mayores de una zona del norte de México.

Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios de medicina y enfermería.

Significados de los tutores relativos a la tutoría en el Programa Único de Especialización en Enfermería de la UNAM.

Componentes de cultura de paz: diferencias por sexo en matrimonios longevos.

Influencia de parteras tradicionales capacitadas en la salud materna en una región maya



# Revista Salud y Bienestar Social

Facultad de Enfermería-UADY

## Volumen 4, Número 1

Enero-Junio de 2020

### Comité Editorial

Ligia María Rosado Alcocer  
Lucy Minelva Oxté Oxté  
Glendy del Pilar Pérez Góngora  
Janet Carolina Negrón Espadas  
Universidad Autónoma de Yucatán, México

### Consejo editorial

Dra. Lorena Chaparro Díaz  
Universidad Nacional de Colombia

Dra. Patricia I. del S. Gómez Aguilar  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier  
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Martín Castro Guzmán  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Irasema Romero Baquedano  
Hospital Regional de Alta Especialidad  
de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina Escobedo  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Gloria de los Ángeles Uicab Pool  
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Saul May Uitz  
Universidad Autónoma de Yucatán

## CONTENIDO

<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	<b>Página</b>
<b>Problemas geriátricos y nivel de riesgo de deterioro funcional en adultos mayores de una zona del norte de México</b> Karina Isabel Casco Gallardo, Isaí Arturo Medina Fernández, Daniel Sifuentes Leura Norma Alicia Velázquez Morales <i>Universidad Autónoma de Coahuila</i>	<b>1</b>
<b>Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios de medicina y enfermería</b> Paulina Beverido-Sustaeta Yazmín Zacarías-Lozada, Yuliana Carmona Avendaño, Betzaida Salas García <i>Universidad Veracruzana</i>	<b>12</b>
<b>Significados de los tutores relativos a la tutoría en el Programa Único de Especialización en Enfermería de la UNAM</b> Graciela González Juárez <i>Universidad Autónoma de México</i>	<b>24</b>
<b>Componentes de cultura de paz: diferencias por sexo en matrimonios longevos</b> Cecilia Sarahi dela Rosa Vázquez, Rosa Isabel Garza Sánchez, Claudia Yudith Reyna Tejada <i>Universidad Autónoma de Coahuila</i>	<b>38</b>
<b>Influencia de parteras tradicionales capacitadas en la salud materna en una región maya</b> Maricela Balam-Gómez, Roberth Amilcar Pool Góngora, Jorge Alonso Cutis-Cano <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	<b>54</b>

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Problemas geriátricos y nivel de riesgo de deterioro funcional en adultos mayores de una zona del norte de México

## Geriatric problems and level of risk of functional impairment in older adults in an area of northern Mexico

Karina Isabel Casco Gallardo<sup>1</sup>, Isaí Arturo Medina Fernández<sup>2</sup>, Daniel Sifuentes Leura<sup>1</sup>, Norma Alicia Velázquez Morales<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación del número de problemas geriátricos con el deterioro funcional en adultos mayores. **Material y métodos:** Diseño transversal, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por adultos mayores que han sido institucionalizados en el último año, el tipo de muestreo usado fue no probabilístico a conveniencia; se aplicó una cédula de datos demográficos, instrumento SPPICEES para determinar los problemas geriátricos e ISAR-HP para el riesgo de deterioro funcional. Se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov-Smirnov, ji cuadrada, H Kruskal Wallis y prueba de r de Spearman con el programa SPSS v 22. **Resultados:** la muestra estuvo constituido por 42 adultos mayores, el número de problemas obtuvo una  $x=4.05$  y  $DE=1.86$ , siendo el más prevalente la falta de apoyo social (66.7%), el nivel de riesgo de deterioro funcional fue alto en el 38.1%, se identificó relación del número de problemas con deterioro funcional ( $r = 0.385$ ,  $p=0.012$ ). **Conclusión:** Es necesario realizar planes de alta por enfermería a adultos mayores al egreso para prevenir los problemas geriátricos y deterioro funcional en este grupo vulnerable.

**Palabras clave:** anciano, salud del anciano, deterioro clínico, salud del anciano institucionalizado ( DeCS )

### ABSTRACT

**Objective:** To relate the number of geriatric problems with the risk of functional deterioration in elderlies. **Materials and methods:** A descriptive correlational design was chosen. The sample was constituted by older adults who have been hospitalized in the last year. The sampling was no probabilistic by convenience; a demographic card data was applied with the SPPICEES survey to determine the number of geriatrics problems, and ISAR-HP for the risk of functional deterioration. The results were analyzed by descriptive statistic, Kolmogorov-Smirnov, Chi square, H Kruskal Wallis, Spearman test and simple linear regression with the SPSS program V.22. **Results:** The sample was constituted by 42 older adults, the number of the geriatric problems obtained a  $x=4.05$  and  $SD=1.86$ , being the most prevalent the lack of social support (66.7%), the risk level of functional deterioration was high in 38.1%, the relation of the number of geriatric problems with functional deterioration was identified ( $r=0.385$ ,  $p = 0.012$ ). **Conclusions:** It is necessary to make nursing discharge plans to older adults to prevent geriatric problems and functional deterioration in this vulnerable group.

Key words: Aged, Health of the Elderly, Clinical Deterioration, Health of Institutionalized Elderly

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo". Departamento de posgrado e investigación. Coahuila, México.

Recibido: 11 de abril de 2019.

Aceptado: 3 de julio de 2019.

Correspondencia para el autor: Karina Isabel Casco Gallardo. Calz Francisco I. Madero 1237, Zona Centro. C.P. 25000, Saltillo, Coahuila, México. [karinna.casco@gmail.com](mailto:karinna.casco@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno multidimensional que involucra todos los aspectos de la vida humana donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social 1. Dicho fenómeno impacta en las condiciones de vida, así como en la salud de los adultos mayores, los cuales son calificados a nivel mundial como uno de los principales retos a los que los países se están enfrentando debido al rápido crecimiento de este grupo poblacional 2.

Según los datos publicados en 2015 por la Organización Mundial de la Salud, en el mundo existen 125 millones de personas con 80 años o más, y a nivel nacional se estima en México la existencia de 10,055,379 de Adultos Mayores (AM), siendo 233,944 habitantes del estado de Coahuila de Zaragoza, de los cuales 18,248 pertenecen al municipio de Saltillo 3-5.

No obstante, la transformación epidemiológica del envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida, refleja claramente la carga de enfermedades crónico degenerativas, la multimorbilidad compleja, la presencia de deterioro multisistémico y el conjunto de problemas geriátricos que conducen a discapacidad y dependencia 6. Derivado de estos cambios se encuentran los problemas geriátricos, siendo aquellas condiciones negativas de la salud comunes de la población adulta mayor, que pueden ser manifestación de una o diversas patologías, las cuales frecuentemente se entrelazan, aumentando el riesgo de mortalidad 7.

Por lo tanto, es entendible la gran preocupación existente en una sociedad que envejece rápidamente, considerando que los problemas geriátricos originan cambios físicos de forma variada, sea lenta o rápida, reduciendo las funciones sensoriales, reflejos de fuerza, tono muscular, funcionamiento mental y capacidad funcional del adulto mayor 8. A su vez, la identificación de los problemas geriátricos son herramientas útiles para traducir el estado del adulto mayor, sin tener que especificar las enfermedades que padece, agrupándola en el conjunto de signos y síntomas, y que aumentan la morbilidad en este grupo etario 9.

Lamentablemente, el envejecimiento se acompaña de cambios que pueden afectar negativamente la vida de los adultos mayores 10. Una situación común del AM es el deterioro funcional, el cual se define como la limitación del conjunto de actividades que un individuo realiza en su vida cotidiana y que necesita efectuar por sí mismo ya sea en su actividad laboral o recreativa 11.

Es por ello que la capacidad funcional es el mejor indicador para determinar el estado de un adulto mayor y el cual es parte de la interacción biológica, psicológica y social; constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento y cuyo impacto puede estar influido por los problemas geriátricos 12.

No obstante, las implicaciones de los problemas geriátricos pueden impactar de manera negativa en la funcionalidad del adulto mayor, el cual se puede potencializar

durante la hospitalización y/o egreso del paciente por el proceso de la enfermedad o ciertos factores físicos, psicológicos y sociales.

En vista de la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, el estudio de la capacidad funcional y los problemas geriátricos son un reto profesional, que necesita ser asumido por la disciplina de enfermería, ello implica ir más allá del enfoque clínico hacia acciones interdisciplinarias, con el fin de preservar la autonomía y la independencia de las personas mayores y por lo tanto mejorar la calidad de vida 8.

El profesional de enfermería ha sido identificado como uno de los trabajadores de la salud con intervenciones más eficaces y efectivas para implementar acciones de atención primaria en todos los niveles de atención del sistema de salud, para abordar los elementos que propone la OMS; ello implica disminuir las complicaciones y el riesgo de dependencia funcional 6.

Referido lo anterior, se plantea el objetivo de determinar la relación del número de problemas geriátricos con el deterioro funcional en adultos mayores

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el estudio con un diseño descriptivo, correlacional, transversal; la muestra fue constituida por adultos mayores que estuvieron hospitalizados y que egresaron en el último año de algún hospital público de Saltillo, Coahuila. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, cuyos criterios de inclusión fueron ser mayor de 59 años de edad, sin deterioro cognitivo y haber estado hospitalizado en el último año.

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos para caracterizar la población, así mismo, se aplicó el instrumento SPPICEES, el cual determina problemas geriátricos al ingreso y posterior al egreso de los pacientes hospitalizados, ha sido validado en población mexicana; para este estudio se consideró que, a mayor número de puntos, mayor número de problemas geriátricos 13.

Seguido se aplicó el instrumento ISAR-HP que mide el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización, a los tres y a los 12 meses después del egreso hospitalario; tiene un valor predictivo positivo de 43% y un valor predictivo negativo de 85%. La puntuación oscila entre los 0 y 5 puntos, obteniendo un riesgo bajo cuando la puntuación es de 0-1, riesgo intermedio cuando la puntuación es de 2-3 y riesgo alto cuando la puntuación es de 4-5 14.

Posterior a la aplicación del instrumento se realizó el análisis estadístico con el programa Statistic Package for the Social Science (SPSS) de Windows versión 22, del cual se realizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media y desviación estándar), así como estadística inferencial mediante la aplicación de la prueba de normalidad Kolmogorov-

Smirnov, indicando una distribución no normal, exceptuando la edad.

Se identificó la correlación de número de problemas geriátricos con la puntuación de riesgo de deterioro funcional mediante la prueba de Spearman, a su vez se determinó la asociación de cada problema con el nivel de riesgo de deterioro función con ji cuadrada. Así mismo se comprobó la diferencia de número de problemas con el nivel de riesgo con la prueba H Kruskal Wallis.

El aspecto ético fue con base al Código de Núremberg que rige la experimentación con seres humanos bajo los argumentos de la defensa de la vida, el beneficio, libre daño, así como el consentimiento informado. De igual manera se apegó la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y a la ley general de salud de México 15.

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 42 adultos mayores, de los cuales el 57.1% (n=24) fueron mujeres y el 42.9% (n=18) hombres, cuya edad se encontró entre los 60 y 95 años con  $x=72.90$  años y una  $DE=9.88$  años. En relación con el estado civil, el 38.1%(n=16) es casado, el 9.5% viudo, 35.7% (n=15) divorciado y el 16.7% (n=7) soltero; así mismo la escolaridad en años se encontró entre los 0 y 16 años de estudio con una

$x=4.10$  años y una  $DE=4.13$  años; sin embargo, el nivel económico prevaleciente fue bajo con un 81% (n=34) y medio con el 19% (n=8).

Por otra parte, al determinar el número de problemas geriátricos, se obtuvo una  $x=4.05$  problemas ( $DE=1.86$ ), siendo el más prevaleciente la falta de apoyo social y el menos prevaleciente la confusión (ver tabla 1).

**Tabla 1**  
**Problemas geriátricos de los adultos mayores**

<b>Problemas geriátricos</b>	<b>%</b>	<b>fr</b>
<i>Integridad de la piel</i>	35.7	15
<i>Problemas con la nutrición</i>	59.5	25
<i>Dolor</i>	59.5	25
<i>Inmovilidad</i>	59.5	25
<i>Confusión</i>	28.6	12
<i>Eliminación</i>	47.6	20
<i>Apoyo social</i>	66.7	28
<i>Trastorno del sueño</i>	47.6	20

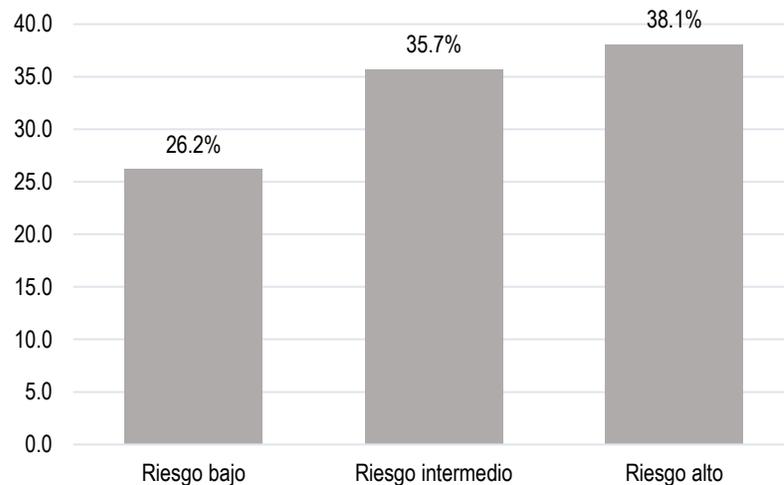
Fuente. SPICCES

n=42

Con respecto al riesgo de deterioro funcional, el 78.6% (n=33) de los participantes aseveró que no siguió estudiando después de los 14 años, al cuestionarles si necesita ayuda en sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 38.1% (n=16) refirió que

si, en cuanto a las personas que requieren algún auxiliar de la deambulacion el 54.8% (n=23) señalo que si lo usan y de manera similar, el 57.1% (n=24) respondió que si necesita ayuda para salir de viaje; el nivel de riesgo se puede observar en la gráfica 1.

**Gráfica 1**  
**Nivel de riesgo de deterioro funcional en adultos mayores**



Fuente: ISAR-HP

n=42

Al indagar la presencia del nivel de riesgo de deterioro funcional con respecto a los problemas geriátricos, se identificó que presentaron un riesgo alto los adultos

mayores con dolor, problemas de la nutrición, inmovilidad, eliminación, falta de apoyo social y trastorno del sueño (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Nivel de riesgo de deterioro funcional según el problema geriátrico**

Problemas geriátricos	Riesgo bajo		Riesgo intermedio		Riesgo alto		x <sup>2</sup>	p
	fr	%	fr	%	fr	%		
<i>Integridad de la piel</i>							2.93	.231
Si								
No	2	18.2	5	33.3	8	50		
	9	81.8	10	66.7	8	50		
<i>Problemas con la nutrición</i>							2.73	.255
Si								
No	5	45.5	8	53.3	12	75		
	6	54.5	7	46.7	4	25		
<i>Dolor</i>							5.82	.054
Si	4	36.4	8	53.3	13	81.3		
No	7	63.6	7	46.7	3	18.8		
<i>Inmovilidad</i>							.917	.632
Si	6	54.5	8	53.3	11	68.8		
No	5	45.5	7	46.7	5	31.3		
<i>Confusión</i>							6.18	.045
Si	1	9.1	3	20	8	50		
no	10	90.9	12	80	8	50		
<i>Eliminación</i>							4.24	.119
Si	7	63.6	4	26.7	9	56.3		
no	4	36.4	11	73.3	7	43.8		
<i>Falta de apoyo social</i>							.513	.774
Si								
no	8	72.7	9	60	11	68.8		
	3	27.3	6	40	5	31.3		
<i>Trastorno del sueño</i>							2.66	.263
Si								
no	5	45.5	5	33.3	10	62.5		
	6	54.5	10	66.7	6	37.5		

Fuente: SPICCES, ISAR-HP

n=42

Al determinar la asociación de cada uno de los problemas geriátricos con el nivel de riesgo de deterioro funcional, se encontró que existe asociación significativa únicamente con la confusión ( $x^2=7.11$ ,  $p=.029$ ). Por otra parte, se halló

que existe una diferencia significativa del número de problemas geriátricos con el nivel de riesgo de deterioro funcional ( $H=8.17$ ,  $p=.017$ ).

Así mismo la correlación de las variables indicaron que a mayor edad, mayor

puntuación de riesgo de deterioro funcional; así como a mayor número de problemas geriátricos, mayor puntuación

de riesgo de deterioro funcional (ver tabla 3).

**Tabla 3**  
**Relación de variable sociodemográfica, número de problemas geriátricos y puntuación de riesgo deterioro funcional.**

<i>Variables</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1. edad</b>	1		
<b>2. número de problemas geriátricos</b>	.245 <i>p</i> =.118	1	
<b>3. puntuación del riesgo de deterioro funcional</b>	.498** <i>p</i> =.001	.385* <i>p</i> =.012	1

Fuente: Datos sociodemográficos, SPICCES, ISAR-HP. *n*=42

Nota: 1= edad, 2= número de problemas geriátricos, 3= puntuación del riesgo de deterioro funcional

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación del número de problemas geriátricos con el deterioro funcional en adultos mayores. La muestra de este estudio estuvo conformada en su mayoría por mujeres con un 57.1%, similar a lo reportado por Zenón et al con el 56.4% y el 58.5% del artículo realizado por D´hyver De Las Deses, dando a entender así que el envejecimiento tiene rostro femenino 16,17. En cuanto a la prevalencia de problemas geriátricos encontrados en la población del estudio se hayó que el más frecuente la falta de apoyo social con el 66.7% mientras que el menos frecuente fue el de confusión con el 28.6%, donde se muestra una diferencia con la literatura reportada, ya que en el estudio de Martínez et. Al, el más frecuente fue el de padecimientos de los pies, con prevalencia de 93%, entre uno de los menos frecuentes fueron: el delirium y en las investigaciones de

Zenón y de D´hyver De Las Deses el problema geriátrico más frecuente fue el de polifarmacia con prevalencia del 68.2% respectivamente, siendo el menos frecuente el abuso/maltrato con 0.6% 16-18.

El resultado antes indicado respalda lo encontrado en la literatura, por ejemplo, Ramos Esquivel menciona que el desarrollo social se relaciona con las posibilidades de llevar una vida con las condiciones necesarias para sobrevivir de forma digna; sin embargo, en la actualidad la vejez enfrenta una serie de problemas y situaciones que lo dificultan 19.

El nivel de riesgo de deterioro funcional en la muestra fue del 38.1%, siendo menor comparado al estudio realizado en Holanda con 40% de riesgo alto, mientras que, en otro estudio realizado en dos hospitales universitarios de Buenos Aires, demostraron que el 70% fueron identificados como

persona en riesgo. Esto se puede deber a que la edad avanzada influye en la aparición de la limitación la capacidad funcional, aumentando este riesgo durante la hospitalización y al egreso 20–22.

En este estudio se encontró relación de los problemas geriátricos con el nivel de riesgo de deterioro funcional ( $p=.017$ ), dichos resultados son similares al estudio realizado por Varela Pinedo en 2017 los cuales encontraron una relación significativa positiva entre la dependencia funcional y los problemas geriátricos tales como las caídas, la presencia de mareos, incontinencia urinaria, desnutrición, depresión y nivel cognitivo ( $p<0.5$ ) 23. De igual manera en el estudio de Córcoles se relacionó el número de problemas geriátricos con la aparición de deterioro funcional ( $p=0,001$ ) 24 .

Otro punto importante a mencionar es la asociación de la confusión como problema geriátrico con el deterioro funcional ( $p=.029$ ); lo cual diferente con el estudio realizado por Álaba, quien confirma esta situación al encontrar que la presencia de dolor se correlaciona estadísticamente con la capacidad funcional ( $p < 0,05$ ) 25. Es por ello que se debe valorar con mayor profundidad este problema al ser un factor de riesgo para el deterioro funcional, lo cual altera de manera importante la calidad de vida del paciente, así como la de su entorno.

Con la información previamente observada se puede concluir que el padecer de uno o más problemas geriátricos predispone al adulto mayor a tener un deterioro funcional, por ejemplo: en el estudio se detecta que existe una diferencia

significativa del número de problemas geriátricos con el nivel de riesgo de deterioro funcional ( $p=.017$ ) lo cual es importante destacar pues el deterioro funcional ha sido definido en base a la independencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria en numerosos estudios la cual disminuye conforme se agregan problemas geriátricos al paciente, como lo reporta De León 26-28.

La influencia de los problemas geriátricos sobre el deterioro funcional, indica que pueden ser situaciones que toda persona de edad avanzada puede padecer por el proceso de envejecimiento o por el conjunto de enfermedades que sufren, representan un medio para conocer la morbilidad y el pronóstico de la persona en cuanto a calidad de vida. A pesar de la importancia que éstos tienen en la vida del adulto mayor, no son utilizados en el resto de la literatura médica no geriátrica, por lo que no suelen valorarse por el profesional de enfermería.

Una de las principales limitaciones que se encontraron en este estudio fue la utilización de las escalas de valoración SPICES e ISAR-HP, ya que en la mayoría de la literatura revisada se emplearon instrumentos para medir si el paciente era incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria, sin embargo encontramos muy útiles estas escalas para su aplicación en el medio hospitalario, ya que son sencillas de contestar y entregan datos de gran veracidad para la detección tanto de problemas geriátricos, como de deterioro funcional. Otra de las limitaciones fue la falta de un

muestreo aleatorizado, por lo tanto, no pueden ser generalizables los resultados, al exponer resultados de una muestra no representativa.

## CONCLUSIONES

El problema geriátrico más prevalente es la falta de apoyo social con un 66.8%; así mismo el 38.1% de los participantes tiene un riesgo alto de deterioro funcional. Los problemas con un mayor riesgo de deterioro funcional son los problemas de nutrición con un 75%, dolor con un 81.3%, inmovilidad con un 68.8%, eliminación con un 56.3%, falta apoyo social con un 68.8% y trastorno del sueño con un 62.5%, asociándose la confusión con el riesgo de deterioro funcional ( $p < .05$ ).

De igual manera se demostró que a mayor número de problemas geriátricos, ( $p = .011$ ).

Al encontrarse frecuentemente los problemas geriátricos en los adultos y las consecuencias que conllevan en las diversas esferas de la persona, se hace necesario la valoración del profesional de enfermería, así como realizar los protocolos, planes de cuidados y de alta previo al egreso del adulto mayor hospitalizado, debido a que se puede prevenir el deterioro funcional, así mantener o mejorar la calidad de vida y mantener la independencia el máximo tiempo posible en este grupo etario.

## REFERENCIAS

1. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(6):57–62.
2. Joya L, Quintero L. caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. *Hacia la promoción la salud*. 2015;20(1):140–52.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva no. 404. [internet]. 2015. recuperado el día 12 de noviembre de 2018. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Censo de Población y vivienda INEGI. Estadísticas sobre Adultos Mayores en México. México; [internet] 2016. Recuperado el día 12 de noviembre de 2018. Disponible en <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
5. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. México; 2015.
6. Secretaría de Salud. Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. Primera ed. Ciudad de México; [internet]. 2017. recuperado el día 13 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>.
7. D'Hyver C, León T, Martínez L. Prevalencia de síndromes geriátricos. *Rev la Fac Med la UNAM*. 2011;54(5):4–11.

