

Revista de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus complicaciones

DIABETES

Hoy

EDITORIAL

Resistencia Bacteriana, Diabetes e infecciones.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Análisis de programas de activación física en instituciones gubernamentales con fines de mejora, en el estado de Zacatecas.

EDUCACIÓN MÉDICA

Bases para entrevista motivacional y adherencia terapéutica:
Taller Telementoría para entrenamiento con profesionales de la salud en Durango.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Intervención de heridas crónicas y ordinarias abiertas;
Tres casos de estudio.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El Bienestar y la calidad de vida: acepciones de los términos.

OPINIONES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

Telementoría: herramienta para la educación en la atención de la Salud, una experiencia cualitativamente diferente.

ISSN 1665-8396

Volumen 20

Número 2

Mayo-Agosto 2019

EDITORIAL

4

Resistencia Bacteriana, Diabetes e infecciones.

Bacterial resistance, diabetes and infections.

Jorge M. Sánchez González, MD, PhD.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

6

Análisis de programas de activación física en instituciones gubernamentales con fines de mejora, en el estado de Zacatecas.

Analysis of physical activation programs in government institutions for improvement, in the state of Zacatecas.

Ricardo Félix Inguanzo, Carlos Jesús Menchaca Valdez, Antonio E. Rivera Cisneros, Jorge Manuel Sánchez González.

EDUCACIÓN MÉDICA

17

BASES PARA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA: Taller Telementoría para entrenamiento con profesionales de la salud en Durango

BASES FOR INTERVIEW MOTIVACIONAL AND THERAPEUTIC ADHESION: Long-distance telementoring for training with professionals of the health in Durango

Elda Raquel Vázquez Ríos, Angélica H. Lara Esqueda, Vladimir Campos Moreno, Francia Maritza Licea Solano, Alejandro Quevedo Olivares, Cynthia Mora Muñoz, Gabriel Julio Castañeda Bañales, Manuel González, Agustín Lara Esqueda.

ARTICULO DE INVESTIGACIÓN

24

Intervención de heridas crónicas y ordinarias abiertas; Tres casos de estudio.

Intervention of chronic and ordinary open wounds; Three case studies

IBT Agustín David Lara Basulto, Dr. Armando Barriguete Melendez, Dr. Iván Delgado Enciso, Dr. Jorge Manuel Sanchez, Dr. Agustín Lara Esqueda, MPSS Patricio Insunza Barragán, LA Oscar Manuel Fregoso Sotres.

ARTICULO DE REVISIÓN

29

El Bienestar y la calidad de vida: acepciones de los términos.

Wellness and quality of life: meanings of terms.

Rivera-Cisneros AE, Murguía-Cánovas G, Lara Mayorga Y, Sánchez-González Jorge Manuel, Portillo Gallo Jorge, Franco Santillán Rafael.

OPINIONES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

34

TELEMENTORÍA: HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD, UNA EXPERIENCIA CUALITATIVAMENTE DIFERENTE.

TELEMENTORING: HEALTH CARE EDUCATION TOOL, A QUALITATIVELY DIFFERENT EXPERIENCE.

Dr. Gerardo Ortega-Martínez, Dr. Haywood Hall, TI Fernando Arturo Herrera Araiza, LI Cecilia Guadalupe Aguascalientes-Morales, LART Alejandra Florentina Cos-Castillo, Juan Morales RN.*

DIABETES Hoy

Revista de Enfermedades Crónicas
No Transmisibles y sus complicaciones

Editor

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Coeditor

Dr. Agustín Lara Esqueda

Consejo editorial

Dr. Carlos Humberto Álvarez Lucas

Dr. J. Armando Barriguet Meléndez

Dr. Alberto Basilio Olivares

Dr. Daniel Blúmenkron Romero

Dr. Alberto Covarrubias Bermejo

Dr. Iván Delgado Enciso

Dr. Rafael Franco Santillán

D.C. Brenda Jácome Sánchez

M.C. Psic. Angélica Lara Esqueda

Dr. Jorge Portillo Gallo

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba

Dr. César Diego Ramos Remus

Dr. Antonio E. Rivera Cisneros

Dra. Elvia Rodríguez Villalobos

Dr. Carlos Tena Tamayo

M.C. Psic. Elda Raquel Vázquez Ríos

Dr. Tizoc Vejar Arellano

D.C. L. Inf. Salvador Villareal Reyes

La Revista Diabetes Hoy, ISSN 1665-8396, es órgano de difusión científica de la Federación Mexicana de Diabetes, AC. Los conceptos que en ella aparecen son responsabilidad exclusiva de los autores. Se publica cuatrimestralmente en Tiraje Electrónico. Derechos reservados conforme a la Ley. Certificado de Licitud de Título Núm. 008953 27/10/1995. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo Núm. 002888/95 del 03/11/95.

La Revista Diabetes Hoy está indizada en: IMBIOMED Índice Latinoamericano de revistas Médicas, Latindex, Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDS), PERIÓDICA UNAM, Anuario Bibliográfico de Investigación en Salud del IMSS (ABISA), Literatura Latinoamericana en Salud (LILACS), Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (BIREME), São Paulo, Brasil.

Toda correspondencia o escritos deberá dirigirse al Editor de la Revista: Dr. Jorge M. Sánchez González, correo electrónico:

juevesm@yahoo.com

Resistencia Bacteriana, Diabetes e infecciones

Jorge M. Sánchez González, MD, PhD.

Para la OMS, la resistencia a los antibióticos es hoy una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo. Cada vez es mayor el número de infecciones —por ejemplo, neumonía, tuberculosis, gonorrea y salmonelosis— cuyo tratamiento se vuelve más difícil debido a la pérdida de eficacia de los antibióticos. La resistencia a los antibióticos prolonga las estancias hospitalarias, incrementa los costos médicos y aumenta la mortalidad. En este contexto que plantea la OMS, ¿Qué importancia tiene un buen control metabólico en la Diabetes Mellitus (DM)? Se han publicado estudios que apoyan la evidencia de una mayor susceptibilidad y frecuencia para las infecciones bacterianas en pacientes con DM, mientras que otros destacan la mayor severidad para las infecciones cuando éstas se presentan, en especial las causadas por microorganismos no habituales incluyendo los hongos y virus. Se ha documentado que la DM suele disminuir la capacidad del organismo para combatir infecciones, de ahí que estos pacientes tengan más riesgo de padecerlas y se asocien a frecuentes complicaciones, según la Sociedad Española de Medicina Interna. La asociación entre DM y el riesgo de infecciones es aceptada como frecuente en la práctica clínica, sin contar con suficientes estudios que evidencien a plenitud dicha asociación, sin embargo otros estudios destacan la existencia de un mayor riesgo de infecciones respiratorias y cutáneas cuando se compara con enfermos crónicos de otras patologías. En los pacientes diabéticos con control metabólico aceptable, la frecuencia de infecciones parece ser similar a la encontrada en la población general, pero la incidencia es alta si existe un mal control. Entre las infecciones más características de los pacientes con diabetes se encuentran las infecciones de tejidos blandos (celulitis, fascitis necrotizante), infecciones del tracto urinario (cistitis y pielonefritis enfisematosa), infecciones intraabdominales (como la colecistitis enfisematosa) y las infecciones de cabeza y cuello (mucormicosis, otitis externa maligna). Además, los pacientes con DM también tienen mayor riesgo de padecer infecciones respiratorias graves, como neumonías y tuberculosis. La frecuencia de infecciones sería mayor en los diabéticos mal controlados (hemoglobina glucosilada (HbA1c) >7,2%), en

particular cuando se asocia a las complicaciones de la diabetes y con algunos procesos crónicos concomitantes. Por ello, se debe mantener un mejor control metabólico de la DM para disminuir el riesgo de infecciones severas, en el pasado se ha observado dicha perniciosa asociación por ejemplo con la influenza. Aunado a ello, la presencia de mayor resistencia bacteriana a los antibióticos está hoy generando una alerta de salud pública a nivel mundial en todo tipo de pacientes y edades. La resistencia a los antibióticos está aumentando en todo el mundo a niveles peligrosos. Día tras día están apareciendo y propagándose en todo el planeta nuevos mecanismos de resistencia que ponen en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes. Un creciente número de infecciones, como la neumonía, la tuberculosis, la septicemia, la gonorrea o las enfermedades de transmisión alimentaria, son cada vez más difíciles —y a veces imposibles— de tratar, a medida que los antibióticos van perdiendo eficacia (OMS), solo observemos el reciente brote en Jalisco de la bacteria recientemente descrita *Lecrechia Adecarboxylata*, en pacientes tratados con alimentación parenteral. Es impostergable que se cambie urgentemente la forma de prescribir y utilizar los antibióticos. Aunque se desarrollen nuevos medicamentos, si no se modifican los comportamientos actuales, la resistencia a los antibióticos seguirá representando una grave amenaza. Los cambios de comportamiento también deben incluir medidas destinadas a reducir la propagación de las infecciones, a través de la vacunación, el lavado de las manos, la seguridad de las relaciones sexuales y una buena higiene alimentaria. La OMS ha publicado su primera lista de «patógenos prioritarios» resistentes a los antibióticos, en la que se incluyen las 12 familias de bacterias más peligrosas para la salud humana. La lista se ha elaborado para tratar de guiar y promover la investigación y desarrollo (I+D) de nuevos antibióticos, como parte de las actividades de la OMS para combatir el creciente problema mundial de la resistencia a los antimicrobianos. En la lista se pone de relieve especialmente la amenaza que suponen las bacterias gramnegativas resistentes a múltiples antibióticos. Estas bacterias tienen la capacidad innata de encontrar nuevas formas de

resistir a los tratamientos y pueden transmitir material genético que permite a otras bacterias hacerse farmacorresistentes. La lista que ha señalado la Dra. Marie-Paule Kieny Subdirectora General de la OMS, es una nueva herramienta para garantizar que la I+D responda a necesidades urgentes de salud pública. «La resistencia a los antibióticos va en aumento y estamos agotando muy deprisa las opciones terapéuticas. Si dejamos el problema a merced de las fuerzas de mercado exclusivamente, los nuevos antibióticos que con mayor urgencia necesitamos no estarán listos a tiempo». La lista de la OMS se divide en tres categorías con arreglo a la urgencia en que se necesitan los nuevos antibióticos: prioridad crítica, alta o media. El grupo de prioridad crítica incluye las bacterias multirresistentes que son especialmente peligrosas en hospitales, residencias de ancianos y entre los pacientes que necesitan ser atendidos con dispositivos como ventiladores y catéteres

intravenosos. Entre tales bacterias se incluyen las siguientes: *Acinetobacter*, *Pseudomonas* y varias enterobacteriáceas como *Klebsiella*, *E. coli*, *Serratia*, y *Proteus*. Son bacterias que pueden provocar infecciones graves y a menudo letales, como infecciones de la corriente sanguínea y neumonías. Estas bacterias han adquirido resistencia a un elevado número de antibióticos, como los carbapenémicos y las cefalosporinas de tercera generación (los mejores antibióticos disponibles para tratar las bacterias multirresistentes). Los niveles segundo y tercero de la lista –las categorías de prioridad alta y media– contienen otras bacterias que exhiben una farmacorresistencia creciente y provocan enfermedades comunes como la gonorrea o intoxicaciones alimentarias por salmonela. Para finalizar ponemos a su disposición dicha lista publicada por la OMS, que permitirá tomar medidas en la práctica cotidiana.