8. Del Aguila C, Schermuly L, Yabar P. Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud 1-3 San Juan ( MINSA) Iquitos [ tesis] 2014. Universidad Nacional de Peru; 2014. Disponible en : <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3544>
9. D.Hyver C, Martínez L. Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada. *Med Interna Mex.* 2011;27(1):23–8.
10. Kalyani RR, Corriere M, Ferrucci L. Age-related and disease-related muscle loss: The effect of diabetes, obesity, and other diseases. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(10):819–29.
11. Gamiz A, Palacios J, Hernández A. Estudio observacional sobre la capacidad funcional de la población mexicana en 2015. *Rev Española Médico Quir.* 2016;21(2):39–47.
12. Fernández S, Avilés GP, Castillo M. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas.* 2009;14:161–72.
13. Fletcher K, Hawkes P, Williams-Rosenthal S, Mariscal C, Cox B. Using Nurse Practitioners to Implement Best Practice Care for the Elderly During Hospitalization: The NICHE Journey at the University of Virginia Medical Center. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2007;19(3):321–37.
14. Asmus-Szepesi K, de Vreede P, Flinterman L, Nieboer A, Bakker T, Borsboom G, et al. Prognosis of hospitalised older people with different levels of functioning: A prospective cohort study. *Age Ageing.* 2013;42(6):803–9.
15. Diario Oficial de la Federación. NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [internet] 2012. Recuperado el 18 de noviembre de 2018. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
16. Zenón TG, López Guzmán JA, Villalobos Silva JA, De Las Deses CDH. Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *Med Interna Mex.* 2006;22(5):369–74.
17. D´hyver De Las Deses C, León T, Martínez L. Prevalencia de síndromes geriátricos En el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes. *Rev la Fac Med la UNAM.* 2011.;54:4–11.
18. Martínez Gallardo L, D´hyver De Las Deses C. Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada. *Med Int Mex.*;27(1):23–8.
19. Ramos Esquivel J, Salinas García RJ. Vejez y apoyo social Aging and Social Support [Internet]. Disponible en: [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/15/015\\_Ramos.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf)
20. Comín M, Magallón R, García-campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. 2013;24(2):69–73.
21. Buurman BM. Características clínicas y resultados de pacientes mayores hospitalizados con per les de riesgo diferenciados para el declive funcional: un estudio prospectivo de cohorte. 2012;1–9.
22. Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing* [Internet]. 2012 May;41(3):381–7. Disponible: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afs015>
23. Varela Pinedo L, Chavez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Medica Hered.* 2017;16(3):165.
24. Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, Muñoz-Mansilla E, Herreros-Sáez L, Fernández-Pallarés P, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enferm Clin.* 2016;26(2):121–828.
25. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;16(6):344–51.
26. Mañas MD, Marchán E, Conde C, Sánchez S, Sánchez-Maroto T, Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna* [Internet]. 2005;22(3):34–6. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000300006)

27. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2003 Apr 1; 51(4):451–8. Disponible:

<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x>

28. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor [Internet]. Vol. 47, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios de medicina y enfermería

## Consumption of legal and illegal drugs in university students of medicine and nursing

Paulina Beverido-Sustaeta<sup>1</sup>, Yazmín Zacarías-Lozada<sup>2</sup>, Yuliana Carmona Avendaño<sup>1</sup>, Betzaida Salas García<sup>1</sup>

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia en el último año del consumo de drogas legales, ilegales y médicas sin prescripción en los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería y determinar si este consumo está asociado a conductas de riesgo. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, epidemiológico transversal y descriptivo; se realizó un sondeo en línea de participación voluntaria y anónima y se utilizó el instrumento denominado "Consumo de drogas en estudiantes universitarios" (CODEU 2). **Resultados:** Participaron 2,980 estudiantes, 1111 (37.3%) de medicina y 1869 (62.7%) de enfermería; la prevalencia de consumo en el último año de los estudiantes de ambas carreras fue de 39% de drogas legales, 8.6% drogas ilegales y 2% drogas médicas sin prescripción. El consumo de todas las drogas es mayor entre los estudiantes de medicina que en los de enfermería; los hombres presentaron mayor consumo que las mujeres. Las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas fueron principalmente de tres tipos: sexuales, antisociales y de conducción vehicular. **Discusión y conclusiones:** La prevalencia encontrada fue menor que la reportada en otros estudios similares realizados en esta población; otro importante hallazgo, contrario a lo esperado, fue que los hombres presentaron mayor consumo de tranquilizantes que las mujeres.

**Palabras clave:** estudiantes del área de salud, facultad de medicina, facultad de enfermería, prevalencia de consumo, conducta de riesgo.

### ABSTRACT

The objective of this study was to know the prevalence in the last year of the consumption of legal, illegal and medical drugs without prescription in the students of the careers of medicine and nursing and to determine if this consumption is associated with risk behaviors. **Method:** Cross-sectional, descriptive, quantitative, epidemiological study; an online survey of voluntary and anonymous participation was conducted, using the instrument called "Drug use in university students" (CODEU 2). **Results:** 2,980 students participated, 1111 (37.3%) of medicine and 1869 (62.7%) of nursing; The prevalence of consumption in the last year of the students of both careers was 39% of legal drugs, 8.6% illegal drugs and 2% of medical drugs without prescription. The consumption of all drugs is higher among medical students than nursing students; men had higher consumption than women. The risk behaviors associated with drug use were mainly of three types: sexual, antisocial and vehicular driving. **Discussion and conclusions:** The prevalence found was lower than that reported in other similar studies conducted in this population; another important finding contrary to what was expected is that men had a higher consumption of tranquilizers than women.

**Keywords:** students of the health area, medical school, nursing school, prevalence of consumption, risk behavior

<sup>1</sup>Universidad Veracruzana, Instituto de Ciencias de la Salud. Veracruz, México.

<sup>2</sup>Universidad Veracruzana, Facultad de Nutrición. Veracruz, México.

Recibido: 29 de abril de 2019.

Aceptado: 5 de julio de 2019.

Correspondencia para el autor: Paulina Beverido Sustaeta. Calle Fortín de las flores #9, Fraccionamiento Pomona, C.P. 91040, Xalapa, Veracruz, México. pbeverido@uv.mx

## INTRODUCCIÓN

El panorama mundial del consumo de sustancias psicoactivas resulta difuso porque muchas personas que consumen drogas legales e ilegales, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser poli-consumidoras ya que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente. Por ejemplo, el consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica, estimulantes sintéticos e infinidad de nuevas sustancias psicoactivas (1).

Los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa vulnerable, que puede llevar al abuso de estas sustancias a medida que transcurre este periodo(2) y no son excepción los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería, ya que se desarrollan en un ambiente de constantes exigencias y desafíos, caracterizados por gran cantidad de horas prácticas hospitalarias, largas noches de estudio teórico y compañeros competitivos(3), por lo que resulta necesario examinar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como el uso de estimulantes, especialmente el uso intencionado para potenciar el rendimiento(4) y/o de antidepresivos(5).

El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia del consumo en el último año de drogas legales (alcohol y tabaco), ilegales (marihuana, cocaína, inhalables y drogas de diseño) y médicas sin prescripción (estimulantes de tipo anfetamínico y depresores del SNC) de los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería y

determinar si este consumo está asociado a conductas de riesgo.

Un estudio realizado en estudiantes de primer y segundo año de las facultades de Ciencias de la Salud (6) en siete universidades de cinco países latinoamericanos (Colombia, Nicaragua, Chile, Brasil y El Salvador) y un país caribeño (Jamaica), mostró que el policonsumo es usual en la población estudiantil universitaria y que las combinaciones más frecuentes fueron de alcohol + tabaco; Brasil presenta un alto porcentaje en la combinación de alcohol + drogas de prescripción o alcohol + marihuana, ambas conexas con el tabaco (22%). Para Jamaica, su patrón principal es alcohol + marihuana o el de alcohol + tabaco + marihuana, todos los anteriores son identificados como factores de riesgo para iniciar el consumo de otras drogas psicoactivas ilegales como la cocaína, esta transición se define como “gateway model”.

En Cuba (7) se realizó un estudio en 174 estudiantes que cursaban el segundo año de medicina, reveló que 66.6% consumía medicamentos no recetados, con predominio en el sexo femenino; en cuanto a drogas ilegales, en los hombres fue más alto el consumo de marihuana y cocaína con 7.1% y 4.7%, respectivamente. Acerca de los conocimientos sobre los daños que ocasionan las sustancias psicoactivas en la salud de los individuos, los resultados demostraron que se tuvo mayor conciencia en las drogas legales, por otra parte, un gran

porcentaje (82.5%) desconocían los daños que pueden causar las drogas ilegales.

En la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo, España (8), se realizó un estudio que tuvo como objetivo conocer los patrones de consumo de sustancias adictivas de los estudiantes, la participación del alumnado fue del 61.5% (185), de los que el 83.2% correspondían al sexo femenino. La sustancia adictiva de consumo más precoz fue el tabaco (la edad de inicio fue de 15 años). Consumieron cigarrillos en el último mes un 36.2% de los estudiantes y alcohol el 89.9% (58.4% del total se embriagaron). En ese período, 2.2% utilizaron tranquilizantes/hipnóticos y la droga ilegal de mayor uso fue el cannabis (17.8%) y a continuación la cocaína (2.2%). Encontraron una asociación significativa entre el consumo de drogas ilegales y ser hombre, fumar tabaco o beber alcohol, vivir solo o con amigos (no con la familia) y tener un mal rendimiento académico; se estudió también el policonsumo, encontrando que el 16.2% manifestó haber utilizado simultáneamente alcohol y marihuana, y 4.9% alcohol y cocaína. Los autores concluyeron que los patrones de consumo son similares, y algunos incluso mayores que los de la población general en ese grupo de edad, de ahí que consideren necesarias, en el ámbito universitario, medidas específicas para prevenir la adicción.

En Medellín, Colombia (9) aplicaron un cuestionario a 625 estudiantes de medicina que cursaban los doce semestres de la carrera para conocer los motivos de su

automedicación, los resultados mostraron que se justificaban debido a que debían mejorar el sueño, para disminuir ansiedad/estrés y para mejorar el ánimo. Los resultados de los autores reflejaron que la automedicación se practica en mayor proporción en mujeres que en los hombres.

En la universidad de São Paulo, Brasil (10), midieron la prevalencia de riesgo vehicular a 155 estudiantes universitarios de primero a segundo semestre de la facultad de medicina, los participantes en su mayoría fueron hombres (55%). El comportamiento de conducir después de beber fue informado por el 33% de los estudiantes durante el último año; 15% de los estudiantes informaron beber y conducir y 18% reportó haber conducido después de beber en exceso; la frecuencia de la intención ocasional es reportado por 15% de los estudiantes, mientras que 19% informó una intención frecuente; el 90% de los estudiantes que beben y conducen así como los que conducen después de haber tomado en exceso refirieron que tiene la intención de repetir el comportamiento en el futuro. En el último año ningún estudiante reportó haber sido multado, arrestado o haber presenciado un accidente automovilístico.

También se realizó un estudio en 86 estudiantes de enfermería de una universidad particular de Arequipa Metropolitana, Perú (11), donde 91.9% fueron mujeres. En relación con las drogas de uso médico, el 19.8% (17) expresó haber consumido tranquilizantes, de los cuales 20.2% (16) eran mujeres y 14.3% (1) fueron

hombres, en cuanto a los estimulantes 16.4% expresó su consumo en la vida, con predominio en mujeres 16.4% (13) en comparación con los hombres 14.3% (1). El comportamiento declarado fue que 34.8% había tenido relaciones sexuales entre una y varias veces bajo los efectos del alcohol y drogas ilícitas. Mientras que 12.7% de los

participantes han conducido en los últimos 12 meses un vehículo motorizado después de beber alcohol y 39.5% se han trasladado en algún vehículo motorizado por una persona que estaba bajo los efectos del alcohol.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue cuantitativo, epidemiológico, transversal y descriptivo, para el que se utilizó la base de datos del trabajo de investigación denominado Segundo Estudio sobre Percepción, Riesgo y Consumo de Drogas en Estudiantes de la Universidad Veracruzana, conocido como Percíbete 2 dentro del ámbito universitario. Se trató de un sondeo en línea, de participación voluntaria, anónima, gratuita, y de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud es una investigación con riesgo mínimo al aplicarse pruebas psicológicas sin manipular la conducta de los estudiantes.

La Universidad Veracruzana está conformada por cinco Regiones o Campus distribuidos a lo largo del estado de Veracruz, de norte a sur se encuentran la región Poza Rica-Tuxpan, región Xalapa, Córdoba-Orizaba, región Veracruz-Boca del Río y en el sur, la región Coatzacoalcos-Minatitlán; en todas estas se imparten las carreras de Enfermería y Médico Cirujano. Ambas forman parte del Área Académica de

Ciencias de la Salud, que para el año 2016 contaba con una población total de 11,382 estudiantes. Para el presente trabajo, se tomó como población de estudio a 2,980 estudiantes, 1,111 (37.3%) de medicina y 1,869 (62.7%) de enfermería que participaron y respondieron el cuestionario en línea.

Se aplicó el instrumento denominado “Consumo de drogas en estudiantes universitarios” (CODEU 2) el cual estuvo integrado por 273 preguntas; para fines de esta investigación sólo se trabajó con las secciones que indagaron sobre datos sociodemográficos de los estudiantes que respondieron el cuestionario; la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y en los últimos 30 días de drogas legales, ilegales y de uso médico sin prescripción. Para aquellos que respondieron haber consumido este tipo de drogas, se exploraron las conductas de riesgo en las que pudo haber estado involucrado.

El análisis estadístico fue bivariado, se utilizó la prueba Chi-cuadrada para analizar las

diferencias entre grupos (carrera y sexo), para lo cual se consideró diferencias estadísticamente significativas con un valor

de  $p < 0.05$ . Los datos fueron analizados con el software estadístico IBM SPSS versión 21.

## RESULTADOS

El total de registros que se consideraron para este estudio fue el correspondiente 2,980 estudiantes de los cinco campus universitarios, 1,111 de medicina (37.3%) y

1,869 de enfermería (62.7%), con una edad promedio de 20 a 21 años; el 70% eran mujeres y 30% hombres (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Variables sociodemográficas por carrera y campus**

Campus	Carrera		Sexo				Edad promedio Años		
	Enfermería n=1869		Medicina n=1111		Hombre n=871			Mujer n=2109	
	f	%	f	%	f	%		f	%
<b>Poza Rica -Tuxpan</b>	345	62.5	242	37.5	180	27.9	465	72.1	20.56 (DE=1.73)
<b>Córdoba -Orizaba</b>	477	61.6	297	38.4	238	30.7	536	69.3	21.13 (DE=2.67)
<b>Xalapa</b>	268	60.8	173	39.2	127	28.8	314	71.2	21.31 (DE=4.33)
<b>Veracruz -Boca del Rio</b>	372	49.5	380	50.5	256	34	496	66.0	21.10 (DE=2.43)
<b>Coatzacoalcos - Minatitlán</b>	349	94.8	19	5.2	70	19	298	81.0	21.07 (DE=2.55)

Fuente: Base de datos Percibete 2

Del total de estudiantes que participaron de ambas carreras, el 90.5% consumió drogas legales alguna vez en la vida, 13.8% drogas ilegales y 3.6% drogas médicas sin prescripción. La prevalencia en el último año del consumo de drogas legales fue de 66.8% en estudiantes de medicina y 50.7% de

enfermería; las drogas ilegales fueron consumidas por 6.1% de los estudiantes de enfermería y 13% de los de medicina; en cuanto a las drogas médicas sin prescripción, 3.7% de los estudiantes de medicina las consumieron y 1.4% de enfermería (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Consumo en el último año de drogas legales, ilegales y médicas sin prescripción por carrera**

Carrera	Drogas legales Chi-cuadrada=72.77, p-value<0.001		Drogas ilegales Chi-cuadrada=41.48, p-value<0.001		Médicas sin prescripción Chi-cuadrada=16.76, p-value<0.001	
	f	%	f	%	f	%
<b>Enfermería</b>	949	50.8	114	6.1	26	1.4
<b>Medicina</b>	742	66.8	144	13.0	41	3.7
<b>Total</b>	1,691	90.5	258	13.8	67	3.6

Fuente: Base de datos Percibete 2

En cuanto al consumo por sexo, los hombres duplicaron el consumo de las mujeres en tabaco y marihuana; el alcohol también es mayormente consumido por los hombres, pero la diferencia con las mujeres es de 14 puntos porcentuales. En cuanto a las drogas médicas sin prescripción, contrario a lo esperado, los tranquilizantes fueron

mayormente consumidos por los hombres que por las mujeres (2.1% y 1.7% respectivamente); el consumo de medicamentos estimulantes fue similar y bajo en ambos sexos. Las diferencias encontradas por sexo fueron estadísticamente significativas (Tabla3).

**Tabla 3.**  
**Consumo de drogas legales, ilegales y médicas sin prescripción por sexo.**

Tipo de droga	Hombres		Mujeres		Chi-cuadrada	p-value
	f	%	f	%		
<b>Tabaco</b>	269	30.9	346	16.4	78.89	<0.001
<b>Alcohol</b>	559	64.2	1055	50.0	49.75	<0.001
<b>Marihuana</b>	118	13.5	132	6.3	46.61	<0.001
<b>Cocaína</b>	7	0.8	7	0.3	2.93	<0.087
<b>Crack o piedra</b>	2	0.2	1	0.0	2.03	<0.154
<b>Alucinógenos</b>	18	2.1	13	0.6	12.59	<0.001
<b>Inhalables</b>	6	0.7	2	0.1	8.12	<0.004
<b>Metanfetaminas</b>	7	0.8	8	0.4	2.21	<0.137
<b>Heroína</b>	1	0.1	0	0.0	2.42	<0.120
<b>Opiáceos</b>	4	0.5	2	0.1	4.07	<0.044
<b>Otras drogas ilegales</b>	3	0.3	7	0.3	0.003	<0.957
<b>Estimulantes</b>	14	1.6	8	0.7	12.68	<0.001
<b>Tranquilizantes</b>	18	2.1	36	1.7	0.44	<0.503

Fuente: Base de datos Percibete 2;

El policonsumo de todo tipo de drogas (legales, ilegales y médicas sin prescripción) en el último año, fue mayor entre los estudiantes de enfermería (55.2%) que en los

de medicina (47.8%). Se encontró que tanto los consumidores de drogas ilegales como médicas sin prescripción, consumen varias de estas drogas al mismo tiempo en

comparación con los consumidores de drogas legales de ambas carreras. El consumo de drogas médicas sin prescripción es mayor entre los estudiantes de medicina

que en los de enfermería, siendo en ambas carreras mayor el consumo de tranquilizantes que de estimulantes (Tabla 4).

**Tabla 4**  
**Policonsumo en estudiantes por droga y carrera en el último año**

Carrera	Policonsumo	
	f	%
Enfermería (n=1869)	1032	55.2
Médico Cirujano (n=1111)	531	47.8

Fuente: Base de datos Percibete 2

### Conductas de riesgo

Se encontraron estudiantes que en los últimos seis meses presentaron conductas de riesgos antisociales bajo los efectos del alcohol u otras drogas tales como: insultar o golpear a desconocidos, consumir alcohol en lugares no permitidos y hacer cosas peligrosas o riesgosas, presentándose todas ellas en mayor porcentaje entre los estudiantes de medicina.

Las conductas sexuales de riesgo presentes en los estudiantes fueron: tener relaciones bajo los efectos de alguna droga, seguida de los que han tenido relaciones con una pareja

que estuviera bajo los efectos de alguna droga, y haber hecho algo de lo que después se arrepienten.

Las principales conductas de riesgo reportadas para la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u alguna otra droga en los últimos seis meses fueron: haberse trasladado en algún vehículo motorizado conducido por una persona bajo los efectos del alcohol, el traslado en algún vehículo motorizado conducido por una persona que ha estado bajo los efectos de alguna droga ilegal y el conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol (Tabla 5).

**Tabla 5**  
**Conductas antisociales, sexuales y vehiculares bajo los efectos alcohol u otras drogas**

Conducta riesgosa	Enfermería		Médico cirujano		Chi-cuadrada	p-value
	f	%	f	%		
Haber insultado o golpeado a desconocidos estando <b>bajo los efectos del alcohol u otra droga</b> <sup>1</sup>	19	1.0	26	2.3	59.95	<0.001
Haber consumido alcohol en sitios en los que saben que no está permitido <sup>2</sup>	34	1.8	54	4.9	67.88	<0.001
Haber hecho cosas que consideraron peligrosas o riesgosas para sí mismo <sup>3</sup>	46	2.5	75	6.8	65.95	<0.001
Haber tenido relaciones sexuales <b>bajo los efectos de alguna droga</b> <sup>4</sup>	107	5.7	145	13.1	48.31	<0.001
Haber tenido relaciones con una pareja que estuvo <b>bajo efectos de alguna droga</b> <sup>5</sup>	76	4.1	109	9.8	65.20	<0.001
Haber hecho algo de que se arrepienten <b>bajo el efecto del alcohol u otras drogas</b> <sup>6</sup>	63	3.4	87	7.8	62.48	<0.001
Traslado en algún vehículo motorizado conducido por una persona que se encontraba <b>bajo los efectos de alcohol</b> <sup>7</sup>	177	6.3	143	12.9	61.23	<0.001
Traslado en algún vehículo motorizado conducido por una <b>persona que ha estado bajo los efectos de alguna droga ilegal</b> <sup>8</sup>	48	2.6	65	5.9	61.13	<0.001
Conducir algún vehículo motorizado <b>bajo los efectos del alcohol</b> <sup>9</sup>	26	1.4	50	4.5	66.00	<0.001

Fuente: Base de datos Percibete 2

## DISCUSIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es reconocido como un problema de salud pública que emerge por diversos factores, tal es el caso de los jóvenes que ingresan a la universidad, la cual, según Soto(12), no solo ha sido reconocida como un instituto para capacitarse profesionalmente ante la sociedad, si no también se percibe como un espacio que propicia el desarrollo de conductas no saludables, al encontrarse sin supervisión familiar en el caso de los estudiantes que migran de sus ciudades de origen para iniciar estudios superiores.

La presente investigación reflejó que los estudiantes de las carreras de enfermería y medicina son una población en las que ha permeado el consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de alumnos (90.5%) ha consumido drogas legales tales como alcohol y tabaco alguna vez en la vida, con mayor prevalencia en el consumo en el

último año por parte de los estudiantes de medicina (66.8%) en comparación con los de enfermería (50.8%).

Por otro lado, el consumo de varias drogas se ve aumentado entre los jóvenes universitarios probablemente por el hecho de tener numerosas oportunidades de consumir sobre todo las medicamentosas, lo que los hace más vulnerables; este estudio mostró que los alumnos de enfermería presentaron mayor policonsumo, sobre todo aquellos que en el último año consumieron drogas ilegales (mariguana, cocaína-crack e inhalables) y médicas sin prescripción (principalmente estimulantes y tranquilizantes). En trabajos similares<sup>8</sup> también se ha establecido el policonsumo con presencia de drogas ilegales o médicas sin prescripción con alguna otra droga, en los que 16.2% de los estudiantes manifestó haber utilizado simultáneamente alcohol y cannabis y 4.9% alcohol con cocaína.

Mientras que para otros autores<sup>6</sup> como los del estudio realizado en estudiantes de Brasil, 22% presentó un alto porcentaje en la combinación de alcohol más drogas de prescripción o combinación de alcohol más marihuana, ambas conexas con el tabaco en el último mes.

La presencia de conductas riesgosas posteriores al consumo de sustancias psicoactivas estuvieron presentes en los estudiantes que participaron en este estudio; en cuanto a conductas sexuales de riesgo, el tener relaciones bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, se presentó en 5.7% de los estudiantes de enfermería y 13.1% en los de medicina, esto podría deberse a que la currícula de enfermería contempla cursos de salud sexual y reproductiva, mientras que la de medicina no, aun así, estas cifras están muy por debajo de lo reportado en un estudio realizado en estudiantes de enfermería de una universidad de Arequipa metropolitana, Perú<sup>11</sup>, en el que 34.8% declaró haber tenido relaciones sexuales entre una y varias veces bajo los efectos del alcohol y drogas ilícitas.

Por otro lado, los accidentes vehiculares constituyen un creciente problema de salud

pública por el hecho de ser causantes de innumerables muertes por traumatismo, vinculadas con personas que consumen alcohol al conducir e incluso a terceros que no se encontraban alcoholizados. Los datos de este estudio, revelaron que 1.4% de estudiantes de enfermería y 4.5% de medicina condujeron algún vehículo motorizado bajo los efectos del alcohol. En estudios similares, como el realizado en Brasil<sup>10</sup>, el comportamiento de conducir después de beber fue informado por 33% de los estudiantes; 15% de los estudiantes informaron beber más conducir y 18% reportó haber conducido después de beber en exceso, mientras que en el estudio de Arequipa metropolitana, Perú, se encontraron resultados similares, ya que 12.7% ha conducido un vehículo motorizado después de beber alcohol. A su vez la conducta de trasladarse en algún vehículo motorizado por alguien que estaba bajo los efectos del alcohol, estuvo presente en 6.3% de estudiantes de enfermería y 12.9% de medicina participantes en el presente trabajo, resultados que discrepan con el realizado en Perú<sup>11</sup> ya que en él se reportó que 39.5% ha presentado esta conducta bajo los efectos del alcohol.

## CONCLUSIONES

El consumo de drogas ilegales en el último año para el grupo de edad de 18 a 34 años reportado por la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) fue de 4.6%, porcentaje muy por debajo con lo reportado

por los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería que participaron en el estudio, ya que 13.8% las consumió en los últimos doce meses, situación probablemente debida a diversos factores que se presentaron a lo largo del semestre

en el que fue recabada la información, tales como el estrés provocado por la carga académica y exigencias de los maestros, a la influencia de los amigos, a la falta de supervisión familiar, con objeto de aumentar su rendimiento académico, entre otros. Los resultados demuestran diferencias significativas según los tipos de drogas (legal, ilegal y médica sin prescripción) y el programa educativo ( $p$ -value $<0.001$ ).

Los estudiantes de medicina presentan un mayor consumo de drogas legales, ilegales y médicas sin prescripción, pero el policonsumo se presenta en mayor proporción entre los de enfermería ( $p$ -value $<0.001$ ), situación similar a la encontrada en la Escuela de Enfermería de Lugo, España, en la que el consumo de alcohol y mariguana obtuvo un 16%. En cuanto a sexo, las mujeres de ambas carreras presentan un menor consumo de todas las drogas que los hombres, se hallaron diferencias significativas entre el sexo y el tipo de droga en el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, alucinógenos, estimulantes (todas las anteriores con  $p$ -value $<0.001$ ), inhalables y opiáceos ( $p$ -value $<0.004$  y  $p$ -value $<0.044$ , respectivamente).

Por otra parte, diversos autores (7,9 y 14) mencionan que el consumo de tranquilizantes se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres, sin embargo, los resultados de este trabajo muestran que los hombres consumen en mayor proporción este tipo de droga médica (2.1% hombres y 1.7% mujeres) sin prescripción.

Referente a las conductas de riesgo antisociales, sexuales y vehiculares se encontró que los estudiantes de medicina presentaron en mayor proporción todas ellas. Se obtuvieron diferencias significativas entre las conductas riesgosas y el programa educativo ( $p$ -value $<0.001$ ).

Este tema de investigación es necesario que continúe abordándose, ya que los estudiantes del área de Ciencias de la Salud deberían ser los más conscientes de los efectos de las drogas y sus consecuencias ya que son los futuros profesionales que atenderán la problemática de salud de la población, además de poner en peligro el éxito de sus estudios universitarios y el logro de la meta académica que se han propuesto como parte de su proyecto de vida, pueden afectar su bienestar integral, incluidas las relaciones interpersonales que establece y la futura inserción laboral.

## REFERENCIAS

1. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas, 2016. [Consultado 22 Sep.2018] Disponible en: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_Ex\\_Sum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_Ex_Sum_spanish.pdf)

2. Laranjo T. y Soares C. University residence halls: socialization processes and drug consumption. Rev Saude Pública, 2006; 40(6):1027-1034.

3. Estevez, R. y Ramos, D. Prevalencia de consumo de sustancias psicoestimulantes y factores asociados, para aumentar el rendimiento académico, en estudiantes de primero a decimo nivel de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador desde noviembre de 2013 a enero de 2014. Tesis para obtener el título de Médico Cirujano, 2014 [Consultado 02 Oct. 2018] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7336>
4. Webb, Valasek y North. Prevalence of stimulant use in a sample of US medical students. *Ann Clin Psychiatry*; 2013; 25(1):27-32. [Consultado 29 Oct 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23376867>
5. Martínez, G. I.; Martínez, S.; Rodríguez G.; Mesa, P.; Muñoz J. y Bedoya, J. Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de Ciencias de la Salud. *VITAE, Revista de la facultad de Química Farmacéutica*; 15(2): 244-250. [Consultado 03 Nov 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/vitae/v15n2/v15n2a06.pdf>
6. Herrera, A.; Prieto, R.; Veloza, M.; Riquelme, G.; De Sousa, Ma. Socorro.; Mitchell, C.; Bautista, F.; Harrison, J. y Whitehorne, P. Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país caribe: implicaciones de género, legales y sociales. (Brasil) *Texto Contexto Enferm*; 2012; 21(Esp):17-24. Consultado [03 Nov. 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71423223002.pdf>
7. Ruiz, M. y Caballero V. Hábitos tóxicos en estudiante de segundo año de medicina (Cuba) *Revista MEDISAN*, 2013; 17(2):230-236. [Consultado 05 nov 2018] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200009)
8. Garrido, I.; Bugarín, R. y Machín, A. J. Consumo de drogas en estudiantes de enfermería. *Enferm Clínica*, 2015; 26(3):174-180. [Consultado 10 Nov 2018] Disponible en: <https://medes.com/publication/110086>
9. Berrouet, M. C.; Lince, M y Restrepo, D. Actitudes, conocimientos y practicas frente a la automedicación con productos herbales y psicofármacos en estudiantes de medicina de Medellín – Colombia. (Colombia) *MEDICINA U.P.B.* 2017; 37(1):17-24. [Consultado 22 Oct 2018] Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/artic le/view/7945>
10. Amaral, R.; Malbergier, A.; Lima, D.; Castellani, V.; Gorenstein, C. y Guerra, A. Intention to drive after drinking among medical students: contributions of the protection motivation theory. *J Addict Med*, 2017; 11(1):70-76. [Consultado 06 Dic 2018] Disponible en: [https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Abstract/2017/02000/Intention\\_to\\_Drive\\_After\\_Drinking\\_Among\\_Medical.11.aspx](https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Abstract/2017/02000/Intention_to_Drive_After_Drinking_Among_Medical.11.aspx)
11. Urday, F.; Gonzáles, C.; Peñalva, L. J.; Pantigoso, E. L.; Cruz, S. H. y Pinto, L. Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enferm. Actual Costa Rica*, 2018; (36). [Consultado 23 Enero 2019] Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/artic le/view/33416>
12. Soto, A. M.; Bastidas, C. V.; Quimbayo, J. H. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área de la salud. *Rev.salud.hist.sanid.on-line*, 2017; 12(2):29-48. [Consultado 14 Dic 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00308.pdf>
13. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) Reporte de Drogas. Villatoro, J. A.; Resendiz, E.; Mujica, A; Bretón, M.; Cañas, V.; Soto, I.; Fregosos, D.; Fleiz, C.; Medina, M. E.; Gutiérrez, J.; Franco, A.; Romero, M. y Mendoza, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. [Consultado 26 Sept 2018] Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT\\_YQN73eWhR/view](https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view)
14. Calderón, G. y Alonso, G. Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 2014; 44 (febrero mayo):152-162 [Consultado

30 Sept 2018] Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608011.pdf>

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Significados de los tutores relativos a la tutoría en el Programa Único de Especialización en Enfermería de la UNAM

## Meanings of tutors related to tutoring in the UNAM's Unique Program of Specialization in Nursing

Graciela González Juárez<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el significado de la tutoría que tienen las y los tutores del Programa Único de Especialización en Enfermería para brindar el acompañamiento a los alumnos. **Material y métodos:** El diseño de la investigación fue cualitativo con enfoque en la investigación-acción. La metodología de redes semánticas naturales, la entrevista grupal y la conferencia de búsqueda. El muestreo fue intencional, participaron 17 tutores. Se utilizó un instrumento de tres palabras detonadoras: tutor, tutorado y acompañamiento. Se obtuvieron los valores; *Valor J= Riqueza de la red, Valor M= Peso semántico de las definidoras, Conjunto SAM= Definidoras con pesos semánticos altos.* **Resultados:** Se identificaron las categorías: características personales, experiencia profesional, la relación tutor-tutorado, formación del tutorado, elaboración de la tesis y valores, presentes en la tutoría clínica que brinda el tutor para la formación de los alumnos de la especialización. De las 75 definidoras obtenidas para el concepto *tutor*, la de mayor peso semántico fue líder; de las 101 para el concepto *acompañamiento*, fue la motivación y de las 105 para *tutorado*, la de mayor peso semántico fue aprendiz activo junto con persona. **Conclusión:** El acompañamiento del tutor está en función de sus características personales y su experiencia clínica para el desarrollo de las competencias de los especialistas en enfermería, aunque el papel del alumno es difuso. La perspectiva de la tutoría y la docencia es más clara que el de la investigación y la tutoría. Se requiere estudiar más de las formas de acompañamiento de los tutores para la investigación en el nivel de posgrado.

**Palabras clave:** tutoría, especialización de enfermería, docentes.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the meaning of the tutoring that the tutors of the Unique Program of Nursing Specialization have to provide support to the students.

**Material and methods:** The research design was qualitative with focus on action research. The methodology of natural semantic networks, the group interview and the search conference. The sampling was intentional, 17 tutors participated. An instrument of three detonating words was used: tutor, tutoring and accompaniment. The values were obtained; Value J = Wealth of the network, Value M = Semantic weight of the defining, SAM set = Definers with high semantic weights. **Results:** The categories were identified: personal characteristics, professional experience, tutor-tutor relationship, tutor training, thesis preparation and values, present in the clinical tutoring provided by the tutor for the training of specialization students. Of the 75 definers obtained for the tutor concept, the one with the highest semantic weight was a leader; of the 101 for the accompaniment concept, it was the motivation and of the 105 for tutored, the one with the highest semantic weight was an active learner along with a person. **Conclusion:** The accompaniment of the tutor is based on his personal characteristics and his clinical experience for the development of the competencies of the nursing specialists, although the student's role is diffuse. The perspective of tutoring and teaching is clearer than that of research and tutoring. It is necessary to study more of the ways of accompaniment of the tutors for the investigation in the postgraduate level.

**Keywords:** mentoring, nursing specialization, faculty

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Unidad de Evaluación Educativa. Cd. de México, México.

Recibido: 7 de mayo de 2019.

Aceptado: 4 de julio de 2019.

Correspondencia para el autor: Graciela González Juárez. Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan. C.P. 14370. Ciudad de México, México. [grgonzalez@comunidad.unam.mx](mailto:grgonzalez@comunidad.unam.mx)

## INTRODUCCIÓN

El propósito del presente estudio fue identificar el significado de la tutoría que tienen las y los tutores del Programa Único de Especialización en Enfermería (PUEE) para brindar el acompañamiento a los alumnos.

Los antecedentes de la labor de tutor en enfermería se ubican desde la Edad Antigua hasta la actual, aunque su función ha cambiado a través del tiempo. En sus inicios, era un maestro que enseñaba los oficios a sus discípulos a través de las prácticas curativas asociadas a concepciones mítico-mágicas de saberes generacionales; esta actividad cambió hacia la Edad Media con la presencia de las órdenes religiosas conformadas principalmente por mujeres con poca instrucción, quienes transmitieron sus enseñanzas y experiencias de manera generacional.

Fue en 1931, con Florence Nightingale, que la enfermería se reconoció como actividad profesional. El tutor quedó articulado a la práctica y la experiencia, aspectos fundamentales para la formación de enfermeras y enfermeros. En la actualidad, afirman González y colaboradores que, la tutoría está basada en el acompañamiento de un docente especializado en enfermería para fortalecer la formación científica, tecnológica y práctica de los tutorados (1). La tutoría en educación superior en México fue impulsada por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2) a través de los Programas Institucionales de Tutoría como estrategia de acompañamiento y atención personalizada de los estudiantes de educación superior,

integrada al currículo y descansada en la figura del docente. Una política con tintes remediales para atender la baja eficiencia terminal y el rezago educativo que presentaba este nivel educativo (3).

Así, la tutoría, como política educativa, se ha visto permeada por el desarrollo de las teorías educativas que han modificado las formas de concebir los roles de los actores y sus procesos, como puede apreciarse en la noción del aprendiz, quien transitó de ser el alumno pasivo que requería adoctrinamiento en la disciplina, a ser reconocido como un estudiante activo, cuyos saberes y experiencias socioculturales son fundamentales para las actividades del tutor en la perspectiva de la Teoría Sociocultural de Vygotsky (4), que da sentido a la tutoría a partir de la Zona de Desarrollo Próximo e implica potenciar al alumno a partir de su desarrollo real para guiarlo a resolver un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con un compañero más capaz.

En enfermería, la tutoría establece andamiajes para potenciar la capacidad de los alumnos para resolver problemas clínicos con evidencia científica y cuidado especializado, aspectos donde la experiencia y la práctica de los tutores se consolidan con los saberes teóricos, sin dejar de lado el reconocimiento de las emociones (5). En el centro del acto educativo estos aspectos ponen en perspectiva la complejidad de la tutoría para la formación de los alumnos en la especialización en enfermería.

En el caso específico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la normativa del posgrado define al tutor y a la tutoría como los ejes fundamentales en la formación de profesionales e investigadores de alto nivel en la especialización, la maestría y el doctorado, de acuerdo con el Reglamento General de Estudios de Posgrado (6) para los 41 programas de maestría y doctorado, así como en los 21 cursos de especialización (7). Esta oferta se agrupa en cuatro áreas académicas: Ciencias Físicas, Matemáticas y de las Ingenierías (CFMI), Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud (CB), Ciencias Sociales (CS) y Humanidades y Artes (HyA).

Los posgrados se ofrecen en el área de CB con la maestría en Enfermería. El PUEE se creó en 1996, y actualmente cuenta con los siguientes campos de conocimiento: Ortopedia, Nefrología, Perioperatoria, Neonato, Oncología, Neurología, Cultura física y deporte, Salud Mental, Rehabilitación, Atención en el hogar, Salud Pública, Cardiovascular, Perinatal, Adulto en estado crítico, Infantil y Anciano. La población escolar total (ingreso y reingreso) histórica del PUEE se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.  
Matrícula histórica del PUEE

Ciclo escolar	Población escolar total (ingreso y reingreso del Plan Único de Especialización en Enfermería)																	
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Total																		
Programas de Especialización	1787	1402	8499	8793	9085	9604	10016	10302	10712	11437	11549	11124	12205	12468	12777	13321	13883	14372
Total PUEE	72	25	62	61	84	78	197	214	205	293	318	230	295	379	345	383	420	375

Fuente: Agenda estadística UNAM. Incluye ingreso y reingreso de los ciclos 199-2000 a 2016-2017 (15).

El incremento de la matrícula del ciclo 1999-2000 al 2016-2017 (7) alcanzó 420%. Por lo que se refiere al núcleo de profesores del PUEE, está conformado por 106 docentes (29% es especialista, 29% tiene grado de maestro y 42% cuenta con grado de doctor) para la formación de los estudiantes de la especialización.

La presencia de diversos campos de conocimiento en la madurez del programa ha implicado también el aumento de la matrícula. La tutoría en enfermería es un eje

para el desarrollo de competencias que requiere el ejercicio profesional especializado cuyas prácticas han sido poco estudiadas.

Estos datos permiten la reflexión acerca las prácticas de tutoría, pero, sobre todo, acerca de las nociones que los tutores, en su heterogeneidad, siendo el centro para la formación de los especialistas en enfermería. Los estudios más recientes relativos al papel del tutor o la tutoría en el ámbito de las ciencias de la salud destacan el estudio del

perfil de competencias y tutor de residentes médicos (8), el Programa de Acción Tutorial en Enfermería en la Universidad de Alicante, las prácticas de tutoría en comunidad (8) y la tutoría pedagógica (3).

En el posgrado se abordaron las representaciones sociales para explorar los significados que tiene la tutoría desde la perspectiva del cuerpo de tutores que participan en el Programa de Maestría en Enfermería (9), se reportaron las siguientes categorías: relación tutor-tutorado, formación del tutorado, elaboración de la tesis, valores presentes en la tutoría, experiencia profesional del tutor, formación académica y profesional del tutor, comunicación y empatía, clima académico, y mentoría; se enfatiza que trabajar *con* los tutores en lugar de investigar *a* los tutores resulta muy relevante para trabajar bajo la metodología cualitativa. Sin embargo, la especialización tiene como objetivo profundizar y ampliar los conocimientos y destrezas que requiere el ejercicio profesional en un área específica (6).

Es preciso conocer el significado que el tutor le brinda a la tutoría y que orienta su actuar en el acompañamiento a los alumnos

durante su trayectoria escolar. La pregunta que orientó el estudio fue: ¿qué significados asocian los tutores del acompañamiento que brindan en la tutoría a los estudiantes en la especialización?

Por último, el modelo de Tutoría Clínica Reflexiva de Jiménez y Jiménez (11), está orientado al cuidado enfermero para implementar estrategias de aprendizaje de acuerdo con las necesidades de cada tutorado y pone el acento en que los tutores y sus tutorados tienen que asumir una perspectiva académica, educativa y psicopedagógica de acompañamiento, con el propósito de que el aprendiz puede lograr una ruptura epistemológica con la tradición de la enseñanza de la docencia y la tutoría en enfermería. El modelo de docencia propuesto, se inscribe en un paradigma constructivista humanista, en el que se reconoce que la forma de aprender y de enseñar esta medida por lo humano. Asimismo, conjunta los fundamentos pedagógicos y disciplinarios de la Enfermería a través de la acción en escenarios reales de práctica clínica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de la presente investigación fue analizar el significado que los tutores expresan con respecto a la tutoría y el acompañamiento que brindan a los estudiantes que se forman en el Programa Único de Especialización en Enfermería de la UNAM.

La investigación fue de corte cualitativo, exploratorio. El muestreo fue intencional con la participación de 17 tutores (75% mujeres y 25% hombres) por invitación directa y participaron durante los meses de mayo a junio de 2018, con un total de seis sesiones de entrevista. Se dejó fuera del estudio a

todos aquellos participantes que no tuvieran nombramiento de tutores o coordinadores al momento de realizar la investigación, sin considerar los años de experiencia.

Se utilizó la metodología de redes semánticas naturales que consistió en aclarar el objetivo de la red mediante la presentación de conceptos estímulo articulados a la tutoría para las palabras: tutor, acompañamiento y tutorado. El punto de interés es la identificación de conceptos y conductas asociadas a éstas, aludiendo a la recomendación de Reyes Lagunes (12) respecto a que los estímulos recomendados deben ser mínimo tres y máximo cinco. Los estímulos se escribieron en hojas carta de forma vertical, se solicitó a cada tutor que leyera sus definidoras y escribiera los conceptos relacionados con cada una para luego asignar números en función de la relación, importancia o cercanía que consideraran en función con el estímulo, indicándoles que marcaran con número 1 la palabra más cercana con el estímulo, con dos la que sigue en importancia y así, sucesivamente. Para esta actividad se asignaron tres minutos para respuestas. Una vez concluida, se dio un minuto más para jerarquizarlas y se pasó al siguiente estímulo hasta concluir los tres minutos considerados. Se cuida la validez con la entrevista grupal y la conferencia de búsqueda. Los códigos

utilizados para codificar las respuestas cualitativas fueron numerados de acuerdo con los tutores y se ordenaron numéricamente: Tutor 1 (T1), tutor 2 (T2) y así, sucesivamente.

La entrevista grupal sirvió para identificar las actividades de tutoría y la jerarquización de los conceptos (definidoras) y su justificación en tres momentos de la formación: ingreso, trayectoria y egreso.

En un archivo del programa Excel se organizaron las palabras definidoras por cada enunciado nodo y se les ordenó de mayor a menor de acuerdo con el peso semántico. Una vez agrupada la información, se obtuvieron los siguientes valores: Valor J= Riqueza de la red: reúne el total de palabras definidoras de la red por cada enunciado detonador. Valor M= Peso semántico de las definidoras: ponderación jerárquica atribuida a las palabras definidoras, se realiza al sumar la ponderación de las frecuencias de las definidoras de acuerdo con su jerarquización. Conjunto SAM= Definidoras con pesos semánticos altos.

Las consideraciones éticas incluyeron informar a los participantes con respecto a los fines de la investigación y obtener el consentimiento informado. La definición de las categorías se adaptó a partir de las planteadas por Piña y colaboradores (10) como sigue:

<b>Categorías</b>	<b>Definición</b>
Relación tutor-alumno:	Comprende aquellos significados que denotan el tipo de vínculo establecido entre el tutor y el tutorado.
Formación del tutorado:	Procesos que intencionalmente establece el tutor para favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas, el pensamiento crítico, la profundización en el campo de conocimientos y de la investigación.
Experiencia profesional:	Reúne elementos que el tutor ha consolidado como resultado de su trayectoria profesional/investigación y académica, que lo ubican en una situación de mayor experticia, necesaria y conveniente para favorecer el aprendizaje de otros.
Comunicación y empatía:	Significados que aluden o califican la comunicación que establece el tutor con sus alumnos.
Características personales:	Comprende conceptos que aluden a las características personales de los participantes, tales como el rol o los valores.
Elaboración de tesis:	Reúne significados vinculados con las habilidades y las herramientas que requiere el alumno para el desarrollo de una investigación y que se plasman en su tesis.

## RESULTADOS

La tutoría como acompañamiento para la trayectoria escolar de los alumnos (véase tabla 2).

Las actividades que el tutor del PUEE lleva a cabo en la tutoría se diferencian durante la

**Tabla 2**  
**Muestra las acciones de la tutoría del ingreso al egreso de los alumnos del PUEE**

<b>Ingreso</b>	<b>Trayectoria escolar</b>	<b>Egreso</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar las tareas en tiempo y forma.</li> <li>• Flexibilidad y apertura en las actividades académicas.</li> <li>• Identificar las actividades a realizar en el campo clínico.</li> <li>• Conocer el programa de posgrado y de tutoría del PUEE.</li> <li>• Cumplir con lineamientos y normatividad de la UNAM, de las sedes y de las prácticas.</li> <li>• Atender los objetivos de aprendizaje del plan y programa de clases o seminarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia 100% a sus asesorías programadas.</li> <li>• Calificaciones aprobatorias mínimas que establece la normativa de posgrado.</li> <li>• Cumplir las normas de la institución.</li> <li>• Debe portar el uniforme reglamentario acorde a la actividad que realiza en el área clínica.</li> <li>• Apegarse a los lineamientos y normatividad de prácticas clínicas.</li> <li>• Asistir a eventos extracurriculares.</li> <li>• Durante la práctica clínica el alumno empleará los conocimientos teóricos, actitudinales, habilidades, lenguaje e intervención propios de su especialidad.</li> <li>• Entregar su estudio de caso completo al final de segundo semestre revisado y validado por su tutor.</li> <li>• Colaborar en las actividades de enseñanza y práctica.</li> <li>• Asistir a eventos extracurriculares.</li> <li>• Entregar su estudio de caso completo al final del segundo semestre revisado y validado por su tutor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Titularse dentro de los seis meses posteriores al egreso.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

Como puede apreciarse, el ingreso y la trayectoria escolar son fases de alta demanda con apego a la normativa del PUEE. El acompañamiento inicial del tutor está dirigido a difundir y dar a conocer estos aspectos al alumno, así como vigilar su cumplimiento. Hacia el egreso, ese rol cambia para asesorar específicamente la tesis de los alumnos y su titulación.

Ejercer el acompañamiento en la tutoría implica por un lado liderazgo, pero también experiencia profesional clínica. Los significados muestran que de las 75 definidoras obtenidas para el concepto

tutor, la de mayor peso semántico es líder, que corresponde a la categoría de análisis: características personales. La que corresponde a experiencia profesional obtuvo menor peso semántico, aunque concentra a cuatro de ellas: conocimiento especializado, docente especialista, experiencia y enseñanza. La relación tutor-alumno contiene a las definidoras: responsabilidad y autoridad; mientras que la categoría formación del tutorado contiene a la definidora asesoría (véase tabla 3).

**Tabla 3**  
**Definidoras de mayor peso semántico para el concepto TUTOR**  
**Valor J= 75 Total de definidoras**

<i>Tutor</i>			
<i>Conjunto SAM Definidoras de mayor peso semántico</i>	<i>Valor M Peso semántico de las definidoras</i>	<i>%</i>	<i>Categorías de análisis</i>
1. <i>Líder</i>	99	100%	<i>Características personales.</i>
2. <i>Conocimiento especializado</i>	83	83.84	<i>Experiencia profesional.</i>
3. <i>Docente especialista</i>	71	71.72	<i>Experiencia profesional.</i>
4. <i>Experiencia</i>	54	54.55	<i>Experiencia profesional.</i>
5. <i>Acompañamiento</i>	52	52.53	<i>Formación del tutorado.</i>
6. <i>Enseñanza</i>	45	45.45	<i>Experiencia profesional.</i>
7. <i>Responsabilidad</i>	36	36.36	<i>Relación tutor-alumno.</i>
8. <i>Asesoría</i>	26	26.26	<i>Formación del tutorado.</i>
9. <i>Autoridad</i>	14	14.14	<i>Relación tutor-alumno.</i>
10. <i>Comunicador</i>	12	12.12	<i>Comunicación y empatía.</i>

Fuente: elaboración propia.

El tutor tiene conocimiento especializado del campo donde se inserta el alumno, es una figura académica cuyo liderazgo se fundamenta en la experiencia profesional clínica, como se muestra en la justificación que dieron algunos tutores:

“El tutor académico comparte los conocimientos y aprende en conjunto con los alumnos, los procesos” (T2). “Un tutor académico debe tener un conocimiento teórico y práctico para dar el

acompañamiento” (T4). “El tutor debe tener dominio del tema, poder transmitirlo, saber orientar, acompañar” (T6).

Aunque no basta ser tutor en la especialización, también hay criterios que guían a los tutores, como se muestra a continuación:

“Si no hay experiencia en lo que se hace o se guía, no se puede ser un buen tutor” (T3). “Un tutor académico debe trascender el conocimiento en el tutorado para generar el empoderamiento en su especialidad” (T4). “El tutor debe brindar el tiempo necesario dependiendo de cada necesidad personal con compromiso y responsabilidad” (T6).

Su experticia se ubica también en dimensiones más allá de la cognitiva, técnica o procedimental:

“Debe contar con emoción para la docencia, para transmitir el conocimiento

partiendo de una identidad que ayude en la formación y cambio en la actitud” (T5). “El tutor es un guía en la formación de nuevos especialistas, por ello es importante ser flexible en la forma de pensar y razonar con los alumnos. Ser motivador para la superación personal y tener pasión por su especialidad” (T8).

Los resultados relativos al tutor muestran que la formación de especialistas de alto nivel sólo puede lograrse a través del liderazgo académico y de la formación especializada del tutor, quien tiene estas características aunque haya cursado otros niveles de posgrado.