Prioridad 1: CRÍTICA

- *Acinetobacter baumannii*, resistente a los carbapenémicos
- *Pseudomonas aeruginosa*, resistente a los carbapenémicos
- Enterobacteriaceae, resistentes a los carbapenémicos, productoras de ESBL

Prioridad 2: ELEVADA

- *Enterococcus faecium*, resistente a la vancomicina
- *Staphylococcus aureus*, resistente a la meticilina, con sensibilidad intermedia y resistencia a la vancomicina
- *Helicobacter pylori*, resistente a la claritromicina
- *Campylobacter* spp., resistente a las fluoroquinolonas
- *Salmonellae*, resistentes a las fluoroquinolonas
- *Neisseria gonorrhoeae*, resistente a la cefalosporina, resistente a las fluoroquinolonas

Prioridad 3: MEDIA

- *Streptococcus pneumoniae*, sin sensibilidad a la penicilina
- *Haemophilus influenzae*, resistente a la ampicilina
- *Shigella* spp., resistente a las fluoroquinolonas

Análisis de programas de activación física en instituciones gubernamentales con fines de mejora, en el estado de Zacatecas.

Analysis of physical activation programs in government institutions for improvement, in the state of Zacatecas.

Ricardo Félix Inguanzo, Carlos Jesús Menchaca Valdez, Antonio E. Rivera Cisneros, Jorge Manuel Sánchez González.

*Capítulo Centro-Occidente de la Academia Mexicana de Educación Médica

**Instituto Nacional de Habilidades para la Investigación y las Ciencias (INHAIC).

Recibido: Marzo 2019

Aceptado: Abril 2019

PALABRAS CLAVE: Programas de activación física, instituciones gubernamentales y factores de la practica de actividades físico-deportivas.

Correspondencia: rfinguanzo@gmail.com

RESUMEN:

El propósito de la presente investigación es valorar los programas de activación física que promueven las instituciones gubernamentales del estado de Zacatecas para conocer la participación de la población en los programas de activación física (en relación a tipo de actividad o deporte, frecuencia, duración, antigüedad, motivos, entre otros).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó una muestra no probabilística en usuarios que están involucrados en programas de activación física de instituciones gubernamentales de la zona conurbada zacatecas-Guadalupe, la muestra quedó constituida por 62 hombres y 36 mujeres, cuyas medias de edades fueron de 20.5 años. A los usuarios de los programas de activación física se les aplicó un cuestionario sobre factores de la práctica de actividades físico-deportivas. A los coordinadores de los programas de activación física de instituciones gubernamentales (IMSS, ISSSTE, SEC, SSZ) se les aplicó una entrevista. **RESULTADOS:** El 46% practica la natación, mientras el 40 % de los encuestados realizan de 4 a 5 días actividad física, el 66 % su duración es de mas de 1 hora, el 28 % lleva practicando actividad física por mas de 10 años, el

42 % su lugar de práctica son las instalaciones públicas y en el 33% su padre influyó en la práctica de la actividad física. La SEC es la que atiende más población en el programa nacional de activación física escolar con un total de 111,671 alumnos en el sistema federal y 52,238 en el sistema estatal en el primer trimestre del 2012, así mismo el IMSS es la institución que involucra mas servidores públicos en los programas nacionales de activación física que promueve la CONADE con un total de 1525 en la pausa para la salud y 1090 en el viernes activo durante el primer semestre del 2012.

CONCLUSIONES: Los programas de activación física en la estado de Zacatecas son dirigidos y coordinados por varias instituciones gubernamentales, sin embargo su difusión y promoción no ha sido la adecuada, ya que no se involucra de manera permanente a todos los sectores de la población, además de no implementar mecanismos de evaluación continuos sobre los efectos fisiológicos y psicológicos que pueda lograr en la población en general, en virtud de que sólo se han encontrado datos estadístico con relación a la población atendida.

Abstract

The purpose of this study is to assess the physical activity programs which promote government institutions of the State of Zacatecas. The knowledge related with the participation in programs of physical activity (in relation to type of activity or sport, frequency, duration, motives, among others).

Methods: It was used a not probabilistic sample at users who are involved in physical activity programs of government institutions in the metropolitan Zacatecas-Guadalupe area. Participated, sixty-two men and thirty-six women, (mean ages = 20.5 years old) involved in physical activity programs. A questionnaire was applied related with the practice of physical sports factors. Also was applied in a physical activity coordinators of governmental institutions (IMSS, ISSSTE, SEC, SSZ) and an interview.

Results: 46% practiced swimming, meanwhile 40% of the respondents made 4-5 day physical activity, 66% more than 1 hour, 28% has been practicing physical activity for more than 10 years, 42% had practiced in public facilities and his father influenced in the involvement of physical activity in 33%. The SEC programs had more population in the school physical activity with a total of 111,671 pupils, in the federal system and 52,238 which serves in the State system in the first trimester of 2012, the IMSS is also the institution that involves more public servants in the national programs of physical activation, which promotes her CONADE with a total of 1525 participating in a paused for health program and 1090 on the Active Friday program during the first half of 2012. **CONCLUSION:** programs of physical activity in the State of Zacatecas are directed and coordinated by different levels of governmental institutions. However its dissemination and promotion has not been adequate, since is not involved on an ongoing basis to all sectors of the population, in addition to not implement ongoing evaluation mechanisms on the physiological and psychological effects that can be achieved in the population in general under which only found statistical data in relation to the population served.

INTRODUCCIÓN:

La sociedad actual pasa por una serie de transformaciones drásticas en los estilos de vida, debido a los cambios radicales en los hábitos de

actividad física y alimentación. La Organización Mundial de la Salud confirma que realizar actividad física de forma regular, es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de enfermedades crónicas. Sin embargo, el 60 % de la población en el mundo, no llega a cumplir con las recomendaciones mínimas de realizar actividad física moderada, durante 30 minutos al día. De acuerdo con la encuesta nacional de salud pública (2006) los jóvenes de 10 a 19 años, el 40.4 % es inactivo, 24.4% moderadamente activo y 35.2 % activo. Apareciendo con frecuencia enfermedad crónica degenerativa en todos los sectores y estratos de la sociedad, nuestro contexto nacional no ha quedado exento de dicha situación. Cada vez es más alarmante que el padecimiento de enfermedades vaya en aumento, Según la ENSANUT, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años es de un 30.8 por ciento, La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres.

De acuerdo con la OMS y la OCD, México se ha convertido en el primer lugar en obesidad infantil y segundo en obesidad de toda la población, acrecentándose este fenómeno conforme pasan los años, al presentar la población en general, hábitos poco saludables, ingiriendo alimentos ricos en grasa y proteínas con alto valor calórico y bajos niveles de actividad física generando un desequilibrio en el metabolismo aumentando de manera considerable en el peso corporal y masa grasa. Provocando que gran parte de la población padezca enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión, arteriosclerosis, etc., generando altos costos en la rehabilitación de los pacientes al padecer dichas enfermedades, destinándose en el 2008, 67 mil millones de pesos con el fin de erradicar estas problemáticas.

Tomando como referencia a Hernández, et. al. (2010) Se pone de manifiesto que los escolares en su tiempo libre disponen de muchas horas

semanales y le dedican la mayor parte a actividades de bajo gasto energético (televisión, videojuegos e internet), careciendo de hábitos de la actividad física, además se considera que la tasa durante los recreos y clases de educación física son bajas, y ambas claramente superadas por la práctica deportiva, por lo que se recomienda un aumento en las horas semanales a la educación física, para incrementar los niveles de activación física en los escolares.

Según la OMS (2004), la actividad física aporta numerosos beneficios a la salud, retardando la manifestación de algunos de los flagelos de salud que prevalecen, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la osteoporosis, el cáncer de colon, y las complicaciones de salud asociadas con el sobrepeso y la obesidad, también propicia beneficios

La organización panamericana de la salud (2006) a partir de la estrategia sobre alimentación saludable, actividad física y salud en base a investigaciones de carácter científico, puntualiza que la actividad física regular produce efectos positivos en el organismo, por lo cual tomando como referencia estudios recomiendan 30 minutos de actividad física diaria con intensidad moderada, como caminar, bailar, andar en bici, y para lograr un peso normal la actividad física se puede prolongar de 60 a 90 minutos diarios.

Se considera a la actividad física como herramienta eficaz en la promoción de estilos de vida saludables, lográndose su cometido con la implementación de políticas públicas que van dirigidas al sector salud y educativa, en donde a partir de diseño de programas se alcance la concientización de una comunidad para disminuir factores de riesgo sobre el padecimiento de alguna patología y generar entornos saludables (Vidarte, Velez, Sandoval y Alfonso, 2011).

En el contexto escolar la educación física se considera como el medio para promover estilo de vida saludables, sin embargo Ruíz Juan (2008), asegura que la promoción no es la adecuada al someter a los alumnos a ejercicios físicos aburridos y repetitivos, que con lleva a una elección ilimitadas de practica del ejercicio, deseando los escolares más variedad en la currícula de educación física de actividades interesantes para jugar, mejorando al mismo tiempo su forma física cardiovascular, por lo que conduce muy poco al optimismo sobre efectos de las clases de educación física en la adopción de estilos de vida activo.

A nivel nacional destacan estudios realizados por Ceballos (2009) en actividad física escolar donde se concluye que en cuanto al género los hombres presentan mayores niveles de actividad física que las mujeres dato que coincide con la mayoría de los estudios. Los escolares realizan mayor nivel de actividad física durante la jornada escolar que en los fines de semana.

En el contexto zacatecano, estudios sobre hábitos actividad física en escolares, indican que existen diferencias significativas en función de género y grado, además de considerar en posteriores investigaciones la educación para la salud y la intervención sobre los hábitos alimentarios Solano (2012), también otro estudio realizado por Trejo et. al. (2012). en el municipio de Guadalupe, Zacatecas con madres y escolares de primaria concluyo que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 29,7 %, mayor en el sexo masculino, y a partir de los 8 años. En escala de 1 a 5 puntos, los escolares tuvieron una media de actividad física de 2,5, dedicaban en promedio tres horas diarias frente al televisor. Las actividades más frecuentes fueron correr y saltar la cuerda. No se encontraron diferencias significativas en la actividad física realizada según el sexo, edad y peso corporal en los escolares, pero sí tendencia a que los niños con obesidad, pasen más horas frente a la televisión, que aquellos con peso normal.

Pate et al. (1995). Hacen mención que varios estudios epidemiológicos y clínicos indican que se pueden obtener beneficios sustanciales para la salud con un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, como caminar enérgicamente, andar en bicicleta y bailar. La actividad física contribuye al buen funcionamiento del organismo y a la prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas degenerativas y cambios significativos en la composición corporal principalmente de masa grasa.

Nuestro cuerpo está hecho físicamente para grandes volúmenes de energía, lamentablemente no lo hacemos por esos patrones de sedentarismo y aunque a veces uno quisiera caminar, las ciudades han creado grandes ejes donde se privilegia a los automóviles, desde etapas tempranas de la vida y hasta los adultos de edad media y mayores, rescatar esa posibilidad de movimiento que nos ofrece la actividad física, se va a lograr muchos beneficios (Rivera, 2005)

A partir de los esfuerzos de la organización mundial de la salud (OMS), sea declarado el 28 de marzo desde el 2003 como el día mundial de actividad física, donde el 2012 en México participaron 16,390,570 personas, y en lo que respecta al estado de Zacatecas hubo una participación de 18,059 personas, siendo uno de los estados que tuvo baja participación.

Por lo cual varias instituciones gubernamentales se han dado la tarea de diseñar estrategias de acción para el combate de estas enfermedades. Una de ellas es la implementación de programas que difundan la promoción de la actividad física regular y moderada, siendo una estrategia que proyecta varios enfoques rehabilitador, preventivo y de bien estar. Se ha tomado a la actividad física como un medio que los profesionales de instituciones sanitarias y educativas la promueven para erradicar el sedentarismo con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, debido a las disposiciones y recomendaciones de la organización mundial de la salud, definiendo a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades desde rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo.

Los beneficios de la actividad física se concretan en modelos de intervención sistemáticos. En el contexto nacional la oferta de actividad física y sistemática se ha dado a partir de la promoción y difusión de programas gubernamentales donde se pretende involucrar a todos los sectores de la población con la colaboración de las entidades federativas, municipios y comunidades, en este último sexenio se han diseñado y puesto en marcha diferentes programas de la CONADE (Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte). Como el denominado actívate y vive mejor vinculándose con la Secretaría de Educación Pública. Otras instituciones públicas IMSS, ISSSTE, sector salud consideran necesario la promoción de la activación física, por lo que también han confeccionado otros programas de actividad física a fines.

SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS

El 25 de enero del 2010 se firmó el acuerdo nacional para la Salud Alimentaria, estrategias contra el

sobrepeso y la obesidad y fue publicado el 11 de febrero del mismo año.

En él se estableció:

1. Fomentar la actividad física
2. Aumentar la disponibilidad de agua simple potable
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra de dieta
5. Etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud
6. Lactancia materna exclusiva
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas transgénicas.
9. Control de tamaño de porción recomendada en la preparación casera de alimentos y en alimentos procesados
10. Disminuir el consumo diario de sodio

Para llevar a efecto estas acciones en el estado de Zacatecas las actividades del ANSA se realizó la contratación de 1 médico integrista, 7 activadores físicos y 10 nutriólogos, mismos que se encuentran haciendo actividades en las diferentes 7 Jurisdicciones sanitarias de Zacatecas.

En Zacatecas también se avanza con el programa de los 5 pasos por la salud:

1. Muévete
2. Toma agua
3. Come frutas y verduras
4. Mídete
5. Comparte: familia y amigos.

ENTORNOS LABORALES

Por medio del equipo ANSA se apoya a centros laborales como oficinas, dependencias y centros jurisdiccionales para realizar actividades como:

- Llevar acabo actividad física 3 veces por semana
- Orientación alimentaria
- 25 personas en promedio por entorno participando (10 entornos)
- En entorno laboral que ha tenido grandes logros es la CFE zona Ojocaliente, Rio Grande, Concepción del Oro, Tlaltenango y Jalpa, en donde se ha establecido tiempo para el ejercicio, planes de alimentación y campañas saludables.
- Se ha implementado la pausa por la salud en trabajadores de los servicios de salud, realizando una pausa de 15 minutos a sus labores e implementando actividad física que mejora el rendimiento, la actitud y el desempeño laboral.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM)

- Se trabaja con los GAM de las 7 Jurisdicciones sanitarias.
- Están conformados por pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, dislipidemias y obesidad).
- Se brinda información básica sobre su padecimiento para llevar un adecuado control.

En el año de 2011 el estado de Zacatecas se logró el 2do. Lugar nacional en acreditaciones de grupos de ayuda mutua.

CRUZADA NACIONAL PARA EL USO DE LA BICICLETA 2012

Esta se realizó en las 7 Jurisdicciones sanitarias desde el año 2010, se contó con difusión en los medios de comunicación local, han participado cerca

de 2000 personas, se colocaron áreas de hidratación específica para los asistentes de los circuitos y se intensifico la promoción del programa de los 5 pasos por tu salud para vivir mejor.

RECREO SALUDABLE

Es una campaña realizada por el INSP y que se esta implementando en los SSZ en las escuelas los 5 pasos del ANSA para la promoción de una alimentación saludable y mayor actividad física en escolares.

Objetivo:

- Comer 1 verdura y 1 fruta
- Tomar un vaso de agua pura
- Realizar actividades que impliquen el movimiento (juegos organizados y activación física)

Todo esto durante el recreo escolar.

DELEGACIÓN IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo propósito es reestructurar el actual modelo de atención, priorizando las estrategias preventivas sobre las curativas con la finalidad de proporcionar una atención integral al derechohabiente acorde a la transición demográfica y epidemiológica, se observa una disminución de las enfermedades infecto contagiosas y el aumento en las crónicas degenerativas; aunado a lo anterior los problemas sociales elevan considerablemente los índices de morbilidad y mortalidad de la población.

Por ello, las acciones preventivas a través de la práctica sistemática del ejercicio físico, gimnasia laboral, activaciones físicas y pausas para la salud son factores determinantes para contribuir al bienestar integral, éste sirve como vehículo educativo y recreativo de un profundo sentido humano, constituyéndose en recurso esencial de mejora de calidad de vida por lo que debe ser

accesible a todas las personas independientemente de su condición o edad.

Los servicios de cultura física y deporte en el IMSS están encaminados a contribuir al fomento de la salud integral de la población y al mejoramiento de la calidad a través de cursos y servicios complementarios dirigidos a niños, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Servicios del Área de Cultura Física y Deporte:

Ligas Deportivas.

Cursos en Línea (Intranet-Suma) de diferentes temas, los cuales se pueden realizar desde cualquier equipo de cómputo y se otorga constancia de acreditación.

- Video conferencias y Diplomados (VICO)
- Ferias de la Salud
- Día mundial de la Alimentación
- Día Mundial de la Salud
- Día Mundial Sin Tabaco
- Discapacidad
- Pausa para la Salud
- Capacitaciones para personal sobre Programas de Pausa para la Salud y Gimnasia Laboral.
- Día mundial de la Actividad Física.
- Torneos de Fundamentos Deportivos.
- Torneos de Invitación.
- Programa Nacional de Activación Física IMSS-CONADE
- Uso de Instalaciones Deportivas.
- Caminatas y carreas por la Salud.
- Eventos Recreativos y Deportivos.

DELEGACIÓN ISSSTE

Mencionar que el instituto convoca y realiza varias actividades deportivas y recreativas dentro de los programas:

- Deporte adaptado (personas con discapacidad)
- Evaluación y desempeño físico
- Educación para la salud y cultura física (rutinas de activación física)
- Formación deportiva (ligas permanentes de baloncesto, escuelas de baloncesto infantil)
- Capacitación técnico deportiva (cursos o clínicas deportivas)
- Desarrollo armónico para la mujer (encuentros deportivos de mujeres)
- Recreación (programa recreativo vacacional)
- Escultismo (grupo de exploradores)

Eventos nacionales como:

- Futbolisste
- Jornadas deportivas
- Tercias femeniles
- Corriisste

Metas programadas de 85,700 personas por atender.

Programa deportisste que atiende a pensionados y jubilados se tiene una meta de 11,000 ambas metas son alcanzadas con un porcentaje del 130%.

Objetivos

1. OBJETIVOS

Valorar los programas de activación física que promueven las instituciones gubernamentales del estado de zacatecas.

Conocer la participación de la población en los programas de activación física (en relación a tipo de actividad o deporte, frecuencia, duración, antigüedad, motivos, etc.).

2. METODOLOGÍA

Se realizó una investigación transversal descriptiva, en instituciones gubernamentales que dirigen y coordinan programas de activación física las cuales fueron las siguientes.