#### 1. La motivación en el acompañamiento tutorial

De las 101 definidoras totales para el concepto acompañamiento, la de mayor peso semántico es la motivación, que es una dimensión socioafectiva para la formación de los alumnos (véase tabla 4).

**Tabla 4**  
**Definidoras de mayor peso semántico para el concepto ACOMPAÑAMIENTO**  
**Valor J= 101 Total de definidoras**

Acompañamiento			
Conjunto SAM Definidoras de mayor peso semántico	Valor M Peso semántico de las definidoras	%	Categorías de análisis
1. Motivación	165	100%	Formación del tutorado.
2. Liderazgo	87	52.73	Características personales.
3. Responsabilidad	57	34.55	Relación tutor-alumno.
4. Compromiso	57	34.86	Relación tutor-alumno.
5. Continuidad en formación	56	33.94	Formación del tutorado.
6. Confianza	53	32.12	Características personales.
7. Conocimiento	47	28.48	Experiencia profesional.
8. Habilidad práctica	42	25.45	Experiencia profesional.
9. Trascendencia	37	22.42	Formación profesional.
10. Reflexión	24	14.55	Formación del tutorado.

Fuente: elaboración propia.

El *acompañamiento* contiene cuatro categorías de análisis: formación del tutorado, características personales del tutor, relación tutor-alumno y experiencia profesional. Cada una de ellas contiene definidoras que enfatizan la dimensión socioafectiva del aprendizaje a desarrollar en los alumnos del posgrado.

La justificación de los tutores para la jerarquía recupera al acompañamiento como un espacio relacional entre el tutor y el alumno orientado en las prácticas clínicas:

“Dar el ambiente necesario al alumno para brindar seguridad y poder desarrollar sus conocimientos” (T1).  
 “Comunicación entre los tutorados, para lograr una práctica clínica exitosa, dando

como fruto una correcta enseñanza” (T5). “Comparte de manera cercana la experiencia clínica” (T11).  
 “Los tutores ayudan a que los alumnos se conviertan en mejores profesionales y personas con compromiso por su profesión” (T13).

El acompañamiento en la tutoría está principalmente dirigido a la práctica clínica especializada fundamentada en la experiencia del tutor.

*1. El alumno: un aprendiz activo*

De las 105 definidoras obtenidas para *tutorado*, la de mayor peso semántico fue aprendiz activo, que junto con persona definen las características personales como una categoría fuerte en la representación de los tutores (véase tabla 5).

**Tabla 5**  
**Definidoras de mayor peso semántico para el concepto TUTORADO**  
**Valor J= 105 Total de definidoras**

<b>Tutorado</b>			
<b>Conjunto SAM</b> <b>Definidoras de mayor peso semántico</b>	<b>Valor M</b> <b>Peso semántico de las</b> <b>definidoras</b>	<b>%</b>	<b>Categorías de análisis</b>
<i>Aprendiz activo</i>	137	100%	<i>Características personales.</i>
<i>Responsabilidad</i>	56	40.88	<i>Relación tutor-alumno.</i>
<i>Comprometido</i>	54	39.42	<i>Relación tutor-alumno.</i>
<i>Conocimiento</i>	44	32.12	<i>Elaboración de tesis.</i>
<i>Expectativa</i>	13	9.49	<i>Relación tutor-alumno.</i>
<i>Profesional</i>	12	8.76	<i>Experiencia profesional.</i>
<i>Oportunidad de aprender y enseñar</i>	12	8.76	<i>Relación tutor-alumno.</i>
<i>Ejecutar procedimientos y técnicas</i>	11	8.03	<i>Formación del tutorado.</i>
<i>Formación</i>	10	7.30	<i>Formación del tutorado.</i>
<i>Persona</i>	10	7.30	<i>Características personales.</i>

Fuente: elaboración propia.

Las justificaciones de las jerarquías de los conceptos de los tutores muestran que, en la orquesta de la tutoría, el papel del alumno es difuso. La relación tutor-alumno, la elaboración de la tesis, la experiencia profesional y la formación del tutorado requieren que “el alumno deba comprometerse y ser responsable para adquirir nuevos conocimientos y abrirse a diversas expectativas y aceptar oportunidades de aprendizaje” (T1). “Aspire a ser especialista y requiere cierta guía o acompañamiento durante sus estudios” (T2). Asimismo, que acepte ser guiado por su tutor:

“Acepte el acompañamiento y participa de manera activa en el transcurso de éste” (T3). “Se le asume como una persona holística que es profesionista y desarrollará su ser profesional y para ello cuenta con fortalezas, debilidades y dificultades que

deben explotar su potencial siempre ayudado de su inteligencia emocional” (T4). “Es importante que el tutorado posea los deseos para tener apertura mostrando una actitud ante el conocimiento” (T13).

Además de los saberes fundamentales para ser guiado, “el tutorado tiene que saber la teoría y los conocimientos de las patologías para así lograr saber qué intervención de enfermería especializada dará al paciente” (T5). “Persona con disposición a la apertura de nuevos conocimientos para su crecimiento profesional” (T8).

Los compromisos y responsabilidades de los alumnos y los tutores se definieron para tres momentos: planeación, trayectoria y egreso en tres ejes identificados en la entrevista grupal y la conferencia de búsqueda: apego al plan de estudios del PUEE (9) y a la normativa del programa, valores de los alumnos en tutoría y competencias de los

alumnos en tutoría con los siguientes valores porcentuales obtenidos en referencia al ej (véase tabla 5).

Los tutores consideran que los valores son fundamentales en la formación en la

especialización y el acompañamiento tutorial. Las competencias de los tutelados y la tutoría acentúan el vínculo profesional en el egreso (véase tabla 6).

**Tabla 6**  
**Muestra valores de la tutoría en la formación de los especialistas en enfermería**

Ingreso	Trayectoria escolar	Egreso
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mostrar respeto a los profesores, compañeros, pacientes y equipo multidisciplinario.</li> <li>•Responsabilidad para la entrega de trabajos en tiempo y asistencia a su práctica.</li> <li>•Asistencia y puntualidad en las actividades académicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Durante la práctica clínica el alumno empleará los conocimientos teóricos, actitudinales, habilidades, lenguaje e intervención propios de su especialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Honestidad.</li> <li>•Ejercicio profesional ético.</li> <li>•Actualización a lo largo de la vida.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

El acompañamiento del tutor gira en torno al estudio de caso clínico. Al ingresar, se consideran aspectos como la comunicación

asertiva, disponibilidad a la tutoría, trabajo colaborativo en el aula y en el campo clínico, además de autonomía.

## DISCUSIÓN

Se encontró, que la aplicación del modelo transteórico en el entorno universitario es útil para identificar la etapa de cambio en la que se encuentran los estudiantes con respecto a realización de actividad física, lo que concuerda con los resultados de López M. y cols.<sup>17</sup> en su estudio; Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, Concepción de Chile, y con Práxedes A. y cols.<sup>18</sup> en la investigación; Niveles de actividad física en estudiantes universitarios: diferencias en función del género, la edad y los estados de cambio.

El objetivo del estudio fue identificar el significado de la tutoría que tienen las y los tutores del PUEE para brindar el acompañamiento a los alumnos. La tutoría como acompañamiento tiene una función clara en los tutores: fortalecer la práctica clínica de los estudiantes. Los hallazgos coinciden parcialmente con los reportados por Piña y colaboradores (10), ya que la tutoría en la especialización está orientada a la formación clínica especializada. Es decir, se reconoce que el acompañamiento es fundamental en la formación clínica

especializada del alumno, pero condicionada por la experiencia y saber de los tutores.

La tutoría que se vislumbra es de corte tradicional, orientada en el seguimiento de instrucciones y la ejecución de procedimientos, técnicas y normativas. El apego a la normativa en el acompañamiento tiene relación con la vigilancia que realiza para el cumplimiento de requisitos que solicita el programa, pero también las instituciones donde realiza sus prácticas clínicas. Los rasgos personales del tutor se refieren a su liderazgo académico debido a que la especialización requiere una importante participación en la práctica clínica, lo cual coincide con González, Molina y Granizo (6).

La tutoría contiene significados que ubican a la figura del tutor con más énfasis que la consigna internacional que demanda la enseñanza para el aprendizaje que postula la importancia del alumno como centro del aprendizaje. Existe una perspectiva de la tutoría que se fundamenta en la normativa desde el ingreso, que habría que delinear un perfil de tutor con la perspectiva de las Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud en la UNAM (2015). (15).

Así, el tutor ofrece una tutoría con variantes en el acompañamiento tutorial y configuraciones resultantes de una gran diversidad de factores propios de los actores y del proceso tutorial que, hacia el egreso, el tutor cumple más con la función de asesorar el proceso de titulación. El rol de tutor como

un líder se traduce en las características personales del académico o profesional que brinda la tutoría. La experiencia profesional, en cambio, se orienta en la función del docente que se refiere a la capacidad de enseñar estos saberes especializados a los enfermeros en formación de posgrado.

La relación tutor-alumno se acota en las prácticas tanto clínicas como tutorales. No obstante, en la noción de tutorado es difusa, pero se reconoce que el aprendiz es activo para aceptar ser guiado por un tutor, para comprometerse y ser responsable de adquirir conocimientos. La mirada es tanto cuanto más aspiracional basada en valores, pues no se mencionan estrategias de aprendizaje como se plantea en el modelo de Tutoría Clínica Reflexiva de Jiménez y Jiménez (11), que contribuiría a poner al alumno en el centro del aprendizaje y establecer una relación tutorial participativa e incluyente.

Las definidoras muestran que los significados de los tutores con respecto al acompañamiento son más claros para la figura del tutor que del tutorado. La relación tutor-alumno se orienta en la responsabilidad y en la autoridad, es decir, la figura del tutor tiene que ser reconocida como autoridad frente a los alumnos, ya que es la puerta de acceso a las prácticas clínicas especializadas y también a los saberes no dichos de un oficio. La noción de acompañamiento de los tutores conserva un tinte tradicional de la enseñanza. La perspectiva de que el saber del tutor implica

dominio, transmisión y orientación representa una mirada conservadora de la tutoría que no reconoce otras dimensiones del aprendizaje como son las socioafectivas (15) y emocionales (3, 5).

Aunque en el caso de reconocer las emocionales, aluden a ellas como las que vive el tutor por la docencia o en la motivación que se sugiere es externa al estudiante, pues es la figura del tutor la que motiva la superación personal y la pasión por la especialidad. Con esta mirada, la motivación como proceso psicosocial se reduce a un actor, el tutor. No obstante, en el ámbito

académico, Bandura (16) ha demostrado la importancia que revisten las metas, las atribuciones y las expectativas de los alumnos y de los docentes en el éxito escolar.

No se identificaron elementos en el significado de los tutores articulados al proceso pedagógico (3, 10). El vínculo pedagógico de la tutoría para conducir las actividades académicas y las competencias de los tutorados comprometidas en el programa de especialización en enfermería requiere analizarse.

## CONCLUSIONES

El acompañamiento es esencialmente una labor orientada en aspectos socioafectivos, como la motivación, la comunicación y la empatía (4) desde la mirada externa al alumno y en relación directa con el tutor. El papel activo del alumno, estrategias centradas en el alumno para el acompañamiento y la reflexión se desdibujan en las representaciones de los tutores. La noción del tutorado, como aprendiz activo y persona, apareció con menor fuerza, por lo

cual la perspectiva humanista del cuidado en la formación de los especialistas requiere indagarse con mayor profundidad. Finalmente, no aparecieron conceptos o significados relacionados con la investigación y la tutoría, por lo que se requiere mayor investigación de las formas de acompañamiento de los tutores para la investigación en este nivel de posgrado y actividad sustantiva de la universidad.

## REFERENCIAS

1. González SA, Mondéjar RJ, Ortega SJ, Sánchez SA, Silva PL, Sánchez SY. Evolución histórica de la tutoría en la formación de profesionales de la enfermería. Rev Méd Electrón [Internet] Jul-Ago de 2016;38(4):646-656. Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1921/3127>
2. Fresán OM y Romo LA. Publicaciones ANUIES. México. ANUIES; 2000 [Consultado: 8 de enero de 2019]. Recuperado de: <http://publicaciones.anuies.mx/novedades/9/programas-institucionales-de-tutoria-una-propuesta-de-la-anuies>
3. González G. Tutoría y competencias de investigación en los alumnos de posgrado de la UNAM. Colección posgrado del posgrado en pedagogía de la UNAM. México: Díaz de Santos; 2014.
4. Vygotsky LS. El Desarrollo de los procesos psicológicos superiores. 1ª ed. Barcelona: Crítica, Grijalbo; 1979.
5. Goleman, D. La práctica de la inteligencia emocional. España: Kairós; 1999.
6. UNAM-Reglamento General de Estudios de Posgrado. [Internet] [Consultado: 23 de marzo de 2019]. Recuperado de: <http://www.posgrado.unam.mx/es/normatividad>
7. UNAM-Agenda Estadística. Varios años. [Internet] [Consultado: 1 de abril de 2019]. México: UNAM; 2019. Recuperado de: <http://www.planeacion.unam.mx/Agenda/>
8. Saura LJ, Delgado ME, Martínez GN, Martínez PA, Hernández LM. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia. Sci Dir [Internet]. 2014 enero; 21(3): 77-82.
9. González CG, Molina AH, Granizo YE. Programa de especialización en Enfermería Familiar Comunitaria. Una realidad en Ecuador. Elsevier, 2017; 18(1):44-48.
10. Piña JI, Ponce GG, Pineda OJ y Lara AM. Significado de la tutoría en el programa de Maestría en Enfermería desde la perspectiva de sus tutores. En: Graciela González. Directora. Evaluación educativa en las ciencias de la salud. Un esbozo en el marco de la responsabilidad social universitaria. México: ENEO-UNAM; 2019. pp. 206-226.
11. Jiménez SR, Jiménez MC. La tutoría clínica reflexiva: un modelo de práctica docente en enfermería. México: Porrúa; 2011: 206-226.
12. Reyes LI. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Rev. de psico. social y personalidad, 1993;9(1):81-97.
13. Escuela de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Programa Único de Especialidades en Enfermería. México: UNAM; 1998. [Internet] [Consultado: 20 de febrero de 2019]. Recuperado de: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/especialidades-enfermeria.php>
14. González JG. La importancia de la tutoría para la elaboración de la tesis en la maestría: su dimensión socioafectiva. En Glazman, R. Coordinador. Camino a la titulación. Trazos, tesis y tramos. México: Colección de Estudios de Posgrado; 2010. p. 244.
15. Universidad Nacional Autónoma de México. Perfil de competencias del tutor de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM, 2005. [Consultado: 23 de mayo de 2019]. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/316342690\\_Perfil\\_de\\_competencias\\_del\\_tutor\\_de\\_posgrado\\_de\\_la\\_UNAM](https://www.researchgate.net/publication/316342690_Perfil_de_competencias_del_tutor_de_posgrado_de_la_UNAM)
16. Bandura A. Self-efficacy. The Corsini encyclopedia of psychology, 2010. p.1-3.

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Componentes de cultura de paz: diferencias por sexo en matrimonios longevos

## Components of culture of peace: differences by sex in long- lived marriages

Cecilia Sarahi de la Rosa Vázquez<sup>1</sup>, Rosa Isabel Garza Sánchez<sup>1</sup>, Claudia Yudith Reyna Tejada<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El lenguaje asertivo, la escucha activa y la tolerancia a la frustración forman parte de los componentes de cultura de paz, entendida como el conjunto de usos, costumbres, tradiciones y valores que favorecen la resolución de conflictos mediante el diálogo. **Objetivo:** identificar diferencias significativas por sexo en los componentes de tolerancia a la frustración, lenguaje asertivo y escucha activa a partir del sexo. **Material y métodos:** participaron 75 matrimonios mexicanos con veinte años o más de casados, con edades que van desde los 40 hasta los 83 años (M=57.3, DE=7.3). El instrumento utilizado incluye tres componentes: tolerancia a la frustración (compuesta por ocho ítems) con los indicadores de disposición optimista al cambio y el manejo del estrés; lenguaje asertivo (compuesto por siete ítems) con los indicadores de no gritos ni malas palabras y expresar lo que se piensa; escucha activa (con siete ítems) la cual hace referencia al silencio, la atención y comprensión. La fiabilidad fue de .790 según el coeficiente de alfa de Cronbach. El procedimiento de recolección de datos fue mediante una encuesta auto aplicada a partir de un muestreo no probabilístico en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos y comparativos mediante la prueba U de Mann-Whitney a un nivel de significancia  $p \leq .050$ . **Conclusión:** Se encontraron diferencias significativas en los tres componentes a favor de las mujeres esto relacionado a la duración del matrimonio.

**Palabras clave:** matrimonio, comunicación, cultura de paz.

### ABSTRACT

**Introduction:** Assertive language, active listening and tolerance to frustration are part of the components of the peace culture, understood as the set of uses, customs, traditions and values that favor conflict resolution through dialogue. **Objective:** identify significant differences by sex in the components of tolerance to frustration, assertive language and active listening from the sex. **Material and methods:** participants 75 Mexican marriages who are twenty years old or more of married, with ages ranging from 40 to 83 years (M = 57.3, SD = 7.3). The scale used includes three components: Frustration tolerance (eight items) measures the optimistic disposition to change and the management of stress; assertive language (seven items) that measures no screaming and expression of bad words, what the person thinks and; Active listening (seven items) which refers to silence, attention and understanding. The reliability was of .790 according to Cronbach's alpha. The data collection procedure was through a self-applied from a non-probabilistic sampling in the city of Saltillo, Coahuila. Data were analyzed with descriptive and hypothesis tests using the Mann-Whitney U test at a significance level  $p \leq .050$ . **Conclusions:** Significant differences were found in the three components in favor of women this related to the length of marriage.

**Keywords:** marriage, communication, culture of peace

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Trabajo Social. Coahuila, México.

Recibido: 17 de mayo de 2019.  
Aceptado: 2 de diciembre de 2019.

Correspondencia para el autor: Rosa Isabel Garza Sánchez. Avenida Dra. Cuquita Cepeda de Dávila s/n.  
Col. Adolfo López Mateos. C.P. 25125. Saltillo, Coahuila, México. isabelgarza@uadec.edu.mx

## INTRODUCCIÓN

El matrimonio implica el intercambio de ideas y sentimientos, requiere honestidad y expresión sincera (Esere, Yeyeodu, & Oladun, 2014), una práctica común en México consiste en que las parejas se casan dos veces, una por el civil, para cumplir con la legislación presente y una por la iglesia, para cumplir con lo establecido en la religión que profesan (Silva, 2014), la calidad de la relación matrimonial se puede medir a partir del modo en que los miembros de la pareja perciben la forma de compartir intereses, valores, objetivos y puntos de vista (Jiménez-Picón, Lima-Rodríguez, & Lima-Serrano, 2018).

En un estudio sobre la calidad conyugal medido a partir de cinco dimensiones que comprenden: satisfacción, comunicación, unidad, problemas y desacuerdos indica que el sexo, la educación, la elección del cónyuge y la duración del matrimonio emergen como los determinantes más importantes de estas dimensiones, específicamente en hombres con mayor escolaridad, aquellos que participaron en la elección de su cónyuge y aquellos que han estado casados por más tiempo tienen niveles más altos de calidad marital y la satisfacción conyugal es mayor cuando hay congruencia de la pareja en la centralidad trabajo-familia en parejas de doble ingreso (Xie, Shi, & Ma, 2017).

Otras investigaciones se han centrado en el efecto que tiene el entrenamiento de componentes de enfoque estructural y sistemático sobre la calidad

marital y la resolución de problemas de las parejas (Nafian, Kimiaee, Zandipour, & Hassanabadi, 2017), el estrés y el afrontamiento en familias reconstituidas como predictores de la calidad matrimonial y el divorcio (DeLongis & Zwicker, 2017), la satisfacción marital de pacientes con depresión (Aggarwal, Kataria, & Prasad, 2017), la relación entre la calidad matrimonial, el apoyo social, y la aceptación social en parejas infértiles (Yazdani, Kazemi, Fooladi, & Samani, 2016) y la relación entre el uso de sitios de redes sociales, satisfacción con el matrimonio y las tasas de divorcio (Valenzuela, Halpern, & Katz, 2014). Hay evidencia de que algunos de los efectos perjudiciales del divorcio se mantienen por largo tiempo, por ejemplo, la vulnerabilidad económica en el caso de las mujeres y mayor dificultad médica en los hombres, ya que pierden a su cuidador principal (Lewin & Stier, 2018).

En un estudio entre la satisfacción y los patrones de comunicación en matrimonios considera que la comunicación es un factor para considerar en los estudios del funcionamiento conyugal (Madahi, Samadzadeh, & Javidi, 2013). Se ha medido la efectividad del entrenamiento de habilidades de comunicación en conflictos maritales y sus aspectos en mujeres casadas (Tavakolizadeh, Nejatian, & Soori, 2015), la relación entre la duración del matrimonio, el rasgo de personalidad, el género y las estrategias de resolución de conflictos de los cónyuges, encontrando que la duración del

matrimonio no tuvo una relación significativa con las estrategias de resolución de conflictos de los cónyuges (Igbo, Grace, & Christiana, 2015).

La importancia de la comunicación conyugal para la armonía y la estabilidad de la pareja mostró que el nivel educativo de los conyuges es uno de los factores mediadores de la comunicación verbal (Gherghinescu & Glăveanu, 2015), los efectos protectores del matrimonio en la salud están ampliamente documentados, sin embargo, investigaciones recientes muestran que estas ventajas se limitan a los matrimonios de alta calidad (Carr & Pudrovska, 2015).

La comunicación no verbal implica el intercambio de información e influencia a través de arreglos contextuales, características físicas estáticas y conducta no verbal en curso, por lo general opera automáticamente y fuera de la conciencia y, en consecuencia, es altamente eficiente (Patterson, 2017). La evolución del lenguaje parte de la suposición de que el lenguaje es una característica exclusivamente humana (Bichakjian, 2017), detectar automáticamente las intenciones sociales y las actitudes humanas a partir de conversaciones habladas es una tarea importante para el procesamiento del habla y la informática social (Ranganath, Jurafsky, & McFarland, 2013).

La definición de escucha activa, es simple, se trata de escuchar bien, se refiere a hacerlo con comprensión y cuidado. El propósito de este tipo de escucha es empatizar y comprender al emisor, es uno de

los componentes más básicos de la comunicación humana y de los que menos se manifiesta en las personas según indica Hernández, Aguaded, & Pérez, (2011). Estos autores dicen que tener una escucha activa requiere adoptar una actitud empática y realizar comportamientos de comunicación no verbal, como modificar el tono de voz más suave, conservar el contacto visual, gestos agradables y una postura que indique interés en lo que el emisor transmite para que pueda existir una escucha de tipo activa, es así que la escucha activa puede mejorar las capacidades de autocontrol y por otro hacerles frente a las barreras de comunicación que se presentan en la cotidianidad (Van-der Hofstadt & Navarro, 2004). Se ha investigado las relaciones entre la escucha activa, la autoconciencia y la empatía en estudiantes de enfermería (Haley et al., 2017), la comunicación asertiva se ha trabajado en niños en edad escolar sobre el acoso entre iguales (Avşar & Ayaz, 2017) pero son pocas las investigaciones que aborden el tema dentro del matrimonio.

Las relaciones humanas son cruciales para la salud y bienestar; el cuidado y el apoyo promueven resultados de salud significativamente mejores. En un estudio con matrimonios se encontró que los obstáculos para una comunicación efectiva incluyen llegar tarde a casa regularmente, un tono de voz áspero durante la conversación y recordar recuerdos de eventos pasados. Algunas soluciones sugeridas para el obstáculo a la comunicación efectiva son; tomar en cuenta la contribución de uno de los cónyuges, tener confianza en el cónyuge

de uno y considerar la opinión del otro al discutir los problemas (Tatangelo, McCabe, Campbell, & Szoeki, 2017).

Las investigaciones previas sobre los vínculos entre el matrimonio y la salud se han centrado principalmente en cómo los aspectos negativos de las relaciones (por ejemplo, conflicto, hostilidad) pueden ser dañinos para la salud física. Por el contrario, un estudio describió el modelo de fuerza y tensión de la calidad marital y la salud, para estudiar los factores de protección que subyacen a los vínculos entre el matrimonio y la salud (Slatcher & Schoebi, 2017). La tasa de mortalidad de las personas solteras y viudas es aproximadamente tres veces mayor que la de las personas casadas de la misma edad (Richmond & Roehner, 2017), el estado civil es más importante para el riesgo de mortalidad de los hombres que para las mujeres, mientras que la calidad marital es más importante para la supervivencia de las mujeres que para los hombres adultos, finalmente la satisfacción conyugal modera la relación entre viudez y mortalidad para las mujeres (Bulanda, Brown, & Yamashita, 2016).

En relación a los estudios de Cultura de paz, dentro de la literatura no se encontró estudios que midan este constructo en el matrimonio, además de que son escasos los estudios que trabajan la cultura de paz desde lo positivo, la mayoría de las investigaciones encontradas trabajan el concepto a partir de un contexto de guerra y conflicto, por ejemplo se ha trabajado la cultura de paz a través de la comunicación familiar en una comunidad musulmana que está en zona de

conflicto (Benharoon, 2013), en lugares de guerra se trabajó a partir de tres componentes: deseo de paz, expectativa de que la paz se materializara y esperanza afectiva (Leshem, 2017) así como en una población escolar de Kenia que había experimentado violencia a partir de un programa de educación para la paz de UNICEF (Lauritzen, 2016). Entendiendo que la educación para la paz es la operacionalización desde el ámbito educativo de la cultura de paz, es la forma de educar en valores como la justicia, democracia, tolerancia, cooperación, respeto, entre otros, los cuales son considerados factores indispensables para lograr una educación de calidad (Vidanes, 2007).

Otros estudios se orientan al impacto del programa de educación para la paz sobre la sensibilidad intercultural en estudiantes universitarios (Arslan, Günçavdı, & Polat, 2015) o sobre el papel que ejercen los maestros para enseñar a sus alumnos sobre la paz (Harris, 2008). También se elaboró un programa de paz que se implementó en más de cuatrocientas cincuenta escuelas locales en Colombia difundiendo una cultura de paz en un contexto social caracterizado por altos niveles de violencia (Pinzon-Salcedo & Torres-Cuello, 2017), así como herramientas audiovisuales en el aula a partir de videoconferencia y su contribución a la educación para la paz (Paderanga, 2014). Se considera que este campo sigue siendo emergente, con más investigaciones teóricas y prácticas requeridas en el futuro (Page, 2010) y sin lugar a duda con el objetivo de ser

sociedades no violentas y pacíficas (Sponsel, 2015).

Muchos de los enfoques para medir la paz que favorecen las organizaciones internacionales, las ONG internacionales y los gobiernos son deficientes, su nivel de análisis suele ser demasiado amplio o estrecho (Mac Ginty, 2013), se ha medido el papel de la educación para la ciudadanía global en la paz y menciona que muchas de las crisis mundiales (guerra, contaminación, terrorismo) son el resultado de malentendidos y falta de familiaridad de culturas entre sí (Farahani, 2014). Es importante pasar de una cultura de investigación de la guerra a una cultura de investigación de la paz (Kim, 2012), a partir de un modelo de educación basado en la coexistencia, el intercambio y las

interrelaciones en las que las personas pueden aprender a respetarse y apreciarse mutuamente (Rodríguez-Martínez & Calvo, 2014).

Por lo que este estudio cobra una vital importancia, al identificar los componentes de la cultura de paz que está presente en los adultos con más de 20 años de matrimonio, debido a la influencia favorecedora que tiene establecer dinámicas de respeto y lenguaje asertivo, comportamientos que se encuentran relacionados con la calidad en las relaciones interpersonales al convertirse un modelo de influencia positiva o negativa en las generaciones posteriores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de corte cuantitativo, con un diseño de tipo transversal, con alcances comparativos o de contraste a partir de variables demográficas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La muestra estuvo conformada por 75 matrimonios (Mujer: M=56.3; DE=7.2, Hombre: M=58.4; DE= 7.4) se utilizó la técnica de bola de nieve (Cruz, 2014). Se obtuvieron los siguientes criterios de selección: matrimonios compuestos por un hombre y una mujer legalmente casados, con una duración mínima de 20 años de

casados, haber nacido en territorio mexicano y con residencia actual en la ciudad de Saltillo, Coahuila, México.

Se utilizó una encuesta (García & Quintanal, 2010), conformada por un apartado de datos demográficos y 22 ítems, dividido en tres componentes: lenguaje asertivo, escucha activa y tolerancia a la frustración. La elección de las variables se encuentra sustentadas en los principios que rigen la cultura de paz, la cual se basa en la adhesión de los principios de libertad, tolerancia, solidaridad, cooperación, pluralismo,

diversidad cultural y diálogo (Gorjón & Sáenz, 2009). La Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (s.f. como se citó Labrador, 2000) hace referencia y aspira a armar a las poblaciones no con fusiles sino con capacidad de diálogo y entendimiento. Para conseguir este objetivo es fundamental establecer relaciones basadas en la tolerancia y solidaridad, por lo que se buscaron instrumentos que pudieran medirlos. Los sujetos respondieron a una encuesta auto aplicada basada en la escala de evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones Trait Meta-Mood Scale TMMS-24 en la adaptación de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004 como se citó en Oliva, Antolín, Pertegal, Ríos, Parra, & Hernando,, 2011). Los tres tipos de respuesta para enfrentar las relaciones interpersonales (Aguilar & Vargas, 2010), el Índice de Satisfacción Matrimonial de Booth y Edward (1983 como se citó en Iraurgi, Sanz, & Martínez, 2009), la escala en su adaptación española del Stress Management del Emotional Quotient Inventory –EQ-i,YV– de Bar.On, R. Y Parker, J.D.A, (2000 como se citó en Oliva, Antolín, Pertegal, Ríos, Parra, & Hernando, 2011), el renovado Test de Orientación Vital realizado por Chico, (2002 como se citó en Vera, Córdova & Celim, 2009) y el test saber escuchar de Codina (2004).

El componente de tolerancia a la frustración (compuesta por ocho ítems) mide la disposición optimista al cambio y el manejo del estrés; el componente de lenguaje

asertivo (compuesto por siete ítems) mide no gritos ni malas palabras y la expresión de lo que piensa la persona y; el componente de escucha activa (con siete ítems) hace referencia al silencio, la atención y comprensión. En relación con la redacción de los ítems, trece están redactados de forma positiva y nueve están redactados de forma inversa. Se utilizó este tipo de enunciados debido a que las escalas que miden los constructos de tolerancia a la frustración, lenguaje asertivo y escucha activa así los manejan. El tipo de escala para medir el instrumento fue Likert, Las respuestas que se utilizaron fueron: nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y siempre. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 24.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la heteroaplicación no remunerada con formato de respuesta anónimo, se realizó en dos periodos por el tiempo que implicaba el proceso. El primer periodo se tenían un total de 100 encuestas, por lo que se continuó con un segundo periodo de aplicación con un total de 150 encuestas a 75 matrimonios, donde cada participante contestó de forma individual. Para la fase de aplicación de la encuesta se contó con el apoyo de una persona, el proceso consistió en la elaboración de una lista de posibles candidatos, que proporcionó el matrimonio que inició con el semillero. Las parejas fueron contactadas vía telefónica, redes sociales y personalmente para preguntarles sobre su participación.

Se utilizó como estrategia la bola de nieve donde se empieza a contactar personas, las cuales a su vez reparten encuestas a conocidos, fungiendo como semilleros que se expanden como olas, la teoría señala que en un número suficiente de olas, la composición de la muestra se estabiliza (Cárdenas & Yáñez, 2011). En el caso que un matrimonio realizará la función de semillero indicando que conocía a matrimonios con características similares, se le otorgaban de tres a cuatro pares de encuestas para que las repartiera con su grupo de conocidos. De esa forma se constituyó el segundo grupo de semilleros que permitían ampliar la ola y generar mayor amplitud de la muestra.

Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población de estudio, posterior a esto se realizó un análisis comparativo mediante la prueba no

paramétrica U de Mann Whitney (UMW) a un nivel de significancia  $\leq 0.050$ , se utilizó como variable agrupadora el sexo de los participantes y como variables de contraste las tres dimensiones del instrumento.

#### *Consideraciones éticas*

Esta investigación cubrió con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, planteadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2002), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Siempre se atendieron a los principios de respeto, autonomía de las personas, conocimiento de los procedimientos y confidencialidad de información.

## **RESULTADOS**

Dentro del análisis descriptivo (véase tabla 1) se encontró que el 42% de los entrevistados tienen la licenciatura cursada, seguido de un 19.3% que tienen estudios técnicos y el 11.3% secundaria, en cuanto a la edad de los

participantes (tabla 1). El 33.3% tiene de 55 a 59 años y un porcentaje similar (34.7%) son mayores a 60 años.

**Tabla 1.**  
**Análisis de frecuencia y porcentaje la escolaridad y la edad de los participantes separado por sexo**

		Femenino	Masculino	Total
Escolaridad	Primaria	5 6.80%	4 5.50%	9 6.20%
	Secundaria	10 13.70%	7 9.60%	17 11.60%
	Preparatoria	8 11.00%	6 8.20%	14 9.60%
	Técnico	21 28.80%	8 11.00%	29 19.90%
	Licenciatura	26 35.60%	37 50.70%	63 43.20%
	Posgrado	3 4.10%	11 15.10%	14 9.60%
	Edad de los participantes	40 a 44 años	4 5.30%	5 6.70%
	45 a 49 años	9 12.00%	4 5.30%	13 8.70%
	50 a 54 años	14 18.70%	12 16.00%	26 17.30%
	55 a 59 años	28 37.30%	22 29.30%	50 33.30%
	60 a 64 años	11 14.70%	18 24.00%	29 19.30%
	65 a 69 años	6 8.00%	10 13.30%	16 10.70%
	70 años o mas	3 4.00%	4 5.30%	7 4.70%

Fuente: Elaboración propia

Los años de casados que obtuvo porcentajes mayores se centró en el grupo de 30 a 34 años de casados (30%) seguido de aquellos que tienen de 35 a 39 años (19.3%), destacan aquellos matrimonios que tienen más de 40 años de casados, alcanzando un 15.9% del total de la muestra. Al preguntar sobre el

número de hijos casi el 70% tuvo entre dos y tres hijos, el nivel socioeconómico medio fue el más predominante (96.7%).

Se realizó un análisis no paramétrico, utilizando la prueba U de Mann Whitney (UMW) del apartado de tolerancia a la frustración, la cual estaba compuesta por

ocho ítems, de los cuales se reporta únicamente aquellos ítems que obtuvieron

diferencias significativas menor o igual a  $p \leq .050$  (véase tabla 2). Se encontró

**Tabla 2.**

*Análisis comparativo del apartado de tolerancia a la frustración del instrumento de cultura de paz en matrimonios.*

	Sexo	N	RP	SR	U-M-W	p
Me resulta difícil esperar mi turno en el supermercado, el banco, las tortillas, etc.	femenino	75	84.97	6373.00	2027.000	.003
	masculino	74	64.89	4802.00		
Me enfado con facilidad.	femenino	73	80.89	5905.00	2125.000	.024
	masculino	73	66.11	4826.00		

RP: rango promedio; SR: suma de rangos; UMW: prueba U de Mann Whitney;  $p \leq 0,050$

De igual forma se realizó un análisis no paramétrico, utilizando la prueba de U-M-W, del apartado de lenguaje asertivo (véase tabla 3), el cual está compuesto de siete ítems. Se encontró diferencia significativa

( $p < 0,050$ ) por sexo en un ítem del indicador de expresar realmente lo que pienso, la cual es puedo hablar de mis emociones, si me siento triste o feliz. Dicha diferencia está cargada al grupo de las mujeres.

**Tabla 3.**

*Análisis comparativo de los apartados de lenguaje asertivo del instrumento de cultura de paz en matrimonios.*

	Sexo	N	RP	SR	U-M-W	p
Puedo hablar de mis emociones, si me siento triste o feliz.	femenino	75	85.82	6436.50	1963.500	.001
	masculino	74	64.03	4738.50		

RP: rango promedio; SR: suma de rangos; UMW: prueba U de Mann Whitney;  $p \leq 0,050$

Se realizó un análisis no paramétrico, utilizando la prueba de U-M-W, del apartado de escucha activa, el cual consta de siete ítems (véase tabla 4). Se encontró diferencias significativas por sexo en dos ítems del indicador de atención y

comprensión, las cuales son mientras escucha a alguien digo cosas como ajam u okey para que sientan que presto atención y miro a los ojos cuando están platicándome algo. Dichas diferencias cargadas hacia el grupo de las mujeres.

**Tabla 4.**

*Análisis comparativo del apartado de escucha activa del instrumento de cultura de paz en matrimonios*

	Sexo	N	RP	SR	U-M-W	p
Mientras escucho a alguien digo cosas, como ajam u okey o muevo la cabeza... para que sientan que presto atención.	femenino	73	81.43	5944.50	2085.500	.020
	masculino	73	65.57	4786.50		
Miro a los ojos cuando están platicándome algo.	femenino	73	82.30	6008.00	2095.000	.008
	masculino	74	65.81	4870.00		

RP: rango promedio; SR: suma de rangos; UMW: prueba U de Mann Whitney;  $p \leq 0,050$

## DISCUSIÓN

Al analizar los datos generales se destaca un gran porcentaje de matrimonios que tienen estudios de licenciatura (42%), así como los años de casados, teniendo 30 años o más representando un 65% de la muestra, concordando con las investigaciones realizadas por Allendorf & Ghimire (2013) que mencionan que la educación y el tiempo que tienen en matrimonio son elementos determinantes en la calidad conyugal.

Dentro de las principales diferencias por sexo encontradas en el apartado de tolerancia a la frustración se destaca el enfadarse con facilidad, y la diferencia se orienta hacia las mujeres, Mustaca (2018) menciona que la frustración se puede medir a partir de la comparación entre lo esperado y lo recibido, y puede desencadenar respuestas emocionales y cognitivas, así, las mujeres presentan indicadores que muestran baja tolerancia a ciertos eventos cotidianos.

Al identificar los componentes que integran el lenguaje asertivo, las diferencias por sexo se centraron en el ítem de poder hablar de mis emociones, si me siento triste o feliz, la diferencia se cargó hacia las

mujeres, entendiendo que si se observa desde una perspectiva de género, los estereotipos adscriben características y roles, definen los esquemas de referencia influyendo en los comportamientos (Vázquez-Cupeiro, 2015), dando mayor apertura a las mujeres de poder expresar emociones y sentimientos. Es posible, que la forma en que se educa a hombres y mujeres en México influya específicamente en este ítem del apartado de lenguaje asertivo, apoyado en una “representación cultural” que contiene ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes, mandatos y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y de los hombres (García & Castro, 2017).

El último componente medido es la escucha activa, haciendo referencia a poner atención cuando la otra persona le está hablando y mirarlo, y la diferencia está cargada hacia las mujeres, quienes tienden a buscar alternativas, favoreciendo la negociación, quizá es por una de las razones que se hace presente la longevidad en sus matrimonios.

Es importante mencionar que el 34.7% de la muestra está ubicada en el grupo de adultos mayores, y un porcentaje similar (33%) en el grupo de 55 a 59 años, en México las personas de la tercera edad son consideradas un grupo vulnerable (CONAPRED, 2011) por lo que el componente de escucha activa, tolerancia a la frustración y lenguaje asertivo se pueden considerar como factores protectores de la calidad marital, ya que son parejas que poseen más de 20 años de matrimonio, situación que ha cambiado a lo largo del tiempo, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2018), por cada 100 matrimonios hay 22.2 divorcios en México, lo que indica un número acelerado de divorcios en los últimos 20 años, visualizando el matrimonio como un contrato en donde si

las cosas no “funcionan” es sencillo terminarlo, y no se ve como un compromiso asumido por ambas partes en donde se requiere de un trabajo constante y una estrategia de comunicación efectiva para ir construyendo un futuro juntos.

Por lo que las acciones que realizan los matrimonios con más de dos décadas de convivir apuntan hacia la construcción vida en pareja satisfactoria, al considerar estrategias asertivas de comunicación, coincidiendo con lo descrito por Aguilar y Vargas (2010) donde la asertividad de las personas se ve reflejada en proteger sus propios derechos y respetar los de los demás, sintiéndose bien con ellos mismos y tienen confianza; son personas que se muestran sociables y emocionalmente expresivos.

## CONCLUSIONES

Las limitantes del estudio radican en la ausencia de indicadores biológicos o biomarcadores que permitan tener evidencia más objetiva sobre el estado de salud de la pareja, y como éstos pueden o no afectar la consolidación del matrimonio, por otro lado, se hace necesario vincular la cultura de paz con variables que midan la resolución de conflictos y las estrategias de negociación

Se sugiere seguir trabajando estos tres componentes en personas adultas, para

conocer las estrategias que utilizan en las diferentes situaciones que viven en su día a día y que recursos utilizan para hacerles frente, así como realizar más investigaciones sobre la Cultura de Paz, ya que como se mencionó párrafos anteriores, son pocas las investigaciones en torno a este tema, y la mayoría están orientadas dentro de instituciones educativas o con un enfoque de violencia o en conflicto.

## REFERENCIAS

- Aggarwal, S., Kataria, D., & Prasad, S. (2017). A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 65-70.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.08.003>
- Aguilar Morales, J. E., & Vargas, J. E. (2010). Comunicación Asertiva. Asociación Oaxaquena de Psicología A.C, Recuperado de:  
[http://www.conductitlan.net/psicologia\\_organizacion/comunicacion\\_asertiva.pdf](http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacion/comunicacion_asertiva.pdf).
- Allendorf, K., & Ghimire, D. J. (2013). Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Social Science Research*, 42(1), 59-70.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.09.002>
- Ardilla, R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, México, 2003. Recuperado de  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460318300627>
- Arslan, Y., Günçavdı, G., & Polat, S. (2015). The Impact of Peace Education Programme at University on University Students' Intercultural Sensitivity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 2301-2307.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.891>
- Avşar, F., & Ayaz Alkaya, S. (2017). The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 186-190.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.020>
- Benharoon, S. Y. (2013). Building a Culture of Peace in Muslim Community in Southern Thailand through Family Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 91, 522-531.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.450>
- Bichakjian, B. H. (2017). Language evolution: How language was built and made to evolve. *Language Sciences*, 63, 119-129.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.langsci.2017.03.004>
- Bulanda, J. R., Brown, J. S., & Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*, 165, 119-127.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.025>
- Cárdenas Castro, J., & Yañez Yañez, S. (2011). Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestras por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos. *Universitas Psychologica*, 11(2), 571-578.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-2.nfmm>
- Carr, D., & Pudrovská, T. (2015). Marital Quality and Health A2 - Wright, James D. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 512-517). Oxford: Elsevier.

- Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación [CONAPRED] (2011). Resultados sobre personas adultas mayores. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México - ENADIS- INAPAM (Vol. 1, pp. 83): INAPAM.
- Codina Jiménez, A. (octubre de 2004). Saber Escuchar, un intangible valioso. Recuperado el 7 de mayo de 2015, de Intangible Capital: [intangiblecapital.org/index.php/ic/article/download/23/29](http://intangiblecapital.org/index.php/ic/article/download/23/29)
- CIOMS (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Recuperado de: [http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas\\_Eticas\\_Internac.pdf](http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf)
- Cruz Hernández, P. (2014). Muestreo No Probabilístico. Obtenido de Universidad Autónoma Chapingo: <http://chapingo-uruza.info/archivos/49-P.pdf>
- DeLongis, A., & Zwicker, A. (2017). Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Current Opinion in Psychology*, 13, 158-161. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.11.003>
- Eseré, M. O., Yeyeodu, A., & Oladun, C. (2014). Obstacles and Suggested Solutions to Effective Communication in Marriage as Expressed by Married Adults in Kogi State, Nigeria. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, 584-592. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.751>
- Farahani, M. F. (2014). The Role of Global Citizenship Education in World Peace and Security. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 934-938. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.323>
- García, M. J. M., & Castro, A. M. P. (2017). Análisis de los Estereotipos de Género en alumnado de Formación Profesional: Diferencias según sexo, edad y grado. *Revista de Investigación Educativa*, 35(1), 151-165. doi:[10.6018/rie.35.1.257191](https://doi.org/10.6018/rie.35.1.257191)
- García Domingo, B., & Quintanal Díaz, J. (2010). La Encuesta. Obtenido de Métodos de Investigación y Diagnóstico en la Educación: <http://brayebran.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf>
- Gherghinescu, R., & Glăveanu, S. M. (2015). The educational Level and the Style of in-couple Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 67-71. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.013>
- Gorjón Gómez, F. J., & Sáenz López, K. A. (2009). Métodos Alternos de Solución de Controversias. D.F.: Patria.
- Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rao Rettiganti, M., & Anders, M. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *NursingPlus Open*, 3, 11-16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npls.2017.05.001>
- Harris, I. M. (2008). Peace Education: College and Universities A2 - Kurtz, Lester. In

- Encyclopedia of Violence, Peace, & Conflict (Second Edition) (pp. 1477-1488). Oxford: Academic Press.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la investigación (6.a ed.). México: McGraw- Hill.
- Igbo, H. I., Grace, A. R., & Christiana, E. O. (2015). Relationship between Duration of Marriage, Personality Trait, Gender and Conflict Resolution Strategies of Spouses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 490-496. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.05.032>
- Iraurgi, I., Sanz, M., & Martínez Pampliega, A. (20 de diciembre de 2009). Adaptación y Estudio Psicométrico de dos Instrumentos de pareja: Índice de satisfacción matrimonial y escala de inestabilidad matrimonial. Recuperado el 4 de mayo de 2015, de Revista IIPSI: [sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion.../v12.../a12v12n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion.../v12.../a12v12n2.pdf)
- INEGI (2018). Estadísticas de natalidad, mortalidad y nupcialidad. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/nupcialidad/>.
- Jiménez-Picón, N., Lima-Rodríguez, J.-S., & Lima-Serrano, M. (2018). Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. *Atencion Primaria*, 50(4), 205-212. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.012>
- Kim, M.-S. (2012). World peace through intercultural research: From a research culture of war to a research culture of peace. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(1), 3-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.11.009>
- Lauritzen, S. M. (2016). Building peace through education in a post-conflict environment: A case study exploring perceptions of best practices. *International Journal of Educational Development*, 51, 77-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2016.09.001>
- Leshem, O. A. (2017). What you wish for is not what you expect: Measuring hope for peace during intractable conflicts. *International Journal of Intercultural Relations*, 60, 60-66. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.06.005>
- Lewin, A. C., & Stier, H. (2018). Marital status, gender, and material hardship: Evidence from Israel. *Advances in Life Course Research*, 35, 46-56. doi:<https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.01.002>
- Mac Ginty, R. (2013). Indicators+: A proposal for everyday peace indicators. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 56-63. doi:<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.07.001>
- Madahi, M. E., Samadzadeh, M., & Javidi, N. (2013). The Communication Patterns & Satisfaction in Married Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1190-1193. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.725>
- Mustaca, A. E. (2018) Frustracion y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65-81.

- doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4643>
- Nafian Dehkordi, M., Kimiaee, S. A., Zandipour, T., & Hassanabadi, H. (2017). Effectiveness of the structural approach components on the marital quality, and problem solving of couples. *European Psychiatry*, 41, S697. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1229>
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., & Hernádo Gómez, Á. (2011). Instrumentos para evaluar el desarrollo positivo adolescente y los activos familiares, escolares y comunitarios que lo promueven. Recuperado el 14 de marzo de 2015, de Andalucía Consejería de Salud: [http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS\\_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf](http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf)
- Paderanga, L. D. (2014). Classroom Video Conferencing: Its Contribution to Peace Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 123, 113-121. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1404>
- Page, J. (2010). Peace Education A2 - Peterson, Penelope. In E. Baker & B. McGaw (Eds.), *International Encyclopedia of Education (Third Edition)* (pp. 850-854). Oxford: Elsevier.
- Patterson, M. L. (2017). Nonverbal Communication ☆. In Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology: Elsevier.
- Pinzon-Salcedo, L. A., & Torres-Cuello, M. A. (2017). Community Operational Research: Developing a systemic peace education programme involving urban and rural communities in Colombia. *European Journal of Operational Research*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.11.040>
- Ranganath, R., Jurafsky, D., & McFarland, D. A. (2013). Detecting friendly, flirtatious, awkward, and assertive speech in speed-dates. *Computer Speech & Language*, 27(1), 89-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.csl.2012.01.005>
- Richmond, P., & Roehner, B. M. (2017). Impact of marital status on health. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 486, 542-553. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physa.2017.05.079>
- Rodríguez-Martínez, C., & Calvo, G. (2014). Gender and Positive Social Interaction at School: A Proposal based on the Culture of Peace and the Capability Approach. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 107-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.285>
- Slatcher, R. B., & Schoebi, D. (2017). Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 148-152. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.002>
- Sponsel, L. E. (2015). Peace and Nonviolence: Anthropological Aspects A2 - Wright, James D. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 624-630). Oxford: Elsevier.