- Secretaria de Educación y Cultura
- IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
- INCUFIDEZ Instituto de Cultura Física y Deporte del Estado de Zacatecas
- SECTOR SALUD
- ISSSTE Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado.

Se utilizó una muestra no probabilística en usuarios que están involucrados en programas de activación física de instituciones gubernamentales de la zona conurbada zacatecas-guadalupe, la muestra quedó constituida por 62 hombres y 36 mujeres, cuyas medias de edades fueron de 20.5 años.

Instrumentos: A los usuarios de los programas de activación física se les aplicó un cuestionario sobre factores de la práctica de actividades físico deportivas.

A los coordinadores de los programas de activación física de cada institución gubernamental se les aplicó una entrevista.

Procedimiento: Con el consentimiento de las autoridades de cada institución gubernamental, el cuestionario se aplicó en varias instalaciones deportivas (albercas, gimnasios, canchas de fútbol, etc.) donde al finalizar cada sesión se procedía aplicar el cuestionario a los usuarios, el encuestador comenzaba leyendo las instrucciones y una a una las preguntas, al mismo tiempo los usuarios las iban contestando, así hasta que se lograra comprender totalmente el mecanismo de llevarlo a cabo, para después continuar personalmente.

En el caso de los coordinadores de los programas de activación física, se procedió a asistir personalmente a sus oficinas y se aplicó una entrevista con preguntas abiertas para que brindaran información estadística sobre el número de personas involucradas en el programa, número de promotores, lugares, tipo de actividades, etc.

RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de la muestra según género.

Genero	Frecuencia
Masculino	62
Femenino	36
Total	98

Tabla 2. Distribución de la muestra según género.

Edad	frecuencia
10 a 20	60
21 a 30	17
31 a 40	7
41 a 50	2
51 a 60	0
61 a 70	2

Grafico 1. Frecuencia a la semana

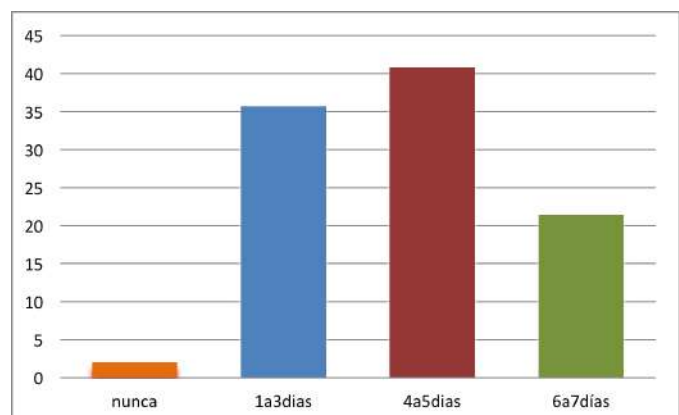


Grafico 2. Antigüedad

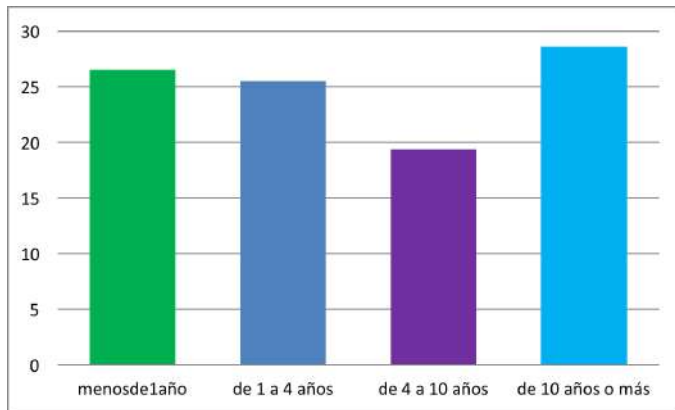


Grafico 3. Lugar de práctica

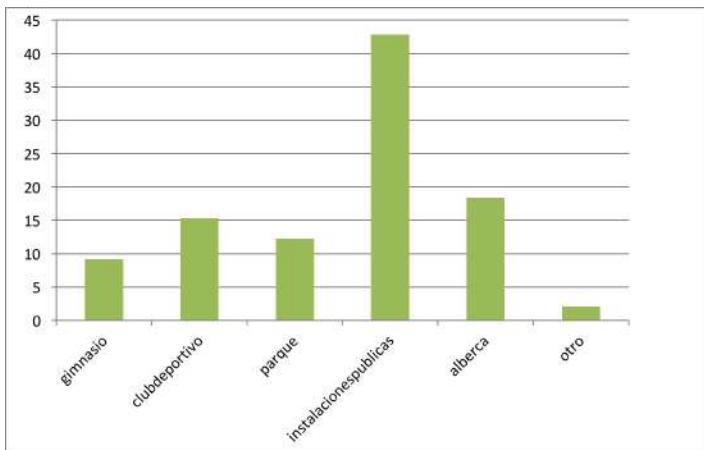


Grafico 4. Influencia de práctica de actividades físico-deportiva.

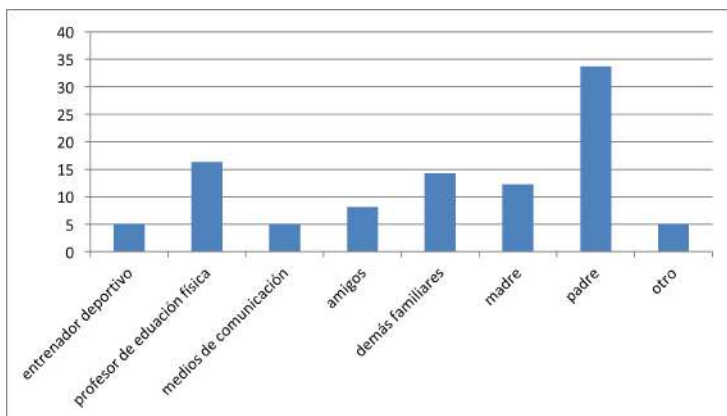
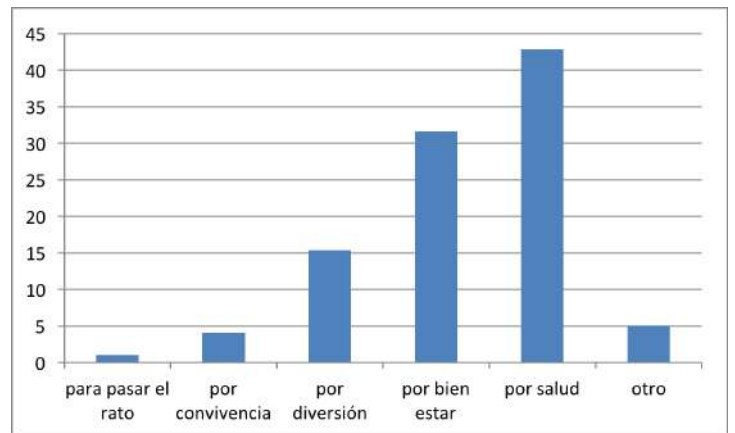


Grafico 5. Motivos de la práctica de actividades físico deportivas.



En el caso de la Secretaría de Educación y Cultura con el programa nacional de activación escolar del primer semestre del 2012, las escuelas involucradas, población atendida y promotores fueron los siguientes en 1er trimestre del año 2012.

TABLA 3. PROGRAMA ESTATAL DE ACTIVACIÓN FÍSICA ESCOLAR ZACATECAS (FEDERAL).

Nivel	Número de escuelas	Número de promotores	Hombres	Mujeres	Total
Preescolar	168	504	8537	8883	17420
Primaria	527	2050	43325	42434	85859
Educ. Especial	3	24	60	40	
Secundaria	19	316	4147	4245	8392
Total	717	2894	56069	55602	111,671

TABLA 4. PROGRAMA ESTATAL DE ACTIVACIÓN FÍSICA ESCOLAR ZACATECAS (ESTATAL).

Nivel	Número de escuelas	Número de promotores	Hombres	Mujeres	Total
Preescolar	63	49	3714	3678	7392
Primaria	21	21	2490	2635	5125
Secundaria	909	909	17319	22402	39721
Total	993	979	23,523	28,715	52,238

Tabla 5. PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA IMSS ZACATECAS (ENERO-JULIO2012).

ACTIVIDADES	POBLACIÓN ATENDIDA	LUGAR
Muestra pedagógica de activación física.	300	Alameda
Activación física	100	Alameda
Activación física	1000	Megavelaria
Caminata por la salud	1000	Megavelaria
Encuentro amistoso de cachibol	100	
Caminata día mundial de la salud.	65 45 200	Parque de la plata Parque la Encantada Alameda
Feria de la activación física para vivir mejor.	165 65 40 1150	Plaza bicentenario Comisión de electricidad Parque de la plata Parque de beisbol

Tabla 6. PROGRAMA NACIONAL DE ACTIVACIÓN FÍSICA IMSS CONADE (ENERO-JULIO 2012).

DELEGACIONES	ACTIVIDAD	TRIMESTRE	POBLACIÓN ATENDIDA
Delegación estatal IMSS, UMF 1 IMSS, UMF 3 IMSS, HGZ 1 IMSS, CEC Calera, estación Calera de Víctor rosales,Zac, río frío, Calera de Víctor rosales, Zac, río frío, Calera de Víctor rosales Zac, C.S.SP.	PAUSA PARA LA SALUD Y ACTIVACIÓN FÍSICA	1ER	1250
		2DO	275
	VIERNES ACTIVO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN EL IMSS	1er y 2do	1090

TABLA 7. PROGRAMA DE ACTIVACIÓN FÍSICA LABORAL DELEGACIÓN ISSSTE ZACATECAS

EVENTO	ACTIVIDADES	FECHA	LUGAR	HORA	DERECHO HABIENTES
Activación física laboral	Pesas, spinning,	Permanente	Delegación Estatal ISSSTE	14:00 a 15:00 y 16:00 a 17:00	Hombres 2,128 Mujeres 4,592 Total 6,720

TABLA 8. PROGRAMA 5 PASOS POR LA SALUD SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS

JURIDICIONES SANITARIAS	ESCUELAS	ALUMNOS
4	30	6753

CONCLUSIONES

Las instituciones y organizaciones internacionales. Panamericanas y Nacionales han hecho esfuerzos por crear políticas de salud pública donde se promueven estilos de vida saludables, para reducir factores de riesgo en la población como es el sedentarismo y las enfermedades crónica degenerativas,(diabetes, obesidad, sobrepeso, hipertensión, etc.), la actividad física es un medio efectivo para generar beneficios en el organismo.