- Tatangelo, G., McCabe, M., Campbell, S., & Szoek, C. (2017). Gender, marital status and longevity. *Maturitas*, 100, 64-69.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.002>
- Tavakolizadeh, J., Nejatian, M., & Soori, A. (2015). The Effectiveness of Communication Skills Training on Marital Conflicts and its Different Aspects in Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 214-221.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.112>
- Valenzuela, S., Halpern, D., & Katz, J. E. (2014). Social network sites, marriage well-being and divorce: Survey and state-level evidence from the United States. *Computers in Human Behavior*, 36, 94-101.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.034>
- Van-der Hofstadt Román, C. J., & Navarro Cremades, F. (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 30(11), 552-556.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(04\)74369-5](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(04)74369-5)
- Vázquez-Cupeiro, S. (2015). Ciencia, estereotipos y género: Una revisión de los marcos explicativos. *Convergencia*, 22(68), 177-202.  
Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/5854>
- Vera Villaroel, P., Córdova Rubio, N., & Celim Atenas, K. (enero-abril de 2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (lot-r) en población chilena. Recuperado el 7 de mayo de 2015, de *Revistas Científicas PUJ*: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UPKkkfyeUtAJ:revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/402/292+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=mx>
- Vidanes, J. (2007). La educación para la paz y la no violencia. Obtenido de *La Revista Iberoamericana de Educación es una publicación editada por la OEI*: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/experiencias146.htm>
- Xie, J., Shi, Y., & Ma, H. (2017). Relationship between similarity in work-family centrality and marital satisfaction among dual-earner couples. *Personality and Individual Differences*, 113, 103-108.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.021>
- Yazdani, F., Kazemi, A., Fooladi, M. M., & Samani, H. R. O. (2016). The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 200, 58-62.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.02.034>

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Influencia de parteras tradicionales capacitadas en la salud materna en una región maya

## Influence of traditional midwives trained in maternal health in a Mayan region

Maricela Balam-Gómez, MCE<sup>1</sup>, Roberth Amilcar Pool Góngora, MCE<sup>1</sup>, Jorge Alonso Cutis-Cano, LE<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la influencia de las parteras tradicionales mayas capacitadas en la salud materna en el embarazo, parto y posparto en Tizimín. **Metodología:** Estudio cualitativo, no experimental, exploratorio, etnográfico, con cuatro informantes, ubicadas mediante muestreo de bola de nieve; aplicando entrevistas semiestructuradas, observación no participante y diario de campo; análisis con método propuesto por Minayo y Teoría del aprendizaje cultural de Tomasello. **Resultados:** Desde el aprendizaje imitativo, en su percepción como parteras, proporcionan cuidados basados en la transmisión de conocimientos ancestrales, predomina satisfacción ante reconocimiento social. En aprendizaje colaborativo, destaca capacitación de medicina biomédica; en embarazo aconsejan cuidado respecto al sobre esfuerzo, así como en nutrición, higiene y ejercicio. En el parto priorizan armonía de frío-calor, estado emocional de la mujer, cuidados de baño al recién nacido y limpieza del cordón umbilical, utilizando materiales del sector salud. En el posparto destaca el cuidado de la alimentación, cuidado del seno y con el aire exterior. **Conclusiones:** Prado evidencia parteras posmodernas o autónomas que integra conocimiento biomédico. Sánchez ratifica formación de parteras, que retoman conocimientos médicos, recuperando milenaria experiencia de generaciones de parteras. Las parteras de Tizimín ejercen su labor de manera autónoma.

**Palabras clave:** embarazo, parto, posparto, partería.

### ABSTRACT

**Objective:** Describe the influence of traditional Maya midwives trained in maternal health during pregnancy, delivery and postpartum in Tizimín, Yucatán. **Methodology:** Qualitative, non-experimental, exploratory, ethnographic study, with four informants, located by snowball sampling; applying semi-structured interviews, non-participant observation and field diary; Analysis with method proposed by Minayo and Theory of cultural learning of Tomasello. **Results:** From imitative learning, in perception as midwives, provide care based on transmission of ancestral knowledge, satisfaction prevails in the face of social recognition. In collaborative learning, biomedical medicine training stands out; in pregnancy they advise care regarding overexertion, as well as nutrition, hygiene and exercise. In the delivery, they prioritize harmony of cold-heat, emotional state of the woman, bath care for the newborn and cleaning of the umbilical cord, using materials from the health sector. In the postpartum, care in food, breast care and outside air is important. **Conclusions:** Prado evidences that postmodern or autonomous midwives integrate biomedical knowledge. Sanchez ratifies training of midwives, who regain medical knowledge, recovering millenary experience of generations of midwives. Tizimín midwives exercise their work autonomously.

**Key words:** pregnancy, delivery, postpartum, midwifery.

<sup>1</sup>Unidad Multidisciplinaria Tizimín, Universidad Autónoma de Yucatán. Yucatán, México.

Recibido: 17 de abril de 2019.

Aceptado: 5 de julio de 2019.

Correspondencia para el autor: MCE. Maricela Balam-Gómez. Calle 48 S/N entre CONAFE y Fracc. Vivah, Tizimín, Yucatán, México. maricela.balam@correo.uady.mx

## INTRODUCCIÓN

La tutoría universitaria juega un papel relevante en el desempeño de los estudiantes en este nivel educativo. Los jóvenes que ingresan a las aulas, aunque son en su mayoría adultos en edades de 18 años o más, aún se encuentran en un proceso de maduración personal que nos hace susceptibles a múltiples cambios: adaptarse a un nuevo ambiente, con nuevos colegas, exigencias, actividades y responsabilidades, entre otras. Al respecto, se reconoce que la formación universitaria tiene “implicaciones importantes en la formación y trayectoria personal”, que impacta en el continuo cambio y desarrollo de la identidad (1).

Las parteras son consideradas mujeres sabias por sus conocimientos herbolarios y de los ciclos reproductivos; históricamente han tenido un lugar primordial en la organización social de los pueblos (1). Su nacimiento tiene relación con el asentamiento de antiguos pueblos nómadas en donde las mujeres pertenecientes a la familia y luego a la comunidad sustituyeron a los hombres en la atención del parto. En la época cristiana fue una profesión establecida y requería personas adecuadas para su práctica (2).

A finales del siglo XV la medicina se volvió una disciplina y una profesión establecida solo para hombres, llegando a excluir a las mujeres, movimiento que coincidió con la ideología misógina circulante, el cual versaba sobre cómo identificar a las brujas y qué hacer con ellas; esta descalificación de las mujeres continuó por unos siglos más con el arte de partear por mujeres sanadoras.

Desde esa época se les culpabilizó a las parteras por la mortalidad materno infantil, por lo que era urgente la necesidad de su entrenamiento y licencia o su total reemplazo por médicos o personal de enfermería (2).

Por consiguiente, a partir del siglo XIX se decidió reemplazar a las parteras tradicionales por mujeres analfabetas entrenadas en escuelas de medicina, que fuesen auxiliares de los médicos, logrando así su profesionalización. Este entrenamiento también fue diseñado para limitar el rol de las parteras a lo médico y para deshacerlas de sus funciones sociales y rituales (2).

Expuesto lo anterior, se debe tomar en cuenta que la partería es una práctica que va más allá de la atención obstétrica de la biomedicina, ya que no sólo se circunscribe a la atención del parto, sino también en adquisición de reconocimiento como sujetos fundamentales de la salud, agentes morales, consejeras y sanadoras (2).

En 2011, México realizó reformas a la Ley General de Salud (LGS) que reconocieron la partería profesional. No obstante, actualmente las parteras tradicionales están siendo prácticamente eliminadas sin tener a alguien que continúe con esta práctica; además, sus funciones se han reducido a unas cuantas actividades, y se les responsabiliza de la mortalidad materna, ignorando la determinación social que la original (3).

Un estudio determinó en mujeres con parto en casa, tasas menores de cesáreas, de

desgarros perineales, de hemorragias postparto y de infecciones, a diferencia de las mujeres asistidas por una partera en un hospital, y menores cifras que en mujeres asistidas por un médico en un hospital. Por lo tanto, los partos en casa conllevan respecto a los partos en hospital menores tasas de intervenciones en la madre (4).

Albers y cols. realizaron un estudio, en el cual matronas y parteras atendieron los partos y obtuvo que, estas tienen un alto grado de experiencia en la realización de un parto normal, con un porcentaje de tracto genital intacto (definido como ausencia de separación de tejido en cualquier sitio) del 23%. Los estudios de resultados perineales han definido comúnmente un tracto genital intacto como "sin traumatismo, o traumatismo menor y no curado", con la cual dicho porcentaje sería del 73%, cifra sorprendentemente alta, dado que el 40% de todas las participantes fueron madres primerizas (5).

Respecto al recién nacido, se mejora su bienestar y salud; la revisión de Sandall y cols., sobre los modelos de continuidad dirigidos por parteras, destacó la posibilidad de que los resultados adversos, incluido el parto prematuro, se pudieran reducir al alterar el paquete estándar de atención prenatal para incluir una mejor continuidad de la atención dirigida por parteras (6).

Por su parte, Symon y cols., en su revisión sistemática, acerca de las intervenciones de parteras, encontraron 17 estudios realizados en Inglaterra, Irlanda, China, Canadá, Australia, Escocia, Suecia y México; los cuales indican que, la partera es el cuidador

principal y el profesional principal responsable de la atención, pero en caso de complicaciones, cuentan con asistencia médica obstétrica o de otro tipo. Refieren la existencia de parteras en equipo, que brindan atención y asumen la responsabilidad compartida de un grupo de mujeres desde el período prenatal, hasta el parto y la atención posnatal. Otro tipo es la obstetricia de casos, en donde la partera asume la responsabilidad de la continuidad de la atención durante el embarazo, el parto y el período postnatal para una pequeña cantidad identificada de mujeres (7).

Empero, es importante enfatizar que existen diferencias en cuanto a los resultados de otros estudios, pues algunos defienden la seguridad del parto en casa a diferencia de otros (7).

Es claro que las parteras interfieren en la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-infantil sobre todo en comunidades rurales y urbanas, ligado estrechamente con la marginación, la saturación, ineficacia o deficiencia en los servicios médicos de hospitales o unidades médicas<sup>3</sup>. A pesar de estas últimas justificaron un incremento al relacionar la alta mortalidad infantil con la ignorancia materna y las prácticas erróneas de las parteras tradicionales, quienes atendían más del 90% de los nacimientos (2). En los países donde la atención hospitalaria es gratuita, las precarias condiciones socioeconómicas de las mujeres y sus familias no les permiten asumir otros gastos como suministros hospitalarios y medicamentos, aunado a la falta de flexibilidad para los pagos en el hospital.

Puesto que en las comunidades donde existen parteras entrenadas, si les permiten pagar los servicios posteriormente al parto y por cuotas (2).

Como esta situación, se han generado prácticas de poder, autoridad y desconocimiento, que condiciona el desplazamiento de las parteras, porque sus saberes no entran en las lógicas de la medicina moderna (8). El lugar del parto y de su atención sea elegido o impuesto, se ve impulsada, a su vez, por diferenciales de recursos, experiencias, momentos del proceso de embarazo, de parto y de puerperio (1).

Por otra parte, existen organismos que avalan el trabajo de la partería: la organización mundial de la salud (OMS) establece directrices para la conducción del parto, en el cual incluye a las parteras entre los profesionales de la salud a quienes dirige la Guía, refiriendo que son quienes elaboran protocolos y políticas de salud nacionales y locales (9).

El fondo de población de las naciones unidas (UNFPA), en su informe “El estado de las parteras en el mundo 2014”, basado en 73 de los 75 países de bajos y medianos ingresos, en donde ocurren más de 92% de todas las muertes maternas, neonatales y mortinatos del mundo, menciona que la partería es un elemento clave de la atención en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal; por lo tanto, son los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién nacidos (10).

Dentro del sistema de salud de México, como marco normativo la Norma Oficial Mexicana

(NOM) define a la Partera técnica, como la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico; Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

La NOM señala que la atención durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Se debe humanizar el embarazo y parto y facilitar el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres, para lograr un proceso fisiológico y natural durante el embarazo y parto; por esto, todas las instituciones de salud deben capacitar a las Licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Así mismo establece que los partos de bajo riesgo de término pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas, evidenciando una participación importante de las parteras como proveedoras de cuidados (11).

Al respecto, la Confederación Internacional de Matronas (CIM), señala que las parteras deben ayudar a la mujer y a su familia a planificar un lugar de nacimiento apropiado, durante el parto debe proveer cuidados a la mujer en el lugar que eligió para dar a luz siguiendo las políticas y los protocolos adecuados. Plantea las competencias esenciales para la práctica de la partería, como declaraciones holísticas que reflejan la Filosofía y el Modelo de Atención de Partería, las cuales promueven la autonomía de las matronas para ejercer, para ofrecer apoyo psicológico y promover el parto natural, para la defensa de los derechos humanos, el consentimiento informado y la toma de decisiones para las mujeres. Asimismo, para promover la práctica basada en la evidencia, incluida la reducción de intervenciones innecesarias. Por último, el papel de la matrona para evaluar, diagnosticar, actuar, intervenir, consultar y referir según sea necesario, incluso proporcionar intervenciones de emergencia (12).

Por su parte la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) considera que es una opción válida el parto en el hogar si es atendido por una partera cualificada y sugiere que debe ser una prestación asumida por el Sistema Nacional de Salud. Aunque la mayoría coincide que es necesario que el profesional de la salud informe de manera científica y cuidadosa a los padres sobre los beneficios, riesgos y seguridad durante el parto, siendo la decisión final de la madre donde debe ser atendida (13).

Por lo tanto. la promoción de atención desde la partería genera la interacción desde

diversas perspectivas para su aceptación. Aunque la atención esté disponible y sea accesible, si ésta no es aceptable para las mujeres, sus familias y la comunidad, es imposible lograr una cobertura eficaz de los servicios. Implica que todos los establecimientos y personal vinculado a la atención sean culturalmente adecuados y respetuosos en el trato. La aceptabilidad considera las diferencias de género, el curso de vida respeta la confidencialidad y coloca al centro la importancia de escuchar las voces de las mujeres y sus comunidades (14). También los cambios culturales, científicos y políticos han generado el traslado de la atención del parto en el hogar al hospital, ligado a disminuir la mortalidad materno-infantil; a pesar de esto, solo se logró generalizar una patologización del proceso de parto. Dicha hegemonía, está siendo cuestionada porque las personas ya prefieren la asistencia del parto en el hogar, como consecuencia de malas experiencias de partos institucionalizados tanto en el sistema de salud público como en el privado (1).

Se ha expuesto que las parteras aluden al abandono y desacreditación de su práctica por parte del sector salud, pero manifiestan apertura para ser capacitadas y trabajar en equipo con el personal (15). Esta capacitación se posiciona en tres modalidades, 1) actualización por instituciones de salud, 2) formación por organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo, mediante mesas de diálogo reflexivo con personal de salud y parteras profesionales, 3) enseñanza transgeneracional (16).

Tomando en consideración estas aseveraciones, el presente estudio se basa en la aplicación de la Teoría del Aprendizaje Cultural citado por Tomasello y Cols. al considerar que el aprendizaje cultural se manifiesta de tres maneras: aprendizaje imitativo, aprendizaje por instrucción y aprendizaje colaborativo (17).

En cuanto al aprendizaje que las parteras ya han adquirido, ha sido principalmente por imitación e instrucción al observar a sus padres, abuelas y/o tías, ejercer la partería, complementándolo por los consejos que éstas les dan, durante su primer acercamiento y/o práctica de la partería con la población. Por consiguiente, los conocimientos y habilidades que las parteras adquieren han sido de generación en generación, lo cual les brinda además de las capacitaciones y actualizaciones, la seguridad y confianza para asistir un parto. Por su parte, ellas actualmente, así como sus ancestros tienen la disposición de transmitir las mismas enseñanzas, empero, en la sociedad actual son escasas las personas que demuestran el interés por aprender. En contraste, un aprendizaje profesional desde la formación académica toma sentido al efectuarse desde una institución formal, con validez oficial, acreditación así alineado a directrices internacionales. En México, la escuela mexicana de parteras profesionales de Guanajuato es la única escuela con reconocimiento oficial, a cargo de la organización de la sociedad civil del Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (CASA) (18). También, existe la escuela de parteras profesionales de Tlapa

de Comonfort en Guerrero, una escuela pública, única a nivel nacional. Por otro lado, la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería de la Cruz Roja Mexicana, ubicada en Morelos, la cual es de índole privado. Otras son la Escuela de mujeres Aliadas en Michoacán, Escuela de partería de Guerrero, y la Escuela de Iniciación a la Partería Luna Llena en Oaxaca. Adicionalmente se encuentra la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia que forma enfermeras obstetras (14). De estas escuelas, actualmente en México, han egresado más de 100 parteras profesionales; cifras comparadas con más de 15,000 parteras tradicionales que hay en México. No obstante, ambas tienen el firme objetivo de procurar el bienestar de la mujer y el recién nacido.

A diferencia de otros países como Chile y Argentina, en México, aún falta que la partería sea una carrera en la educación universitaria de los jóvenes, lo cual enfrenta muchos obstáculos para su incorporación en los sistemas de salud. A pesar de, las personas que estudian la partería profesionalizante cuentan con becas otorgadas por el gobierno del estado o de fundaciones nacionales e internacionales. Con respecto a la enseñanza, en las escuelas de partería profesional y de licenciatura, se tienen personal docente formadas en el Modelo de Partería en México. Sin embargo, todavía falta capacitación de profesores en competencias de la partería, como, por ejemplo, en las Licenciaturas en Enfermería y Obstetricia y otras que forman especialistas en salud perinatal.

En cuanto al aprendizaje colaborativo, en este se empiezan a establecer los principios de relación biomédica, con el fin de lograr el mejor bienestar de las personas durante el embarazo, parto y puerperio (17).

Se puede concluir que el aprendizaje cultural es una forma de aprendizaje social específicamente humana que permite la transmisión fiel de conductas y de información a través de los miembros de la especie, imposible en otras formas de aprendizaje social (17).

Es importante enfatizar que, para las parteras profesionales, al final, la remuneración económica será siempre un aspecto trascendental para el ejercicio de su oficio. En el caso de las parteras tradicionales, la remuneración no está condicionada al dinero necesariamente; su ejercicio se articula con el uso de la medicina tradicional y al ser parte de la comunidad conoce y comprende los rituales, símbolos y significados que tiene para la cultura étnica el embarazo, el parto y puerperio (19).

Durante el embarazo las prácticas que realizan las parteras son: maniobras de palpación para colocar en una correcta posición al bebé para el nacimiento, y decidir junto con la madre dónde y cómo será el parto. En todo momento la partera debe estar disponible para brindar atención a la mujer embarazada (20).

El rol de la partera es de gran relevancia en el parto, debe ir orientada a competencias tanto técnicas como relacionales, destinadas a otorgar una atención de calidad basada en el buen trato, el apoyo emocional, el acompañamiento, la cercanía y la entrega de

información veraz y oportuna. La partera debe favorecer la participación de la madre en la toma de decisiones, y permitir que se sienta la protagonista de ese momento asegurando un estado emocional óptimo para el desarrollo del vínculo con su recién nacido (21).

En muchos espacios rurales de México, las parteras no sólo atienden los nacimientos; también participan en sus comunidades como curanderas, haciendo uso de sus conocimientos y experiencia con la herbolaria, sabiduría que les ha sido heredada desde tiempos prehispánicos (1).

A las parteras tradicionales es común que se les ubique en áreas rurales y otras de difícil acceso geográfico, que gocen de liderazgo y confianza en sus comunidades, por lo que son agentes clave para abordar otros problemas relacionados con la salud de la mujer (19).

La principal actividad realizada actualmente por parteras tradicionales está centrada en la atención materno-infantil antes y después del parto, principalmente para dar posición al bebé. Algunas otorgan servicios de primeros auxilios y atención a nosologías de medicina tradicional como el susto y el empacho con el uso destacado de la herbolaria (16).

En este sentido, las parteras tradicionales consideran necesario compartir sus experiencias con médicos y personal de enfermería, para promover la valoración de su trabajo, además de manifestar la necesidad y disposición para ser capacitadas por el sector salud. Por consiguiente, organizaciones de la sociedad civil,

manifiestan necesario el reconocimiento y valoración del ejercicio de la partería tradicional y brindar facilidades para su profesionalización (16).

Si bien ha habido divergencias entre parteras profesionales y parteras tradicionales, son más las disimilitudes que la partería tradicional y la profesional tienen con la obstetricia biomédica centrada en el riesgo. Por ende, se trata de un conflicto entre sistemas de conocimientos distintos y estructuras de poder (3), ya que persiste en considerarlas incapaces de aprender habilidades necesarias a pesar de que se les instruya (2).

Particularmente el rechazo de los médicos hacia mujeres de pueblos originarios es uno de los principales testimonios, como ocurre en los servicios de salud de Oaxaca donde hay una total discriminación de este personal de salud hacia la medicina tradicional y, sobre todo, hacia la práctica de las parteras tradicionales (22).

No obstante, actualmente en México ha surgido el interés por parte del sector salud a través del Seguro Popular en el reconocimiento a la labor de la partería tradicional, estableciendo mecanismos para asignación presupuestaria que favorezca su remuneración (22).

Por otra parte, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del estado de Guerrero las parteras rurales son capacitadas por médicos de los hospitales y Unidades de Medicina Familiar (UMF), donde actualizan sus conocimientos en procesos de planificación familiar y en la identificación de

características de un embarazo de alto riesgo logrando evitar la mortalidad materna (23).

Yucatán es uno de los estados de la República Mexicana, que conserva tradiciones y costumbres en sus comunidades, que van desde lo sociocultural hasta el cuidado de la salud. Como parte de ello se encuentra la medicina tradicional, que desde la cultura ancestral maya se continúa practicando a través de las parteras, de quienes se deriva el interés en el cuidado hacia las mujeres embarazadas, antes y después del parto y cuidado al recién nacido (25).

Pereira realizó un estudio en diferentes lugares de Yucatán, en el cual nueve mujeres fueron entrevistadas en Mérida, Sudzal, Valladolid y Chichimilá, como resultados se encontró que acudieron con distintos proveedores de atención de la salud para el control del embarazo (público, privado y tradicional). Todas las entrevistadas acudieron con una partera tradicional durante su control prenatal. Por medio de la sobada, las expertas locales posicionaron a los bebés para que pudieran nacer por vía vaginal; esta práctica garantizó que los nacimientos ocurrieran sin la necesidad de una cesárea. Para dar a luz, cuatro acudieron con una partera y cinco con un médico; los motivos para quienes se atendieron con una partera fueron: que en su hogar se sentían con mayor confianza, en familia y estaban seguras de que sus bebés no serían maltratados (23).

Tizimín, Yucatán escenario donde se llevó a cabo esta investigación, forma parte de uno de los municipios más importantes del estado, localizado en la región oriente,

donde aún prevalecen y se encuentran arraigadas las costumbres y creencias en torno a la salud. Quiénes han ejercido en el municipio durante décadas el arte de partear, lo han dejado debido a que ya fallecieron o se encuentran incapacitados. De las parteras identificadas para este estudio, todas afirman ser parteras profesionales, porque han recibido actualizaciones por parte de la Secretaria de Salud (SS) y el IMSS para la atención del binomio madre-recién nacido.

Las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional que han sido convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación con enfoques biomédicos. La partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de vida, en camino a convertirse en una agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes: la del control de la natalidad.

Por ello, es fundamental crear una mayor difusión y revalorización del trabajo de las parteras a nivel nacional e internacional, para incidir en el incremento de tasas de sobrevivencia de madres y recién nacidos en países que no cuentan con los servicios suficientes de salud para su población, efectuando reconocimiento e incorporación de las parteras capacitadas en los sistemas

de salud pública, como respuesta a la necesidad de desaturar los centros de salud pública y promover métodos de asistencia relacionados con medicina tradicional (26).

En el área de la partería, las parteras tradicionales están aún en el último peldaño del escalafón, su legitimación y reconocimiento político sigue en pie de lucha en algunos países como Guatemala, México y Ecuador o en otros apenas es necesario empezar su camino como es el caso de Colombia y Chile (19).

Es posible decir que la subestimación de las parteras tradicionales dentro de la partería se debe en gran parte a la estrecha relación de sus prácticas con métodos no científicos, que no las deja gozar del reconocimiento, con el que sí cuentan las parteras profesionales (19).

La legitimación y reconocimiento político sigue en pie de lucha para las parteras tradicionales y es aquí donde las escuelas tienen un campo por explorar y ayudar a fortalecer mediante investigaciones que den sustento a mejorar la práctica del arte de partear (27).

Considerando lo citado, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la influencia de las parteras tradicionales mayas capacitadas en la salud materna en el embarazo, parto y posparto en Tizimín, Yucatán?

## MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se realizó en el periodo de agosto de 2015 a marzo de 2016 en Tizimín,

### Diseño

Estudio con enfoque de tipo cualitativo, diseño no experimental, de alcance exploratorio, partiendo del método etnográfico, ya que se recopilaron de primera mano las experiencias, creencias, valores, perspectivas y motivaciones de las parteras, las cuales constituyen un grupo con reconocimiento social, constituido con fines de brindar un servicio con enfoque intercultural (28).

### Sujetos

Participaron cuatro informantes clave, que conforman el total de parteras capacitadas de Tizimín que cumplieron los criterios de inclusión correspondientes, los cuales fueron: radicar en Tizimín, que contaran con capacitación por los servicios de salud, estuvieran ejerciendo la partería, y firmaran el consentimiento informado.

Fueron localizadas mediante el muestreo no probabilístico de bola de nieve, lo cual fue factible debido a que en la comunidad son pocas las personas que ejercen la partería, por lo tanto, todas se conocen.