Por lo cual en los últimos años, a nivel nacional se han confeccionado programas nacionales de activación física donde se trata de involucrar a toda la población y principalmente aquella se encuentre con algún factor de riesgo provocado por el sedentarismo. Los programas de activación física en la estado de Zacatecas son dirigidos y coordinados por varias instituciones gubernamentales, sin embargo aun cuando la mayoría de los encuestados esta consiente que práctica de ejercicio es por su bien o para mejorar la salud, su difusión y promoción no ha sido la adecuada, ya que no se involucra de manera permanente a todos los sectores de la población, ni a los tres niveles de gobierno en forma articulada. Según el programa de cultura física y deporte (2008),

la sociedad mexicana tiene otras necesidades primarias que llenar que darle importancia al ejercicio y la actividad física, sin existir una política clara y determinada para la difusión del Programa Nacional de Actividad Física, además de no implementar mecanismos de evaluación permanentes sobre los efectos fisiológicos y psicológicos que pueda lograr en la población en general, ya que sólo se han encontrado datos estadístico con relación a la población atendida, se requiere crear grupos multidisciplinarios que diseñe un modelo de intervención para promover estilos de vida saludables, donde se establezcan estrategias de difusión y promoción más efectivas, partiendo de una mejor preparación por parte de los monitores, instructores y profesores que atienden a la población, ya que existe una disminución paulatina de la practica de actividades físico deportivas, conforme avanza la edad en la población.

REFERENCIAS.

1. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. (2010). Estrategia contra el sobrepeso y obesidad. Secretaría de Salud. México.
2. Ceballos O, Alvarez J., Y Medina R. (2009). Actividad física y género: un estudio comparativo entre los jóvenes de Monterrey, México y Zaragoza, España. Mh salud. Vol 6 (2). 1-14.
3. Analí Castellanos, Antonio Rivera C. **Jorge M. Sánchez González**, Juan Carlos Leaño, Antonio Leaño del Castillo, Jocelyn Macías et al. *Día mundial de la Activación Física México 2014, el combate al sedentarismo y la obesidad desde las Universidades* Diabetes Hoy XV (2) 2014, 26-31.
4. CONADE, SEP(2012). Día mundial de la actividad física. Recuperado septiembre del 2012.
5. http://activate.gob.mx/Documentos/Dia_Mundial_de_la_AF_2012_RESULTADOS_ver2.pdf
6. CONADE (2008) *Manual de Activación Física Escolar, México.*
7. CONADE (2008). Programa Nacional de Cultura Física y Deporte.
8. CONADE (2011). Programa Nacional de activación física. Actívate para vivir mejor.
9. Corral, J. y Garrido, M. (2007). La importancia de los técnicos, padres y madres en las escuelas deportivas municipales como promotores de la salud. Pautas de actuación. Presentado en el II Congreso Internacional y XXIV Nacional de Educación Física, Abril, Palma de Mallorca.
10. Enciso, M.V. (2008) Influencia de los hábitos alimentarios y el nivel de escolaridad de los padres en la presencia de sobrepeso y obesidad, en población escolar en la Ciudad de Zacatecas, 2005. Tesis. Universidad de Zacatecas.
11. Sánchez González Jorge Manuel, Gutiérrez Hernández Miguel, Milke Najar María Eugenia. Foro Nacional de Salud Alimentaria: *Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad; los foros regionales* Diabetes Hoy 2010; 11(3) 2453-2467
12. Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición (2006)
13. Hernández, Ferrando, Quilez, Aragonés, et al. (2010). Análisis de la actividad física en escolares de medio urbano. Madrid. Consejo superior de deporte.
14. IMSS (2012) Activación física en el Imss 2012, delegación Zacatecas.
15. ISSSTE (2012) Programa Activación Física Laboral. Delegación estatal ISSSTE.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004 [Consultado: 12 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
17. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (1998). El fomento de la actividad física en y mediante las Escuelas.
18. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004 recuperado el 12 de noviembre de 2010. Disponible en:
19. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
20. Pate R.R., Pratt M., Blair S.N., Haskell W.L. et al. (1995). Physical Activity and the Public's Health:

A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA;273:402-407.

ANEXOS

21. Rivera A.(2009). Movimiento es salud. Apuntes. Revista electrónica evolución. (4) recuperado septiembre del 2012. <http://usic13.ugto.mx/evolucion/recomienda/db/4/articulos/apuntes.asp>
22. Ruíz Juan, F. (2008). ¿Promueven los centros escolares una vida activa y saludable a través de la Educación Física?. Curso taller Internacional de Educación Física y ciencias del deporte. Universidad de Guadalajara.
23. SEC (2012). Secretaria de Educación y Cultura. Programa de activación escolar.
24. SSA (2012). Estrategia contra el sobrepeso y obesidad, acuerdo nacional de salud alimentaria.
25. Solano, A.(2012)“Hábitos de actividad física, sedentarismo escolar y alimentación en alumnos de primaria de 1° y 6° grado”. Municipio de Calera, Zacatecas- México. Universidad de Extremadura.
26. Trejo P.M. ,Chairez J S.,Fabiana E, Mollinedo M, Lugo L.G. (2012). Relación entre actividad física y obesidad en escolares. Revista Cubana de Medicina General Integral.Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas, México.28(1):34-41.
27. Sánchez González Jorge Manuel, Iñiguez Mejía Elías, García Esquivel María Ángela XVI Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud; la Declaratoria contra el sobrepeso y la obesidad. Diabetes Hoy I 2010; 11(3) : 2468-2471.
28. Vidarte, Velez, Sandoval y Alfonso (2011). Actividad física estrategia de promoción de la salud. Hacia la promoción de la salud, Vol 16. (1), 202-218.



BASES PARA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA: Taller Telementoría para entrenamiento con profesionales de la salud en Durango

BASES FOR INTERVIEW MOTIVACIONAL AND THERAPEUTIC ADHESION: Long-distance telementoring for training with professionals of the health in Durango

Elda Raquel Vázquez Ríos¹, Angélica H. Lara Esqueda², Vladimir Campos Moreno³, Francia Maritza Licea Solano⁴, Alejandro Quevedo Olivares¹, Cynthia Mora Muñoz¹⁻³, Gabriel Julio Castañeda Bañales³, Manuel González², Agustín Lara Esqueda.⁵

1. Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana de la Universidad Juárez del Estado de Durango. 2. Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. 3. Secretaría de Salud del Estado de Durango, 4. Universidad LAMAR. 5. Centro de Investigación de Políticas, Población y Salud de la UNAM.

Recibido: Diciembre 26 2018

Aceptado: Febrero 20 2019

PALABRAS CLAVE: Psicología educativa, Taller de telementoría, Entrevista motivacional, profesionales de la salud, Adhesión terapéutica.

KEY WORDS: Educative psychology, Educational Long-distance mentoring, professionals of the health, Motivational interview, Therapeutic Adhesion.

RESUMEN

Introducción. El taller de Entrevista Motivacional (EM) está diseñado para implementar 12 horas, divididas en dos módulos de 6 horas diarias. Implementándose simultáneamente en una sede presencial y una satélite con evaluación final, utilizando una escala tipo Likert diseñada por los ponentes; que desarrollaron herramientas educativas para ser implementadas en el aula satélite, con retroalimentación de la experiencia por parte de mentores y ponentes. El Objetivo fue determinar la metodología del taller de Telementoría en EM para profesionales la salud. Se implementó el taller sobre EM con expertos en un aula sede con un equipo de mentores titulares y un aula satélite, asistida por mentores adiestrados para replicar las herramientas educativas, con un grupo de profesionales de la salud y estudiantes de la licenciatura en psicología de la Universidad Juárez del Estado de Durango en residencias clínicas. La evaluación del taller se realizó a través de dos instrumentos: una encuesta para los participantes del taller, utilizando una escala

tipo Likert diseñada por los ponentes y un formato de retroalimentación para los ponentes y mentores, sobre cómo mejorar la experiencia. Se integró un grupo de profesionales de la salud y un grupo de residentes clínicos de psicología entrenados en entrevista motivacional orientada a la adherencia terapéutica. A partir de la evaluación cualitativa de los participantes que tuvo preguntas abiertas sobre lo que más gustó (“La actitud y disponibilidad de los ponentes”; “Las actividades prácticas” y “Fue muy dinámico y claro”); lo que menos gustó (“Que es mucho el tiempo y llega un momento que me cansé”, “El clima caliente” y “La ventilación y poco espacio”); y como tercer punto, las sugerencias de mejora (“Sea más dinámico y dure menos para prestar más atención”), se obtiene la información necesaria para hacer las adecuaciones didácticas, dialécticas y tecnológicas necesarias para determinar la mejor metodología del taller de Telementoría y Entrevista Motivacional para la Adherencia Terapéutica. Concluimos que: ¿Para mejorar el taller de entrenamiento por Telementoría, se recomienda hacer una convocatoria oportuna, definir roles

específicos de los mentores, vigilar la funcionalidad de la infraestructura y la conectividad; disponer las herramientas educativas para cada aula, asignar un mentor informático y técnico; cumplir los tiempos establecidos en el diseño instruccional.