### Recogida de datos

El escenario del estudio fue Tizimín, Yucatán, México; ubicado en el oriente del Estado de Yucatán, al sur de México. Los idiomas de la población son el español y con un alto porcentaje la lengua maya. En 2010, 46,715 individuos (70.2% del total de la población) se encontraban en pobreza, de los cuales 31,274 (47%) presentaban pobreza

moderada y 15,441 (23.2%) estaban en pobreza extrema (29). En el 2015, el municipio presentó un índice de rezago social medio equivalente al 0.04678, con respecto al estatal de 0.29446. La condición de rezago educativo afectó a 33.8% de la población, un 10.8% presentó carencia en el acceso a los servicios de salud, el porcentaje de personas que habitaba en viviendas con carencia por calidad y espacio insuficiente fue de 28.2%, y de quienes habitaban en viviendas sin disponibilidad de servicios básicos fue de 68%, respecto al 67.1% obtenido en 2010 (30).

Respecto a servicios de salud, la mayoría de la población acude al Centro de Salud, conformado por 12 módulos, los cuales son la unidad básica en los Centros de Salud y a cada uno de estos le corresponde una zona de influencia que abarca un área delimitada geográficamente en donde existen más de 3,000 habitantes. En Tizimín la razón de médicos por unidad médica era de 6, frente a la razón de 10.4 en todo el estado de Yucatán (31).

Las técnicas cualitativas utilizadas para dar respuesta a la pregunta de investigación fueron la entrevista individual y la observación no participante. La información se obtuvo en el domicilio de las parteras, con apoyo de una entrevista semiestructurada, una guía de observación y un diario de campo. Con fundamento en los preceptos teóricos del aprendizaje cultural humano: aprendizaje imitativo, aprendizaje por instrucción y aprendizaje colaborativo (17),

se diseñó la entrevista semiestructurada, acerca de los cuidados generales en el embarazo, el parto y el posparto. La guía de entrevista semiestructurada contó con la revisión de dos expertos en el tema; se efectuó un piloteo previo con dos parteras de un contexto similar, se valoró la comprensión de las preguntas y se hicieron ajustes a la guía de entrevista; quedó conformada con 25 preguntas. El proceso de recolección y análisis fue llevado a cabo por los investigadores, bajo el consentimiento informado y la aceptación de las parteras participantes. Se obtuvo grabaciones en audio de las entrevistas, posteriormente fueron transcritas; se cotejó la información obtenida con la observación no participante, triangulando los datos y se corroboró la interpretación entre los investigadores, llegando a resultados similares. Para resguardar la intimidad y la confidencialidad, durante la recolecta y el análisis de datos se utilizaron seudónimos, mismos que se encuentran también en la presentación de los resultados.

#### Análisis de datos

Para el análisis, se utilizó el método propuesto por Minayo que consiste en las siguientes etapas: a) preanálisis, que es el contacto directo que tiene el investigador con el material de campo, b) exploración del material, que consiste esencialmente en una

operación clasificatoria de la información para agruparla en categorías – proceso de reducción del texto a palabras y expresiones significativas, y c) confrontar las categorías convergentes y divergentes y discutirla a la luz de los conceptos teóricos y posteriormente establecer conclusiones (32).

En ese contexto se realizaron varias lecturas de las transcripciones, con el objetivo de delimitar fragmentos textuales según las categorías y subcategorías que se describen a continuación:

- El aprendizaje imitativo
  - Percepción de su labor como parteras
  - Inicio de la formación como parteras
- El aprendizaje por instrucción
- El aprendizaje colaborativo
  - La partera en el embarazo
  - La partera en el nacimiento
  - La partera en el posparto

Los fragmentos fueron agrupados de forma manual en su categoría correspondiente utilizando una matriz de datos. Luego, el análisis y la interpretación se centraron en el material discursivo agrupado en cada categoría, y se organizaron de una forma argumental y narrativa (32).

## RESULTADOS

### Caracterización de las participantes

La tabla 1 presenta las características generales de las parteras que participaron en el estudio. Todas iniciaron como parteras tradicionales en Tizimín, Yucatán, posteriormente recibieron capacitación por la Secretaría de Salud, como organismo encargado de la profesionalización de las parteras. Actualmente llevan ejerciendo la partería por más de 20 años, su edad fluctúa

entre los 48 y 79 años, son casadas y originarias de la Ciudad de Tizimín.

El domicilio de la partera es el lugar donde atienden a las mujeres, se visualiza que realizan limpieza de su área de trabajo, cuentan con la existencia de material y equipo clínicos para la atención del parto, así como insumos para la preparación de medicinas elaboradas a base de hierbas.

*Tabla 1*

*Características de las parteras profesionalizadas de Tizimin, Yucatán, 2016.*

Seudónimo	Edad	Estado civil	Edad de inicio en la partería	Años laborando como partera	Capacitada por la Secretaría de Salud	Bilingüe maya/español
Partera N° 1	67	Casada	19	48	Si	Si
Partera N° 2	78	Casada	18	60	Si	Si
Partera N° 3	67	Casada	14	53	Si	Si
Partera N° 4	49	Casada	20	24	Si	Si

*Fuente: Elaboración propia.*

### El aprendizaje imitativo

De acuerdo a Tomasello (17), en el aprendizaje imitativo, el aprendiz internaliza algo de las estrategias de comportamiento del modelo. La observación de las mujeres cercanas a ellas ejerciendo la partería, fue primordial para que las participantes del estudio decidieran imitarlas; con lo que adquirieron los conocimientos y las habilidades que posteriormente, pondrían en práctica. Al convertirse ya en parteras, también obtuvieron el reconocimiento de la sociedad a la que sirven.

### *Percepción de su labor como parteras*

La atención del proceso del embarazo, parto y posparto, utilizando los servicios de las parteras es bien vista en la comunidad yucateca; en el contexto de la cultura de la región, se tiene como tradición la transmisión de los conocimientos de la partería de generación en generación. La percepción que tienen de la partería es muy importante para ejercerla con calidad; es un legado de gran valor tanto para quienes lo enseñan como para las aprendices. Las parteras refieren que, al

ser mujeres, generan empatía y confianza, motivo por el cual sus servicios son solicitados aún en la actualidad; consideran que su trabajo es integral y acorde a las necesidades de la población, por lo que también acuden al domicilio de las personas cuando se les requiere.

A cambio de su dedicación a la partería, obtienen un reconocimiento social por las familias de la población. Son llamadas “comadre”, por las mujeres a quienes atendieron durante su embarazo, parto y puerperio; las cuales enseñan a los hijos que ellas ayudaron a nacer, el respeto a las parteras, a quienes les llamarán “madrinas”, debiendo saludarlas y respetarlas para siempre.

*“Es algo que me gusta mucho, le agradezco mucho a mi suegra porque fue ella quien me enseñó todo lo que ahora sé. Me llena de felicidad cuando al pasar por las calles y toparme con las señoras a quienes he atendido me llaman comadre, se siente muy bonito. También cuando veo a mis ahijados y llamarme madrina es algo lindo. También significa mucho lo que soy porque ha habido situaciones en los que he tenido partos difíciles y haciendo hasta donde Dios me permite todo ha salido bien, y ahora ver a mis ahijados disfrutando y creciendo en esta vida, ahora ya han tenido sus propios hijos y he asistido a sus esposas y que me reconozcan lo que sé es muy bonito.” (Partera N°4)*

#### *Inicio de la formación como parteras*

El entorno familiar fue decisivo para que las parteras mayas se involucraran desde temprana edad con el trabajo de la partería, al observar cómo sus madres, abuelas, tías o suegras brindaban sus servicios a las mujeres de la localidad. El inicio de su formación surgió por una vocación de servicio a temprana edad, en algunos casos desde su adolescencia, a los 14 años, participando como ayudantes de las parteras de su familia que ejercían esta labor.

*“El motivo para ser partera...que toda mi familia en cuanto a mujeres habían aprendido esa labor de la partería y me gustaba mucho ver cómo le hacía mi mamá para preparar a las embarazadas y todo el control que llevaban cuando iban a mi casa a ver a mi mamá”. (Partera N°1)*

*“Pues yo empecé desde que tenía 14 años ayudando a mi mamá, nadie mi obligaba, me gustaba mucho ver como mi mamá atendía a las personas y lo que me emocionaba más era cuando lloraban los neneitos, y pues ya después cuando tenía como 19 años ya lo podía hacer sola” (Partera N°3)*

*“Bueno la verdad nunca pensé ser una partera, pero recuerdo muy bien que mi suegra me sugirió un día aprender lo que ella hacía. La ayudaba cuando iba a atender los partos, solamente ayudaba con el agua caliente, el agua para bañar*

*al bebé. Es como entonces empecé a sentir un gusto por ser una partera. Después cuando iba ya bañaba al bebé. También mi suegra me enseñó a sobar para poder acomodar al bebé.” (Partera N°4)*

### **El aprendizaje por instrucción**

Otra forma de aprendizaje cultural es el *aprendizaje por instrucción*, en el cual los aprendices internalizan las instrucciones del maestro y las usan luego para autorregular sus propias funciones atencionales y mnemónicas (17).

En algunos casos, las parteras mayas recibieron instrucciones previamente sobre cómo atender un parto, y lo pusieron en práctica por la necesidad de apoyar a otra mujer, afortunadamente este aprendizaje fue efectivo para ellas, para las mujeres a quienes asistieron y para sus bebés.

*El día que estaba en un rancho pude estar en una situación desesperante para mí, ya que una de las muchachas con las que yo trabajaba estaba a punto de dar a luz a la criatura que esperaba, y tuve que ayudarla siguiendo sus órdenes, ya que no había doctores cerca y estaba lloviendo muy fuerte pero muy fuerte y tenía mucho miedo de atenderla porque mi esposo me había dicho que no me metiera en algo que no supiera porque tenía miedo de que me pudiera pasar algo a mí. (Partera N°2)*

*“Empecé cuando tuve a mi segunda hija, mi mamá fue partera, mi abuela también fue partera, mis tías, mi suegra. Mi mamá me empezó a enseñar porque ella me decía que yo era la única que faltaba por aprender lo de la partería, y pues poco a poco lo fui aprendiendo y hasta ahora mi trabajo es ser partera. Lo aprendí por voluntad. La primera vez que atendí un parto fue porque en ese entonces mi mamá tenía tres partos para atender al mismo tiempo, entonces mi mamá no lo podía atender y me preguntó que, si a lo atendía y acepté, no tuve miedo en decir que sí, me sentí segura.” (Partera N°1)*

*“Mi suegra fue la que me inició en la partería, y ahora estoy enseñando a una de mis hijas para que sea partera y veo que si le gusta; por el momento ya aprendió a sobar “(Partera N°4)*

### **El aprendizaje colaborativo**

Consiste en una colaboración entre pares a fin de construir algo que ninguno de los dos poseía antes de comenzada la interacción. Este puede contribuir al mantenimiento de las tradiciones culturales, dado que los organismos inmaduros de una cultura en particular están expuestos, generación tras generación, a situaciones similares que pueden reclamar esfuerzos y soluciones colaborativas parecidas. El aprendizaje colaborativo es parte importante del

panorama total del aprendizaje y evolución culturales (17).

Las participantes recibieron capacitación por parte del Centro de Salud Urbano, perteneciente a los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) mediante reuniones mensuales, con una duración aproximada de seis horas, en los cuales se abordan temas sobre cuidados del embarazo, material y equipo que deben utilizar para el parto, métodos de desinfección, la conducción del trabajo de parto, la atención a la madre y al recién nacido; asimismo, los cuidados durante el posparto. Esto como parte del proceso de capacitación a las parteras tradicionales del Estado de Yucatán. Un aspecto importante es que se les entregan insumos para la atención del parto, los cuales utilizan; incluso ellas otorgan certificados de nacimiento debidamente legalizadas.

*“Pues ya tiene 3 meses que no he ido porque me enfermé y desde eso no he acudido a capacitación, pero antes de que esto pase, iba a todas las pláticas que me daban no me gustaba fallar a ninguna porque allí te ayudan mucho, hasta material nos dieron la primera vez, es muy bueno “. (Partera N°3)*

*“Desde que me inscribió mi suegra en el seguro, tomo esas pláticas porque viene siendo la capacitación que nos dan para que la atención a las mujeres que están embarazadas sea lo correcto. Ahora no he vuelto a ir,*

*pero el mes anterior fui y los doctores son los que dan las pláticas y hacen que nosotras hagamos lo que nos dicen. Esas pláticas me parecen muy bien porque a veces aprendemos cosas que no sabemos y también para lo que normalmente sabemos lo hagamos con más cuidado. Casi siempre asistimos cada mes” (Partera N°4)*

Las parteras mayas desempeñan su labor con apego y respeto hacia la atención obstétrica de la biomedicina. Les indican a las mujeres embarazadas, que además de los servicios que ellas brindan, acudan al control prenatal que ofrecen las instituciones de salud.

Con fundamento en la teoría recibida en SSY, en el último mes de gestación, la partera verifica mediante palpación la posición del bebé, y con base a esto valora si puede atender el parto o canaliza a la madre a los servicios de salud, para su atención en una clínica.

*“Cuando una mujer que ha tenido complicaciones en partos anteriores es posible que pueda tener nuevamente otra complicación, igual cuando son primerizas ellas tienen que hacer su esfuerzo para poder ayudar a nacer al nene, si ellas no ponen de su parte, el bebé no va nacer pronto y el parto se va prolongar más, entonces es cuando les digo que mejor se vayan a un hospital porque yo sé que no voy a poder*

*atender el parto; algunas veces las acompaño". (Partera N°1)*

Las habilidades que las parteras tradicionales manifiestan poseer incluyen maniobras para "acomodar al bebé" en el útero materno, de manera que este quede en presentación cefálica, para lograr el nacimiento por vía natural. También realizan masajes al abdomen para propiciar el bienestar materno y para estimular al bebé.

Aunque reconocen el trabajo colaborativo y el aprendizaje logrado gracias al centro de salud y al IMSS, ellas mencionan que existe una diferencia entre dichas instituciones de salud y la partería, y es la calidad de sus servicios.

*"Pues que en el centro de salud solo te checan, pero no te valoran, en cambio nosotras sí, cambiamos la posición del bebé si está atravesado, le damos masajes a la mamá, y le decimos qué debe hacer o qué debe tomar, cómo se debe cuidar, y la ayudamos a que el nacimiento del bebé sea por parto natural y no por cesárea, aunque duela más." (Partera N°1)*

*"Siento que es casi igual porque con las capacitaciones que el hospital nos da, es lo que ahí se hace. Aunque en muchas ocasiones las mujeres embarazadas prefieren iniciar su control conmigo porque existe una mayor confianza, pero siempre les digo que primero vayan al hospital*

*y respeten lo que ahí se les dice, si van a tomar ácido fólico o algo así." (Partera N°4)*

La atención brindada por las parteras en el embarazo es de acuerdo con las necesidades de las mujeres; de manera similar a la atención biomédica, las citan cada mes, si el embarazo cursa sin complicaciones. Sin embargo, podía acudir si fuera necesario. En cuanto el embarazo llega al octavo mes, las citan cada semana.

*"Las mujeres embarazadas vienen cada mes a que yo les cheque al chiquito, ya que hay algunas que son muy dramáticas, ya que por cualquier movimiento que sientan les da miedo que se vaya a colocar mal el chan nene." (Partera N°2)*

La partería en Tizimín Yucatán se ejerce con mucha responsabilidad, respecto a que el nacimiento de un bebé puede tener complicaciones; para lo cual las parteras además de poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en las capacitaciones, invocan a Dios, como un ser supremo que les ha permitido salir adelante en los momentos difíciles que se han presentado a lo largo de su práctica tradicional, esto llena de orgullo y felicidad a las parteras.

*De mujer a mujer: la partera en el embarazo*

La comprensión y empatía de las parteras tradicionales hacia las mujeres que atienden es visible; ellas expresan que es muy difícil para las mujeres llevar

los nueve meses de embarazo y que ser madre duele mucho, aunque es un periodo muy bonito y hay que cuidarse mucho; esto es afirmado por sus experiencias, ya que ellas también tuvieron hijos, lo cual les brinda satisfacción.

Las orientaciones que otorgan a las futuras madres son para evitar daños al bebé principalmente; aconsejan que durante el embarazo la mujer se debe cuidar de no hacer mucho esfuerzo; porque a veces cuando levantan cosas pesadas puede hacer que la matriz sea débil y el bebé pueda nacer prematuro o que se presente una amenaza de aborto. Otro aspecto es el de la nutrición, la adecuada higiene y el ejercicio físico.

*“Les sugiero que camine a diario que haga ejercicio para una mejor nutrición del nene, que no use tacones porque afecta el crecimiento de la criaturita, que descanse o permanezca en reposo cuando se sienta muy cansada, que se toque la pancita para estimular el movimiento del bebito.” (Partera N°2)*

*“En el embarazo es cuando la mujer debe de alimentarse muy bien para que ella no se debilite y el bebé crezca bien. Pueden consumir comidas de caldo como el pollo con verduras, el pescado que son las comidas que mayormente tiene muchas*

*vitaminas. También pueden tomar jugos de fruta de la región como la naranja dulce [china<sup>1</sup>], el zapote, o un licuado de plátano, deben tomar leche.” (Partera N°4)*

Asimismo, le atribuyen a la mujer embarazada una gran responsabilidad sobre el cuidado del embarazo; por lo que, en caso de que ocurra una pérdida del bebé, es causado por la falta de precauciones maternas.

*“Que a veces puede ser castigo para algunas mujeres que se portan mal, además que se debe a veces al descuido de mujeres descuidadas ¿no? bueno yo eso pienso que pasa a veces ¿eh? que la chiquita que por primera vez se embaraza es tonta así, no se cuida es terca la condenada ya que sigue con la vida como si no tuviera a aquella criaturita en su pancita y es cuando aborta.” (Partera N°2)*

*“Que es malo porque después cuando quieran tener más niños les va a costar mucho porque su cuerpo ya no acepta el embarazo, claro algunas veces no es culpa de la señora, pero a veces sí y mayormente es culpa de ellas.” (Partera N°3)*

*La llegada al mundo de una criatura: la partera en el nacimiento*

---

<sup>1</sup> “China, es una expresión en el Estado de Yucatán, México que hace referencia a la naranja dulce” (Martínez P, 2014)

Las parteras mayas poseen el conocimiento para identificar el inicio del trabajo de parto, mediante los signos premonitorios, de acuerdo a la capacitación recibida por la medicina biomédica; y por los muchos años de experiencia vividos.

*“Yo veo que la mujer presenta dolor intenso se vuelven como locas, se le rompe la fuente y sacan sangre yo me doy cuenta además tocándole su pancita y sienten como contracciones se pone dura, dura como una roca toda su pancita y así yo puedo saber que está a punto de enfermar.” (Partera N°2)*

Otro aspecto de colaboración con la medicina biomédica es que, en la atención del parto, utilizan material proporcionado por la Secretaría de Salud durante las capacitaciones a las que asistieron; en las cuales se les enseña sobre la desinfección de los materiales, el uso de guantes, amarre del cordón umbilical, medición antropométrica al recién nacido, cuidado de este posterior al parto.

*“Normalmente utilizo el que me tienen dado en el hospital, en mi maletita tijeras para el cordón umbilical, una cinta métrica para medir al bebé, una botellita de alcohol, algodón, pinzas para el cordón umbilical.” (Partera N°4)*

Aunque su labor tiene varios aspectos que se apegan a lo aprendido en la Secretaría de Salud, también prosigue el uso de utensilios tradicionales como cerillos y velas como apoyo en el proceso de desinfección de materiales y corte del cordón umbilical.

Las parteras tradicionales preservan la armonía del frío y del calor, ya que se cuida que no entren corrientes de aire, el baño del recién nacido sea con agua caliente; y procuran que la madre se sienta cómoda y tranquila, por lo que el parto se realiza de cuclillas o en la hamaca.

*“Utilizo tijeras, agua caliente, pañuelitos para bañar al nene y limpiar a la madre ya que lo calentito se recomienda en este momento, algodón, gasas, alcohol y cerillos y velas para quemar el cordón umbilical.” (Partera N°2)*

*“[El parto] Si es en hamaca<sup>2</sup> él esposo se pone abajo, y si es en piso se pone como apoyo en la espalda de la madre.” (Partera N°4)*

Para las parteras es importante el estado emocional de la mujer cuando está en el proceso de trabajo de parto, por esto, permiten la entrada a algún familiar cercano a ellas como el esposo, la madre o suegra, con el fin de que se sientan más seguras.

*“Solo del esposo, que es el que normalmente la acompaña y*

---

<sup>2</sup> “La hamaca es uno de los objetos más representativos en Yucatán; es un objeto amplio realizado a base de hilos, con la capacidad de

contener a una persona para dormir o descansar”. (Niño J, 2014)

*algunas veces la mamá o la suegra, no me gusta que entre mucha gente porque siento que la mujer se apena y eso hace que no se dé rápido lo que es el parto.” (Partera N°1)*

*“Pues sí porque la mujer se siente más segura debido a que en ocasiones se siente muy nerviosa mayormente cuando son primerizas, pero por lo general siempre es el esposo o la madre de la mujer embarazada que la acompaña.” (Partera N°2)*

Algunas parteras usan medicamentos, que les otorgan durante las capacitaciones y que ellas consiguen luego por cuenta propia, pero solamente cuando están seguras de que es imprescindible y la mujer cursa con un trabajo de parto sin complicaciones; por ejemplo, la oxitocina, el cual es muy utilizado en las clínicas de salud, aunque hay quienes prefieren no hacerlo por temor a alguna afectación de la madre o el bebé, ya que fueron advertidas del riesgo que implica el uso de dicho medicamento. Sobre este mismo aspecto, se percibe la combinación con la herencia ancestral de la partería tradicional, al utilizar plantas medicinales para apoyar el trabajo de parto.

*“¡ Nooooo!, yo no, yo no pongo ningún medicamento porque en el hospital nos dijeron que si algo le*

*pasa a la mujer o al neneito es culpa de nosotras.” (Partera N°3)*

*“Solamente utilizo el que me recomiendan en el hospital, como parte de mi material lo compro para poder utilizarlo, es la “Citosina” [oxitocina] para facilitar las contracciones cuando la mujer no puja más para una buena dilatación, solamente en estos casos lo utilizo”. (Partera N°4)*

*“Yo utilizo hierbitas que preparo, es como una mezcla al igual que preparo brebajes<sup>3</sup> para darle de tomar a las embarazaditas.” (Partera N°2)*

Una vez logrado el nacimiento del bebé, se le baña con agua tibia y se procura que sea agua limpia para lo cual añaden alcohol aludiendo a sus propiedades desinfectantes. Asimismo, se cuida la temperatura corporal del bebé cubriéndolo posterior al baño, y se entrega a los brazos de la madre para empezar el apego.

La limpieza del muñón del cordón umbilical es de suma importancia, por lo que las parteras recalcan la manera en que debe ser aseado, enfatizan en el secado adecuado y evitar la humedad. En el proceso de cicatrización del ombligo ellas utilizan la medicina tradicional, particularmente las hierbas como el “romero”, en este aspecto, ellas

---

<sup>3</sup> “Brebaje. Mezcla de plantas medicinales, para ingestión por infusión o té” (Can G, Aguilar W, Ruenes R, 2017)

denotan cierta autonomía en relación al aprendizaje adquirido en las capacitaciones biomédicas.

*“Pues lo primero que hago es bañar al bebé que acaba de nacer con agua desinfectada con un chan poquito de alcohol y tibiecita, luego lo tapo muy bien, le quito las secreciones de su naricita y su boquita y se lo entregó a la mamá. Hasta de último atiando a la mamá, recomiendo que le lave y seque muy bien su ombligo, y que le saque su airecito cuando le dé su leche.” (Partera N°1)*

*“Para cuidar el tuuch (4) del bebé se puede utilizar el romero para calentarlo, pero siempre debe estar seco, cuando se limpie no debe quedar húmedo.” (Partera N°4)*

#### *La partera en el posparto*

Para las parteras la alimentación es vital en el postparto, por lo que aconsejan a las madres comer alimentos saludables, principalmente caldos, pollo, frutas y verduras. Para que el bebé tenga una buena nutrición fomentan la lactancia materna, esto es similar en las clínicas de la comunidad. También indican a las mujeres consumir líquidos en abundancia, cuidarse muchos los senos y darse masajes para estimular la producción de leche; y, cuando la madre tiene escasa producción, sí recomiendan brindar fórmula láctea al recién nacido.

Algo que se acostumbra en la localidad y es tradicional es el cuidado del seno.