ABSTRACT:

Introduction. The factory of Motivational Interview (command post) is designed to implement 12 hours, divided in two modules of 6 hours daily. Implementing simultaneously in an actual seat and a satellite with final evaluation, using one Likert type climbs designed by the ponentes; that they developed educative tools to be implemented in the classroom satellite, with feedback of the experience on the part of mentors and ponentes. The Objective was to determine the methodology of the factory of Telementoría in command post for professionals the health. The factory was implemented on command post with experts in a host classroom with a team of titular mentors and a classroom satellite, attended by trained mentors to talk back the educative tools, with a group of professionals of the health and students of the degree in psychology of the Juárez University of the State of Durango in clinical residences. The evaluation of the factory was made through two instruments: a survey for the participants of the factory, using one scales Likert type designed by the ponentes and a format of feedback for the ponentes and mentors, on how improving the experience. One integrated a group of professionals of the health and a group of trained clinical residents of psychology in oriented motivacional interview to the therapeutic adhesion. From the qualitative evaluation of the participants whom it had opened questions on which it more pleased (“the attitude and availability of the ponentes”; “The practical activities” and “Were very dynamic and clear”); what less it pleased (“That it is the time much and it arrives a little while that I got tired”, “the hot climate” and “the ventilation and little space”); and like third point, the improvement suggestions (“He is more dynamic and it lasts less to pay more attention”), the information necessary is obtained to make didactic, dialectic and technological the adjustments necessary to determine the best methodology of the factory of Long-distance mentoring and Motivational interview the Therapeutic Adhesion. We concluded that: To improve the factory of training by Long-distance mentoring, is recommended to make a call oportune, to define specific rolls of the mentors, to watch the functionality of the infrastructure and the connectivity; to arrange

the educative tools to each classroom, to assign a computer science and technical mentor; to turn the times established in the instruccional design.

Introducción:

La organización mundial de la salud incide en la necesidad de transformar los sistemas de salud en la atención de los padecimientos crónicos (OMS, 2003) y hacer del profesional de la salud, un promotor permanente de conductas saludables (García, 2008, en Lara, Lara, Aldrete, López y Delgado ,2018); sin embargo la demanda de atención de la población en aspectos de la salud física y emocional cobran importancia, cuando ya se habla de que un 40% de las muertes en el mundo tienen como causa factores de riesgo prevenibles y dependientes de las conductas de la persona (Murphy, 2005 en Lara y Cols., 2018), mientras que índices de depresión en los últimos años hablan de que hay un promedio de 300 millones de personas, que viven con este padecimiento; América Latina presenta datos de 50 millones en promedio y de ellos de acuerdo a las cifras que registra el Instituto Nacional de Estadística y Geografía México (INEGI) hasta 2015 presenta un registro que indica que de los 104.95 millones de personas mayores de 7 años del país, 57.2 millones se habían sentido preocupadas o nerviosas; ésta preocupación 11.58 personas, la sintieron todos los días y de ellas, 2.98 personas toman algún medicamento para el tratamiento de esa sensación (OMS en la encuesta Nacional de Hogares, 2015 y 2016)

Así mismo, se encuentra que la población estudiantil universitaria, puede abarcar desde los 15 o 16 años en aquellas Universidades que imparten estudios de preparatoria, o bien 17 o 18 años. Al concluir sus estudios están en una edad promedio de 22 a los 28 años de edad según la carrera estudiada; por lo tanto, de acuerdo a estas cifras, son muchas las posibilidades de encontrar alumnos universitarios con síntomas depresivos, sensación de ansiedad y “el sentirse nervioso” [Sic. Encuesta Nacional de hogares 2015]

Optimización de los recursos: de la mentoría a la Telementoría.

Los antecedentes de la Telementoría, están en la mentoría, cuyo origen a su vez, está alrededor del año de 1998, Valverde y Cols.(2018), refieren que para Allen, la mentoría es la ayuda de una persona a otra para que progrese en su conocimiento; para Faire (1999), es una relación a largo plazo que ayuda a conseguir el máximo potencial del mentor,

el mentorizado y la organización; para Parsloe (2000) es apoyar a otro para mejorar sus actuaciones y convertirse en la persona que quiere llegar a ser y para Soler (2003) la mentoría implica la inversión de tiempo, energía y conocimientos a través de la enseñanza, la guía, el consejo y el acompañamiento del mentor hacia el tutelado (Valverde, Ruiz y Romero (2004), en Ponce y Cols. (2018).

En los procesos de adiestramiento, se cuenta con la presencia de expertos y aprendices; en el caso de la mentoría, se habla de una relación entre un persona que posee vasta experiencia con otra de menor experiencia, durante un proceso de aprendizaje-intervención. El mentor lleva la responsabilidad de orientar o direccionar así como retroalimentar a los menos experimentados, esto, incide en una mejor adaptación del alumno, en los espacios prácticos para la aplicación del conocimiento.

Por su parte, Linares (2014) referido por Ponce, García, Cervantes y Cols. (2017), dice que la mentoría es un proceso de retroalimentación continua de ayuda y orientación entre pares con el fin de potenciar el desempeño de un alumno experimentado con uno de nuevo ingreso. En el caso de éste proyecto, hablamos de profesionales de la mentoría asistiendo a mentores noveles (para el adiestramiento previo) que a su vez, serán quienes acompañen a los profesionales de la salud y estudiantes de semestres terminales en la implementación de las técnicas de la entrevista motivacional, orientada a provocar una mejor adherencia terapéutica en los campos de la salud y los procesos de psicoterapia.

Universidades como la Complutense de Madrid, iniciaron sus programas de mentoría alrededor del año 2012 (disponible en: www.ucm.es/mentorias), con propósitos para potenciar las habilidades en las relaciones interpersonales, la comunicación, la solución de problemas y la dirección de grupos; la Red iberoamericana de mentoría a su vez se oferta como una organización formadora de profesionales de la educación a través de diversos programas (disponible en: www.mentoraiberoamericana.org/es.s/f), y, la Universidad Autónoma del Estado de México, atiende alumnos en riesgo académico a través de asesoría disciplinar con mentores académico (Disponible en: <http://apoyoacademico.uaemex.mx>)

Ante la necesidad de llevar capacitación a más personas que trabajen en la sensibilización hacia el compromiso por el autocuidado y la adherencia a los procesos de tratamiento a partir de la EM; se

plantea un modelo particular de Telementoría, también llamada mentoría electrónica o mentoría en línea, cuyo uso se ve favorecido con la incorporación de las Tecnologías de la información y comunicación y son una forma dar continuidad al trabajo cuando el asesoramiento presencial no es posible.

En la Facultad de Psicología de la Universidad Juárez del Estado de Durango, se implementa un curso taller de formación en EM impartido simultáneamente en dos sedes bajo el modelo de Telementoría, con un aula presencial dispuesta en la sala de enseñanza del Hospital 450 de la Secretaría de Salud y otra aula satelital con sede en la Facultad, la cual fue asistida por mentores capacitados para acompañar a los residentes de psicología en formación en su proceso del desarrollo de competencias para la administración de la entrevista motivacional orientada al logro de la adherencia terapéutica.

La EM para ser dispensada por un profesional de la salud, requiere una formación previa que le permita desarrollar habilidades y competencias para influir en la persona y llevarle al cambio de sus realidades, sus hábitos de salud y estilo de vida. Por lo tanto el propio también exige en el profesional el entrenamiento necesario en conductas de autocuidado para poder ser promotores del aprendizaje de conductas saludables (Lara, 2010).

La entrevista motivacional es clave para fortalecer estas competencias; es un estilo de comunicación centrada en la persona, y utiliza estrategias y técnicas para hacer de la relación entre consultante y profesional de la salud un proceso fluido, satisfactorio y por lo tanto, generador de un mayor apego al tratamiento, un mejor control y menos complicaciones impactando en la calidad de vida del paciente y por otra parte la satisfacción de la práctica profesional (Lara y Cols., 2018).

El término de adherencia terapéutica, es aplicable a todo aquello que una persona tenga indicado como factor asociado a un programa de salud. Desde 1985, Puente-Silva, hace referencia a la adherencia terapéutica como un proceso de respuesta del paciente para llevar a cabo de manera correcta las indicaciones de terapeuta y las prescripciones correspondientes de un programa médico y/o terapéutico para un manejo óptimo de la enfermedad o padecimiento. (Puente, 1885). La Organización mundial de la salud, la medición, la evaluación y la adherencia terapéutica son una necesidad continua que permite la planificación de tratamientos

efectivos, eficientes y de calidad. (OMS, 2004, en Veliz, Mendoza y Barriga 2015).

Metodología didáctica.

El taller de Entrevista Motivacional está diseñado para implementarse en un total de 12 horas en aulas, las cuales se dividen en dos módulos de 6 horas cada uno en dos días y 8 horas de autoestudio.

En el primer módulo se aborda el tema de la importancia de la implementación de Entrevista Motivacional en los servicios de salud, y su relación con las problemáticas epidemiológicas de la actualidad, especialmente de las enfermedades crónicas no transmisibles. Además, se revisa el Modelo Transteórico de Etapas de Cambio, propuestos por autores como James O. Prochaska y Carlo DiClemente (en Bobes y Cols. s/f. Disponible en: www.sergas.es.) junto a estrategias que pueden ser utilizadas en cada etapa. En el segundo módulo se revisan los conceptos básicos y fundamentos de la Entrevista Motivacional, así como las herramientas y técnicas específicas que se utilizan.

Este taller se implementó de forma simultánea en una sede presencial (Hospital e Altas Especialidades 450) y una sede satélite (Facultad de Psicología de la Universidad Juárez del Estado de Durango) con la metodología diseñada; al término del taller se les pidió una evaluación escrita a los participantes.

El instrumento de evaluación fue una escala tipo Likert diseñada por el equipo de ponentes, donde los enunciados fueron redactados de forma positiva, por ejemplo *“la proyección fue clara y visible”*; cuenta con una escala de valoración del 1 al 4, donde 1 corresponde a *“totalmente en desacuerdo”*, 2 corresponde a *“en desacuerdo”*, 3 a *“de acuerdo”*, y 4 a *“totalmente de acuerdo”*. También se le agregó un apartado de evaluación cualitativa, que consta de tres preguntas abiertas.

El presente reporte abarca los resultados de la evaluación en la sede presencial. Que aportó cada participante de manera escrita y anónima; se encontraron reactivos sin responder, por lo que las medias se obtuvieron sólo con los reactivos que se fueron contestados.

Se obtuvo un promedio general de todos los criterios de evaluación cuantitativa de 3.84, donde el puntaje máximo a aspirar es 4.

Las áreas que se evaluaron fueron las siguientes:

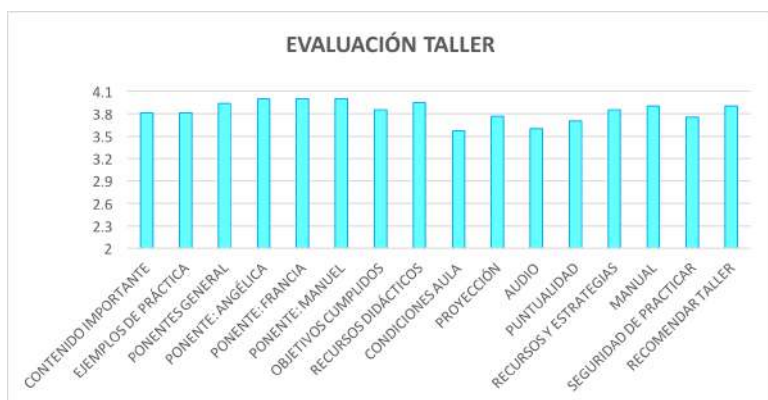
- Considerar el contenido del taller importante
- Oportunidad de ejemplificar y practicar
- Desempeño de los ponentes en general
- Desempeño de la ponente Angélica Haydeé Lara Esqueda
- Desempeño de la ponente Francia Maritza Licea Solano
- Desempeño del ponente Manuel González García
- Cumplimiento de objetivos
- Recursos didácticos adecuados
- Condiciones del aula
- Calidad de la proyección
- Calidad del audio
- Puntualidad
- Recursos didácticos y estrategias de enseñanza adecuados
- Utilidad del manual
- Seguridad del participante para practicar lo aprendido
- Recomendación del taller

Resultados de la evaluación

El área que resultó con una puntuación menor fue las condiciones del aula, con un promedio de 3.57, seguido de la calidad del audio con una media de 3.6, seguido de puntualidad con 3.7 y seguridad de practicar de 3.75.

Por otro lado, las áreas con puntuaciones mayores fueron el desempeño de los tres ponentes con un 4 de promedio cada uno, seguido de la calidad de los recursos didácticos con 3.95, desempeño de ponentes en general con una media de 3.94, y la utilidad del manual, así como la posibilidad de recomendar el taller, ambos con una media de 3.91 (véase gráfica 1).

Gráfica 1. Medias de cada reactivo de la escala de evaluación del taller Entrevista Motivacional. Sede



presencial (Fuente: directa).

La evaluación cualitativa constó de tres preguntas abiertas. La primera de ellas cuestiona sobre lo que más gustó del curso, la segunda sobre lo que menos gustó, y la última explora sobre las sugerencias de mejora. En cada pregunta se agruparon las respuestas en categorías y se evaluaron según la frecuencia en que fueron mencionadas.

En la pregunta uno, sobre “lo que más gustó”: las dos categorías que se mencionaron con mayor frecuencia (6 menciones cada una) fueron el desempeño y actitud de las ponentes, y el dinamismo del taller con respuestas como:

“La actitud y disponibilidad de los ponentes, son muy agradables”.

- *“La actitud de los ponentes”.*
- *“Todos los ponentes fueron excelentes y claros y muy motivadores (mis felicitaciones para todos)”.*
- *“Las actividades prácticas”.*
- *“Fue muy dinámico y claro”.*
- *“Fue muy didáctico”*

En la pregunta dos, sobre “lo que menos gustó”: la categoría que más se repite, con una frecuencia de 6, fue la larga duración del taller, con respuestas como:

- *“Que sea mucho tiempo”.*
- *“Que es mucho el tiempo y llega un momento que me cansé”.*

- *“Duró mucho tiempo”.*
- Seguido de la categoría del clima caluroso, con una frecuencia de 4, y respuestas tales como:
 - *“El clima caliente”.*
 - *“La ventilación y poco espacio”.*
 - *“El clima caliente y que no nos dieron tiempo para salir a despejarnos y comer”.*

Finalmente, en la pregunta tres, sobre “las sugerencias de mejora”: la categoría con mayor frecuencia fue una duración más corta, con respuestas como:

- *“Sea más dinámico y dure menos para prestar más atención”.*
- *“Que el tiempo fuera menos”.*
- *“Que sea más breve”.*

Se realizó el siguiente análisis FODA para sintetizar la información recabada en las evaluaciones:

FODA DEL TALLER DE TELEMENTORÍA PARA ENTREVISTA MOTIVACIONAL DURANGO-2018	
FORTALEZAS ✓ Dinamismo. ✓ Actitud y habilidades de los ponentes. ✓ Innovación. ✓ Contenido adecuado para desempeño profesional. ✓ Utilidad del manual.	DEBILIDADES ✓ Larga duración del taller. ✓ Clima caluroso. ✓ Ruido del aire acondicionado. ✓ Poco tiempo para ingerir alimentos. ✓ No se pudo interactuar en vivo con la sede satélite.
OPORTUNIDADES ✓ Mayor organización de los tiempos. ✓ Talleres de seguimiento/continuación. ✓ Ofrecer alimentos más saludables como frutas (en lugar de galletas). ✓ Área con mayor y mejor ventilación. ✓ Puntualidad. ✓ Calidad del audio.	AMENAZAS ✓ El proceso de enseñanza-aprendizaje a distancia o vía satélite no obtenga los mismos resultados en aprovechamiento que en modalidad presencial.

La importancia de la retroalimentación para mejorar

El objetivo de esta retroalimentación, es utilizar la experiencia del taller de Entrevista Motivacional implementado en dos aulas en la ciudad de Durango, a fin de consolidar la metodología Telementoría para el proyecto de Educación en Diabetes a implementar los meses de septiembre a diciembre del 2018.

Dentro de la experiencia de este taller de Telementoría se propone contar con los siguientes actores en la implementación de futuros talleres.

Un coordinador de teleeducación o Telementoría en el taller a implementar, los ponentes en el Taller principal y los mentores en las áreas de informática y en la área técnica de la salud, para cada una de las sedes a implementar, apoyados por las áreas logística que se encargaran de la infraestructura de las aulas (Cañón, laptop, pantalla, herramientas educativas, la disponibilidad de aula, la conectividad a internet y una línea telefónica para enlazarse con las sedes)

Dentro de las herramientas educativas cada aula deberá de disponer, además de cañón, laptop, pantalla, herramientas educativas, la disponibilidad de aula, la conectividad a internet y una línea telefónica para enlazarse con las sedes; las presentaciones en Power-Point deberán de estar en cada aula (Mentor informático y técnico), si se transmitirán videos, deben de estar separados de la presentación y estarán en cada aula (Mentor informático y técnico), las presentaciones y los videos deberán ser transmitidas simultáneamente con la videoconferencia en cada una de las aulas, por lo que se debe contar al menos con dos pantallas.

La convocatoria de los participantes al taller deberá de realizarse dentro de un lapso de un mes previo al evento, y elaborar una ficha de identificación del participante, con un resumen curricular, a fin de que los ponentes y los mentores conozcan las características de los participantes en el evento.

La capacitación de los mentores debe de realizarse previo al taller programado; se deberá de contar con una carta descriptiva y de requerirse herramientas educativas, los mentores deberán de contar con ellas previo a la capacitación del evento; se recomienda que haya al menos dos mentores informáticos y del área técnica por cada aula; dentro de la capacitación se creará un chat entre los mentores, los ponentes del taller, los coordinadores de logística y del taller, para establecer la comunicación entre todos los actores y disminuir el número de incidencias.

En el taller se recomienda ser puntual con un margen no mayor a 15 minutos, tanto en el inicio como al final de cada sesión; dentro de las sesiones donde se ocupan diapositivas, presentación de videos o ejercicios, se deberá de mantener

comunicación con las aulas satélites vía telefónica entre los mentores y los ponentes del curso del aula sede, a fin de mantener una sincronización entre las aulas.

Conclusiones

La Telementoría, es una herramienta útil en la capacitación de mentores para la entrevista motivacional, las habilidades tecnológicas del participante, se convierten en competencias una vez que se ha recibido la instrucción y los ejercicios prácticos.

El aula sede, es el espacio de intercambio entre los mentores expertos y el aula satélite favorece el aprendizaje desde la observación de la interacción de los mentores, a la vez que se llega a más destinatarios con un el mismo recurso humano, pero auxiliados de los aportes de las tecnologías de la información y la comunicación.

A partir de las experiencias obtenidas del primer taller de Telementoría de Entrevista Motivacional 2018, se realiza un ejercicio de relato de las incidencias desde la perspectiva de los mentores y coordinadores de logística que arroja como prioridad para mejorar el taller de entrenamiento por Telementoría: hacer una convocatoria oportuna, definir roles específicos de los mentores, vigilar la funcionalidad de la infraestructura y la conectividad; disponer las herramientas educativas para cada aula, asignar un mentor informático y técnico; cumplir los tiempos establecidos en el diseño instruccional.

Referencias:

1. Bobes, M. Fernández, E., Díaz M., Sáiz, P., García-Portilla, M., González. (s/f)Proceso de cambio en entrevista motivacional Disponible en: https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_7.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta nacional de los Hogares (2016). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_06_05.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadística a propósito del día mundial para*

la prevención del suicidio. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/>

4. Lara, A. (2010). Manual de alfabetización en diabetes para profesionales de la Salud. Secretaría de salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

5. Lara A., Lara A, Aldrete M, López M y Delgado I. (2018). Manual de capacitación en Entrevista motivacional para Profesionales de la Salud. Secretaría de Salud. Servicios de Salud del Estado de Durango

6. Ponce Ceballos, S, García-Cabrero, B., Islas, D., Martínez ,Y., Serna, A. (2018). De la tutoría a la mentoría. Reflexiones en torno a la diversidad del trabajo docente. *Páginas de Educación*, 11(2), 215-235. <https://dx.doi.org/10.22235/pe.v11i2.1635>

7. Puente, F., (1985). Adherencia terapéutica implicaciones para México. Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental. XXIII Congreso Internacional de Psicología, Simposio "Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México". Acapulco, México. 1984. Disponible en: <http://www.saptel.org.mx/biblioteca/libros/AdherenciaTerapeutica.pdf>

8. Red iberoamericana de mentoría. Disponible en: <http://mentoriaiberoamerica.org/es/>

9. Universidad Autónoma del estado de México. Disponible en <http://apoyoacademico.uaemex.mx/daaee/mentoría/>

10. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://www.ucm.es/mentorías>

11. Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., & Barriga, O.A. (2015). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería universitaria*, 12(1), 3-11. Recuperado en 30 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100002&lng=es&tlng=es

Intervención de heridas crónicas y ordinarias abiertas; Tres casos de estudio.