*“Lo mismo que consumía durante el parto, comidas que tienen caldo como sopas, también debe comer frutas y tomar mucha agua para que pueda amamantar a su nene sin problemas.” (Partera N°1)*

*“Durante la primera semana debe no tratar de salir de casa porque el viento es más agresivo, si quiere salir debe proteger bien sus pechos para que el viento no la bata y la leche se seque, eso se los digo siempre. En algunas ocasiones puede darse masajes con agua caliente, pero a veces a pesar de ello no logran tener leche, y es entonces cuando se utiliza la leche de fórmula.” (Partera N°4)*

*“Debe consumir muchos líquidos, que tome el atolito, al igual que se puede dar masajes en sus pechos para estimular su leche, al igual que con poner al bebé para que chupe se puede formar la leche.” (Partera N°2)*

*“Debe comer cosas suaves porque su cuerpo todavía se va a empezar a acostumbrar a comer como de antes, le deben preparar atolíos para que su pecho forme más leche.” (Partera N°3)*

Asimismo, de acuerdo con la cosmovisión maya de la medicina tradicional, cuidan la dualidad de lo frío y caliente durante el parto y el posparto, por lo que procuran que no se enferme la

madre al recibir corrientes de aire frío, ya que puede afectar la producción de leche y por ende al proceso de la lactancia materna; asimismo, al recién nacido se le debe proteger con plantas medicinales que se colocan en la puerta del hogar o en su mano. Este aspecto tiene un fuerte componente cultural, sin ninguna influencia del eje biomédico.

*“Hay mujeres que cuando terminan de dar la luz sienten frío, es por eso que cuando está en el momento del parto hay que cerrar todas las puertas.” (Partera N°1)*

*“Que durante el parto se debe hablar a la mujer para que esta no tenga alguna consecuencia durante su cuarentena, al igual que hay que mantener las puertas y ventanas cerradas para que a la mujer no le del frío, ya que cuando*

*la embarazadita tiene a su chan nene queda caliente y si le llega a rozar el frío se enferma o quien sabe que más le pasa por eso yo mejor lo prevengo.” (Partera N°2)*

*“Es un tiempo en que la señora debe cuidarse mucho del tiempo, no debe salir cualquier hora, no debe tomar ni comer cualquier cosa.” (Partera N°3)*

*“En la cuarentena es cuando la mujer y el bebé deben protegerse del mal aire, pueden poner unas hojas de anona [oop<sup>4</sup>] en la puerta de la casa. Al bebé se le pueden poner el tankaxché<sup>5</sup> en la mano en forma de cruz, es como protección del mal viento que hace que se enferme.” (Partera N°4)*

## DISCUSIÓN

En épocas remotas e históricas, las llamadas parteras fueron y son en la actualidad, un recurso humano del cual muchas personas se valen para otorgar una atención a la mujer embarazada durante la gestación, el parto y el posparto, así como al recién nacido durante el nacimiento.

Sánchez menciona que las parteras tradicionales han aprendido a través de sus ancestros; madres, abuelas, madrinas o mediante el don de partear, recibido

oníricamente. Estas parteras suelen provenir de sectores indígenas, rurales o de estratos bajos de las ciudades; aprenden desde niñas acompañando a sus mayores (33). Lo anterior se ve reflejado desde la teoría del aprendizaje cultural (17) a través del aprendizaje imitativo, encontrado en el estudio respecto a las situaciones por las cuales las parteras se iniciaron en el arte de la partería de la mano de un familiar cercano, adquiriendo un vínculo que se entreteje de

<sup>4</sup> “Oop. Término en lengua maya con el que se conoce a la anona, árbol frutal cultivado en la región” (Romero K, Cetzal W, 2015).

<sup>5</sup> “Tankaxché. Árbol de uso frecuente en la medicina tradicional maya” (Flora Digital: Península de Yucatán, 2010)

mayor cercanía y habilidad para posteriormente un tiempo considerable ejercer como tal. La fundamentación a lo anterior se sostiene como menciona Laako, el soporte de la pericia antigua en la partería ha sido el modelo aprendiz, el cual se basa en el aprendizaje por vía de la imitación y de adaptaciones conductuales: se aprende por observación e imitación de comportamiento y del quehacer. Sostiene que dicho modelo contiene un orden temporal en el proceso de adquirir capacidades: el trabajo empieza por la periferia, o sea, desde las tareas más sencillas hacia las más complejas (34).

Como expone Vega en su estudio realizado en comunidades indígenas de Chiapas, México, explicando que un partero heredó el conocimiento de su padre, a quien él acompañaba en su práctica desde los 13 años; durante el estudio, externó que su esposa lo acompaña en los partos, quien funge como ayudante y es fundamental cuando el hombre de la familia no permitía que el partero revise a su esposa. En cuanto a las demás parteras, aprendieron de sus madres, quienes fueron parteras reconocidas, y desde muy pequeñas las acompañaban en la atención de las mujeres (35). Esto fue similar a lo encontrado en el presente estudio, ya que además de iniciar en la etapa de la adolescencia, las parteras de Tizimín, Yucatán participaron como ayudantes de las parteras de su familia, quienes ejercían esta labor. En sus inicios, colaboraban en actividades sencillas como fungir de acompañante, preparar el agua para el recién nacido, preparación de materiales, y posteriormente en otras más

complejas como bañar al recién nacido y realizar la sobada en la mujer que acudía a su control. Acumulado de este modo conocimientos y practicando, con el fin de practicar la partería y finalmente ocupar el lugar de quien les enseñó cuando.

Siguiendo con los fundamentos de la teoría del aprendizaje cultural, las parteras expuestas a un aprendizaje por instrucción, donde adquieren una experiencia efectiva, le abren paso al camino de la habilidad y el éxito en la partería. Laako en su estudio hace referencia de las decisiones colaborativas que se toman entorno al parto, mencionado que en Yucatán las decisiones sobre los partos eran resultado de una negociación entre todas las personas participantes (la partera, la parturienta y sus familiares) y la partera no era la encargada de tomar decisiones, sino de buscar la forma en cómo llevarlas a cabo (34). Si bien las parteras velan por generar un parto humanizado, procurando el bienestar de la madre y el recién nacido, al exponerse en situaciones cruciales donde la prioridad es el apoyo en el parto, ellas asumen con seguridad sus capacidades para llevarlo al éxito, como los argumentos obtenidos en este estudio en los contextos por el cual tomaron decisiones conscientes para ayudar y obtener una primera experiencia en el parto y realizar acciones, guiadas muchas veces de la mujer en trabajo de parto.

Además de los saberes tradicionales, la partería en la actualidad ha adquirido un bagaje de conceptualizaciones a la respecto de su esencia al incorporar en su quehacer prácticas que derivan de la biomedicina.

Como menciona Prado en su estudio al hablar de parteras posmodernas o autónomas, que distingue a esta forma de partería al recuperar elementos de la partería tradicional e íntegra, además, los conocimientos del modelo biomédico de atención al parto (1). En este estudio, las parteras además del aprendizaje imitativo en la partería tradicional han sido partícipes de una formación complementaria desde la óptica de la biomedicina, al recibir capacitaciones del sector salud respecto a prácticas asépticas, empleo de materiales clínicos como tijeras, pinzas, material de curación, así como instrucción para la detección de factores de riesgo obstétrico en la integridad de la madre y el producto, generando así un aprendizaje colaborativo. Sánchez ratifica que la formación de las actuales parteras, además de retomar los conocimientos médicos disponibles, recupera la milenaria experiencia de generaciones de parteras. Se trata de un acervo de saber exclusivamente femenino que no sólo es fruto de la observación cuidadosa, sino de la experiencia de las parteras mismas como mujeres en labor. De esta vivencia brota una capacidad empática que la ciencia médica no posee, y que convierte al parto asistido por una partera en una experiencia radicalmente distinta (36). Respecto al número de visitas que realizan las parteras, se encontró una similitud con Vega; en la presente investigación, se encontró que se realiza de manera mensual si el embarazo cursa sin complicaciones, o según las necesidades de las mujeres. En dicho estudio, se dice que las visitas

comienzan en la casa de la mujer al final del primer trimestre o en la décima semana, cuando la ausencia de la menstruación ya rebasó las cuatro semanas, los síntomas del embarazo son evidentes y, sobre todo, el crecimiento del vientre es notorio y el resto de la familia lo percibe (35). Además, la partera se obliga a estar disponible en cualquier momento para atender a la mujer, pues, en ocasiones, no todas las mujeres embarazadas continúan con los servicios de partería durante todos los meses de gestación, sino más bien cuando ella o la familia lo requieran (20). En nuestra región, esto se traduce principalmente cuando la madre de la hija o el esposo quieren saber si la mujer está embarazada, o acuden cuando presenta alguna complicación y el médico no la puede ayudar, como cuando el bebé se encuentra atravesado, es decir, no está en la posición adecuada para nacer vía vaginal o se encuentra muy bajo; esto significa que la mujer puede tener un aborto y es necesario ubicar al útero en un lugar seguro.

Una aproximación más con dicho autor es que las parteras consideran que su trabajo es íntegro y acorde a las necesidades de la población, por lo que prestan sus servicios a domicilio. Así también lo demuestran en su investigación León y cols., pues hallaron que las parteras prefieren atender el trabajo de parto en su domicilio, aunque señalaron que algunas optan por ir a hacerlo en el domicilio de las mujeres en labor. En parte esto significa que la mujer embarazada o algún integrante de la familia demandan los servicios de las parteras, sin necesidad, de que ellas hagan promoción de este (20).

Oviedo y Cols., a través de su estudio en una comarca indígena en Panamá, hacen referencia que cuando la partera identifica problemas durante el embarazo, avisa a algún representante de la comunidad para que la mujer sea llevada a una atención por parte de la medicina occidental (37). Misma labor que las parteras de Tizimín realizan, debido a que se desarrolla con respeto hacia los servicios de salud que ofrecen las clínicas de la localidad, sabiendo identificar cuando es necesario el apoyo de un médico en el parto. Esto se logra por la capacitación y actualización que las parteras han recibido o buscado para brindar un mejor servicio a la población. Como lo cita, Ranauro y Cols., en su trabajo con parteras de la región huasteca sur, en México, donde identificaron que la capacitación que han recibido las parteras por las instituciones de salud ha influenciado sobre la noción del riesgo, signos de alarma, preeclampsia, presión arterial, hemorragia, signos relacionados fuertemente a la mortalidad materna y factores de riesgo como hinchazón, dolor (38). En concordancia, Rodríguez, citada por Garrafas, dice que en Yucatán las parteras tradicionales han sido capacitadas por el sector salud y se les involucra cada día más en el proceso de atención a la mujer embarazada (39).

Los argumentos referidos por Oviedo y Cols., también tienen semejanza con lo externado por Thompson, quien menciona que el modelo de la atención de partería incluye la defensa de la no intervención en el parto normal, la promoción del consentimiento informado y de la toma de decisiones por parte de la mujer; además, el mantenimiento

de las competencias de partería, y la práctica en colaboración y consulta con otros profesionales de la salud cuando sea necesario para promover la salud y el bienestar de la mujer, su recién nacido y su familia (40). En esta investigación, además de lo citado, se evidencia que en Tizimín, Yucatán, las parteras indican a las mujeres embarazadas acudir al control prenatal para su atención en una clínica de servicios de salud, teniendo conocimiento que su labor principalmente es dirigido como lo señala Oviedo y cols., en determinar la posición del bebé, acomodarlo para ayudar a un buen parto y en algunas ocasiones asistirlo, solo cuando se presentan dificultades, porque usualmente las mujeres tienen sus hijos solas. Puesto que se encontró que los cuidados brindados en el embarazo por las parteras en Tizimín incluyen también las maniobras para “acomodar al bebé” en el útero materno. Esto da convicción de que la principal finalidad de la partería es ayudar a que los bebés nazcan por vía vaginal.

Morales encontró además en su estudio con parteras tzeltales del estado de Chiapas, México, en cuanto a asistir a varias capacitaciones, que sus prácticas más comunes son las acciones manuales como las sobadas (práctica terapéutica más difundida en Yucatán; técnica de masaje) y masajes, así como la medicina tradicional, los cuales les permiten ayudar a sus pacientes a afrontar algunos de los problemas de morbilidad durante el embarazo, el parto y el posparto (41). En este trabajo se obtuvieron resultados similares, puesto que las parteras de Tizimín, Yucatán realizan masajes en el

abdomen para el bienestar materno; preparan brebajes para las mujeres embarazadas, principalmente para asegurar que no haya algún aborto; por último, asisten a capacitaciones en el hospital para administrar Oxitocina. Esto coincide también en parte con lo encontrado por Berrío, en su estudio en Guerrero, México, en donde casi todas las parteras entrevistadas en la zona de Costa Chica prefieren emplear la oxitocina para inducir o acelerar el parto en el caso de mujeres primerizas, sin embargo, no se refiere el por qué no la emplean en mujeres con antecedentes de otros embarazos (42). Rangel y Cols., en su proyecto de investigación realizada en la región Huasteca en México, señalan que la aceptación por brindar la atención durante el trabajo de parto, utilizando el equipo y material que el modelo biomédico recomienda basado en evidencia, fue otra adecuación que narran haber adaptado a su práctica cotidiana las parteras. Dejando de utilizar, carrizo (objeto frío y metálico afilado) para el corte del cordón umbilical, convencidos del riesgo de infección que esto representaba, pero particularmente porque fueron dotados de material por los servicios de salud; de igual manera, incorporaron a la atención el uso de perillas de aspiración y guantes de látex (43). En este estudio, las parteras refirieron usar los materiales que les fueron proporcionados por el hospital para la atención de la madre y del recién nacido, sobre todo en el corte y pinzado del cordón umbilical, aunque una refirió aún emplear cerillos y velas para quemar el cordón umbilical. Se da certeza que emplean también el uso de las perillas de

aspiración, pues expresaron dentro los cuidados del recién nacido, aspirar las secreciones de la nariz y boca. Lo anterior, expone el compromiso de algunas parteras para evitar complicaciones durante la atención de la madre en el parto y del recién nacido, sobre todo en lo que respecta a evitar algún tipo de infecciones, siendo difícil para ellas desarraigarse de algunas prácticas que durante años sus ancestros les inculcaron (44).

En la cultura guambiana en Colombia, el sistema caliente/frío toma fuerza en los cuidados que la madre prodiga a su bebé, dada la vulnerabilidad del niño, ya que se considera que al estar durante la gestación en un ambiente tan cálido como el útero de la mujer, el frío a su salida lo puede enfermar. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en nuestro estudio, pues las parteras dijeron que es importante preservar la armonía del frío y el calor, procurando que el baño del recién nacido sea con agua caliente y limpia, cuidando su temperatura corporal, entonces lo cubrían posterior al baño. A pesar de no externarse por las parteras, dar de ingerir sorbos de líquidos hechos con base a herbolaría, es muy común en Yucatán, dar a los bebés estas medicinas tradicionales, las cuales calman el llanto del bebé frecuentemente por dolor estomacal. Por otro lado, una partera externó específicamente que lo primero que hace es bañar al bebé que acaba de nacer con agua tibia y desinfectada con base a alcohol, a quien posteriormente cubrían. Este testimonio fue muy particular, porqué nadie más detalló hacerlo de esa forma, siendo

incluso diferente a lo que se permite realizar en un hospital, por el daño que el alcohol puede generar en la piel sensible o los ojos del recién nacido (45).

Rodríguez y cols., en una investigación realizada en el municipio de Chocontá, Colombia, hallaron argumentos de las mujeres sobre evitar lavar con agua o jabón el muñón umbilical; las parteras en Tizimín recomiendan que las mamás lo laven y sequen, procurando que cuando se limpie no debe quedar húmedo. Estas contradicciones en ambos estudios, sería por evitar que el cordón umbilical no sea infectado por un mal uso de los mismos insumos o por no secarlo correctamente. Otro hallazgo en el mismo estudio es que las mujeres de los recién nacidos refieren que el mal de ojo que presentan se previene con el uso de azabache (manilla con imagen religiosa) en manos o tobillos (46). Por nuestra parte, las parteras en Tizimín relatan que, durante la cuarentena (un periodo crucial en el que la mujer recién parida debe estar en casa sin exponerse al aire libre para no generar problemas con la leche materna ni la integridad física, así mismo debe ser también cuidadosa con la alimentación) posterior al parto, tanto la mamá como el bebé deben protegerse del mal aire, el cual en Yucatán significa el mal de ojo. Justificando entonces ponerle al bebé el tankaxché en la mano en forma de cruz, como protección del mal viento que hace que se enferme. En ambos estudios, se tiene en cuenta la creencia en Dios, la cual asegura que el recién nacido esté salvo y sano (46).

Con respecto a la cuarentena referido por las parteras en Yucatán, Calderón y Pat conforme a su trabajo realizado en comunidades rurales del municipio del Carmen, Campeche, explicaron que una vez pasados los ocho días del parto, la mujer se puede bañar en un cuarto bien cerrado a las 12 del día con hojas hervidas de Santa María, Manzanilla o hierba buena, en un bote de 20 litros de agua; posteriormente se podrá darle una taza de atole de harina con canela, cubrirle la cabeza y los pies, para que no se vaya a resfriar (47). Esto tiene similitud con los argumentos referidos por las parteras en Tizimín, Yucatán, cuidando la dualidad de lo frío y caliente.

Diez en su estudio realizado en Chichicastepec y Malinalco, estado de Oaxaca, México, refiere que tres mujeres señalaron algunos alimentos tradicionalmente acomodados después del parto: el atole de masa, el chintextle (pasta de chile molido), el caldo de pollo y las memelas (tortilla ovalada, hecha de masa de maíz y a mano, untada de manteca de cerdo). En cambio, los alimentos dulces, los frijoles, las calabacitas, el chile son alimentos prohibidos para las mujeres entrevistadas en Chichicastepec, porque se dice que provocan que la leche se retire (48). En nuestro estudio, las parteras externaron que para estimular la producción de leche deben consumir líquidos en abundancia, como los primeros referidos por las mujeres en dicha investigación, los cuales facilitan la generación de leche. Otra coincidencia con el autor es con relación a la recomendación médica de hacerse un masaje en los pechos

para que fluya la leche, el cual constituye una práctica común entre las mujeres de Chichicastepec, quienes en ningún momento se plantearon la posibilidad de amamantar a sus hijos, ya que no lo practicaban (48). En contraste, dos mujeres de Malinalco, estado de Oaxaca decidieron no dar el pecho a sus hijos porque pensaban que se les podía estropear la figura y ser causa de que el esposo ya no las quisiera (48). En este proyecto, las parteras comentaron lo mismo, al decir que, para lograr la nutrición del bebé, recomiendan el amamantamiento, así como los masajes para estimular la leche de los senos. A pesar de no haberse obtenido testimonios sobre el no dar pecho por estropearse la figura; en Yucatán y en diversas partes de México, la lactancia materna va perdiendo su valor, sobre todo en áreas urbanizadas, por la misma situación y por factores como no tener tiempo para proveer al recién nacido con leche materna; en cambio, en las comunidades rurales, aún se continúa por la necesidad de alimentar al recién nacido, así como por tener en cuenta

las fortalezas que tiene el amantar al bebé y cuidarlo para no adquirir infecciones y que se encuentren bien nutridos, unos conocimientos transmitidos por sus familiares.

Actualmente la partera se define internacionalmente a partir de las competencias obtenidas en programas educativos oficiales y, por tanto, debe estar formalmente licenciada o registrada como partera en su país, constituyendo así a las parteras profesionales, lo cual difiere con este estudio, donde las participantes al exponerse a un aprendizaje cultural colaborativo, en cierta medida fortalecen su práctica diaria en la partería a través del conocimiento biomédico, que les otorga un estatus ante la sociedad para adquirir un cierto reconocimiento profesional. Es en esta medida, que las parteras capacitadas unen el conocimiento tradicional con el científico, como lo fundamenta la teoría del aprendizaje cultural.

## CONCLUSIONES

Debido al alto impacto que pueden tener en el desarrollo integral de los estudiantes, los programas de tutoría son un referente para valorar la calidad de los programas institucionales. Es necesario tener claro que la tutoría no es parte de un evento social en el que alumnos y maestros compartimos espacios, algunas actividades, risas y charlas, va más allá de ello.

Resulta interesante observar que la mayoría de los programas revisados en la literatura

conciben a la tutoría como una acción unidireccional donde es el docente quien emplea estrategias para motivar, dar seguimiento y orientar al estudiante. Pocos son los modelos de tutoría que conciben la acción tutorial como una acción conjunta holística y es importante que esto se vea de esta manera, ya que es necesario que todos: alumnos, autoridades, maestros, tengamos clara idea de qué es la tutoría, para qué sirve y cuál es el papel que jugamos en ella.

La tutoría es una actividad pedagógica que tiene como objetivo orientar y apoyar a los alumnos durante su proceso de formación; esto implica que debe existir una interacción entre el tutor y el alumno en donde la disposición de atender a los tutorados y la orientación acertada, son las principales dimensiones que permiten evaluar el desempeño del tutor. Y donde el alumno valora el espacio tutorial, se compromete con su tutor y aporta a la elaboración y ejecución de planes de acción.

Para lograrlo se vuelve inherente la existencia de diversos factores institucionales y personales entre los que se incluya un sistema de gestión, recursos y el

establecimiento de alcances y limitaciones implicadas en el sistema de tutoría institucional.

Si bien es cierto, que el panorama para México no es nuevo, el programa de tutorías se mantiene vigente en las instituciones de nivel superior. Sin embargo, es labor de las instituciones evaluar qué funciones se asignan al tutor y al tutorado y qué estrategias de seguimiento y evaluación de la acción tutorial se tienen, de manera que se reconozca como una actividad primordial que debe evolucionar acorde a las necesidades de la comunidad escolar en general.

## REFERENCIAS

1. Velázquez Salguero MA, Marco Macarro MJ. Reflexiones sobre sexualidad, reproducción y paternidad en estudiantes universitarios en México. *Gaz Antropol.* 2014;30(3):1–13.
2. Gisbert M, Esteve F. Digital learners: la competencia digital de los estudiantes universitarios. *La Cuestión Univ.* 2011;7(December):48–59.
3. Gairín J, Feixas M, Franch J, Guillamón C, Quinquer D. Elementos para la elaboración de planes de tutoría en la universidad. *Context Educ.* 2003;7(6):21–42.
4. Muñoz Moreno JL, Gairín Sallán J. Orientación y tutoría durante los estudios universitarios: el plan de acción tutorial. *Rev Fuentes.* 2013;14:171–92.
5. Pérez Ugidos G, Laíño F, Zelarayán J, Márquez S. Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutr Hosp.* 2014;30(4):896–904.
6. Álvarez González M, Álvarez Justel J. La tutoría universitaria: del modelo actual a un modelo integral. [Internet]. *Rev Electrónica Interuniv Form del Profr.* 2015;18(2):125–42. Disponible en: <http://revistas.um.es/reifop>
7. Malbrán C. La tutoría en el nivel universitario. *Rev Informática Educ y Medios Audiovisuales* [Internet]. 2004;1(1):5–11. Disponible en: <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/010101/A2ene2004.pdf>
8. González-Hernando C, Martín-Villamor PG, Martín-Durántez N, López-Portero S. Evaluación por los estudiantes al tutor de enfermería en el contexto del aprendizaje basado en problemas. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(3):110–5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706315000366>
9. Roca Caparà N, Morera Pomareda MJ, Roldán Merino J, Ramió Jofre A. Trabajo Final de Grado y Plan de Acción Tutorial en el curriculum del Grado en Enfermería. Diseño, desarrollo y evaluación. *Enferm Glob.* 2016;15(2):143–56.
10. Arbizu F, Lobato C, del Castillo L. Algunos modelos de abordaje de la tutoría universitaria. *Rev Psicopedag.* 2005;10(1):7–22.

11. Gómez-Collado ME. La percepción de los estudiantes sobre el Programa de Tutoría Académica. The perception of students on the Academic Tutelage. *Converg Rev Ciencias Soc.* 2012;(58):209–33.
12. Guerra-Martín MD, Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M. Opiniones de profesores y estudiantes de enfermería respecto al contenido de las tutorías. *Enfermería Glob* No. 2016;43:188–200.
13. García Aretio L. Pasado y presente de la acción tutorial en la UNED. *Perspect sobre la función Tutor en la UNED* [Internet]. 1999;19–54. Disponible en: [http://www.uned.es/catedraunescoead/articulos/1999/pasado\\_y\\_presente\\_de\\_la\\_accion\\_tutorial\\_en\\_la\\_UNED.pdf](http://www.uned.es/catedraunescoead/articulos/1999/pasado_y_presente_de_la_accion_tutorial_en_la_UNED.pdf)
14. Rumbo Arcas B, Gómez Sánchez TF. La acción tutorial en un contexto universitario masificado y la reivindicación europea de su valor formativo. *Rev Form e Innovación Educ Univ.* 2011;4(1):13–34.
15. Hidalgo J, Cárdenas M, Rodríguez S. El tutor clínico: Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Univ* [Internet]. 2013;10(3):92–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci%7B\\_%7Darttext%7B%7Dpid=S1665-70632013000300004%7B%7Dlang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S1665-70632013000300004%7B%7Dlang=pt)
16. García-Valcárcel A. La tutoría en la enseñanza universitaria y la contribución de las TIC para su mejora. *Relieve* [Internet]. 2008;14(2):1–14. m: [http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2\\_3.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_3.htm)
17. Romero-Leyva FA, Chávez-Morenos RT, Sandoval-Cota KM. Las tutorías como estrategia de fortalecimiento en el nivel superior. *Ra Ximhai.* 2014;10(3):75–86.

**ISSN:**  
**2448-7767**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**  
**ENERO DE 2020**



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.