Intervention of chronic and ordinary open wounds; Three case studies

IBT Agustín David Lara Basulto¹, Dr. Armando Barriguete Melendez ², Dr. Iván Delgado Enciso³, Dr. Jorge Manuel Sanchez⁴, Dr. Agustín Lara Esqueda⁵, MPSS Patricio Insunza Barragán, LA Oscar Manuel Fregoso Sotres.

- 1.- Laboratorios SILANES
- 2.- Fundación Franco Mexicana para la Salud
- 3.- Facultad de Medicina, Universidad de Colima.
- 4.- Federación Mexicana de Diabetes.
- 5.- Centro de Investigación de Políticas, Población y Salud de la UNAM

RECIBIDO: Febrero 20 21019

ACEPTADO: Abril 15 2019

Palabras clave: Diabetes Mellitus, heridas abiertas, necrosis tisular.

Keywords: Diabetes Mellitus, open wounds, tissue necrosis.

RESUMEN

La sanación de heridas conlleva procesos como inflamación y angiogénesis; cuando éstos se vuelven defectuosos, la herida se vuelve crónica provocando epidermis hiperproliferativa no migratoria, fibrosis e inflamación irresoluta. En el caso del pie diabético, complicaciones propias de la diabetes como vasculopatía y neuropatía periférica provoca procesos inflamatorios propios de heridas crónicas.

Debido a la emergente resistencia a antibióticos, sustancias minerales como el permanganato de potasio han retomado importancia debido a sus propiedades oxidantes, astringentes, desecantes, antiinflamatorias y microbicidas. En este estudio se documenta la acción de la solución de permanganato de potasio al 5% de tres casos clínicos (dos heridas crónicas y una no crónica), mostrando las mejorías considerables como la disminución del tejido necrótico y esfacelado, así como la curación acelerada en heridas no crónicas.

ABSTRACT

Processes as inflammation and angiogenesis are borne as part of the healing of wounds when those became flawed, the wound become chronic,

producing non-migrating hyperproliferative epidermis, fibrosis and unresolved inflammation.

In the case of diabetic foot, diabetes complications as vasculopathy and peripheral neuropathy produce

inflammatory processes inherent of chronic wounds.

Due to the emergent resistance to antibiotics, mineral

substances such as potassium permanganate has gained importance due to its oxidative, astringent, desiccating, anti-inflammatory and microbicidal.

This study documents the action of 5% potassium permanganate solution on three clinical cases (two chronic wounds and one non-chronic wound), showing significant improvement as the decrease of the necrotic and sloughing tissue, as well as accelerate healing on non-chronic wounds.

INTRODUCCIÓN:

Se define a una herida como una ruptura violenta de cualquier tejido, ya sea epidérmico, epitelial o

muscular. Existen múltiples categorías de acuerdo a la forma de violencia o al tejido dañado.

Una de ellas es la heridas abiertas, expuesta al mundo exterior, producida en superficies protectoras (piel o mucosas) y pueden ser vía de entrada de agentes externos.¹

La evolución natural de una herida consiste en cinco factores. La inflamación, proceso iniciado con la cascada de coagulación para restaurar la hemostasia en asociación con las plaquetas y la estructura matricial básica vital en la invasión y el reclutamiento de células tanto inflamatorias como troncales; la infección, presente en las heridas abiertas y principal motivo del reclutamiento de células inflamatorias que estabilizan y manejan su cantidad; las proteasas, restringidas durante la sanación; las células madre, progenitoras o troncales, regeneradoras del tejido; y la angiogénesis y vasculogénesis, facilitando la distribución de nutrientes y oxígeno al generarse nuevos vasos sanguíneos.²

Cronológicamente, el proceso normal de sanación cutánea consiste en tres etapas: la etapa temprana donde se reestablece la hemostasia por la intervención de plaquetas, la activación de queratinocitos *a priori* de reparación tisular cutáneo, así como la migración de células inflamatorias, como los macrófagos y los neutrófilos para la erradicación de patógenos oportunistas presentes en la piel; la etapa intermedia donde se produce la proliferación y migración de queratinocitos y fibroblastos para la formación de tejido cutáneo *de novo*, la deposición de matriz extracelular y la angiogénesis y vasculogénesis para el suministro de nutrientes, oxígeno y migración de células progenitoras endoteliales; y la etapa tardía donde se remodela matriz extracelular, resultando en la cicatrización y la restauración de la barrera.²

Una herida crónica es el desvío del proceso normal de sanación, desencadenada por la inflamación continua y la infección. En este tipo de heridas se observan varios fenómenos aberrantes como la hiperproliferación epidérmica no migratoria, la fibrosis consecuente de la matriz extracelular, la inflamación no resuelta mediada por citosinas, la proliferación bacteriana y formación de biopelícula, la disminución de la migración celular y la formación de nuevos vasos, la desinhibición de proteasas que interfieren con la matriz extracelular y la senescencia de los queratinocitos.²

El pie diabético es el caso de la cronicidad de heridas y su cicatrización retardada, por causas multifactoriales e interconectadas, como enfermedad arterial periférica, neuropatía periférica, deformidad podal, infección bacteriana secundaria. La cicatrización retardada es resultante al microambiente anormal, la formación deficiente de tejido granular, el infiltrado inflamatorio y colonización bacteriana³.

Por otra parte, existen otros tipos de heridas crónicas como las úlceras venosas o varicosas; éstas son heridas crónicas provocadas por el deterioro subyacente de los pacientes. Se desconoce el mecanismo exacto, pero es atribuido a la hipertensión venosa causada por reflujo venoso y obstrucción, dado a que cuando existe un aumento de presión venosa, esto genera dilatación y elongación de las venas y vénulas, perturbando la microcirculación habitual, provocando filtración de plasma y eritrocito, culminando en daño tisular.⁴

Ambas lesiones tienen sus implicaciones tanto individuales como sociales; el pie diabético afecta o afectará a más de una cuarta parte de los pacientes con diabetes, siendo las úlceras su principal causa de hospitalización y es muy común en los países en vías de desarrollo; a su vez, las úlceras varicosas afectan a entre 400,000 y 600,000 personas en los Estados Unidos, disminuyendo la calidad de vida de sus afectados.^{4, 5}

A pesar de los avances en la terapia antimicrobiana, las heridas de pie diabético siguen siendo un problema grave, cuyos tratamientos son prolongados, intensivos y costosos. Por ello, otros enfoques como el uso de terapias tópicas han sido implementados; sin embargo, dada la creciente resistencia a antibióticos, múltiples agentes tópicos y sistémicos han quedado en desuso⁶, por lo que la atención se ha redirigido a sustancias minerales microbicidas⁷, como el permanganato de potasio⁸⁻¹⁰.

El permanganato de potasio es un fuerte agente oxidante, astringente, alcalino y desecante, lo que le confiere propiedades muy útiles para el tratamiento de heridas crónicas como actividades microbicida (alterando la pared celular de microorganismos como hongos y bacterias así como virus, y oxidando la materia orgánica al contacto), antiinflamatoria, y generadora de tejido granular y colágeno esenciales para la cicatrización⁸. Ha sido utilizado en heridas exudativas y hay evidencia que indica eficacia frente a especies microbianas, hongos y en VIH^{8,10}; pese a

esto, existe poca evidencia en su uso como tratamiento de úlceras vinculadas a la diabetes, lo cual se ha propuesto poner a prueba en este artículo.

La aplicación tópica de solución permanganato de potasio al 5%, aunado a las medidas generales y de limpieza, aceleró el proceso de cicatrización de las úlceras crónicas del pie diabético en comparación con un tratamiento estándar. Esta solución logró una reducción de al menos el 50% del tamaño de las úlceras en el 86% de los pacientes a los 21 días de tratamiento, en tanto que solo el 40% de los pacientes con tratamiento estándar alcanzaron dicho nivel de mejoría.¹¹

En el presente artículo se presentan tres casos clínicos, dos casos de heridas crónicas (un caso de pie diabético y un caso de úlcera varicosa) y un caso de herida no crónica (una herida accidental en la sien); el objetivo es el observar el estado inicial, la evolución de los casos tratados con la solución tópica de Permanganato de Potasio 5% (Vikút®) y la comparación entre ellos.

Caso 1: Paciente masculino de 58 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2, el cual presenta una úlcera interdigital con rasgos de isquemia y tejido necrótico y esfacelado con riesgo de amputación (Figura 1a). Se desbridó la herida y se empezó la aplicación de solución de permanganato de potasio al 5% de manera diaria:

- Al día 30 se observa aun abundante aunque disminuido tejido necrótico (Figura 1b).
- Al día 56 se observa una completa supresión del tejido necrótico, presentando solo un 10% de tejido esfacelado siendo el resto tejido granular y una disminución del área de la herida (Figura 1c).
- Al día 90, se observa una disminución considerable del tamaño de la herida, observándose solo un poco de tejido esfacelado en la parte central, siendo el resto tejido granular con exudado ligero y habiendo presencia de nuevo tejido cicatricial (Figura 1d).
- Al día 97, la herida está casi completamente cerrada, se observa la ausencia de tejido esfacelado y el resto de la herida abierta solo se observa tejido granular (Figura 1e).



Figuras 1. Primer caso clínico al tiempo inicial (1a), al día 30 (1b), al día 56(1c), al día 90 (1d) y al día (1e).

Caso 2: Paciente femenino de 65 años sin antecedentes de Diabetes Mellitus ni hipertensión arterial; presenta una úlcera varicosa de aproximadamente 6 cm de largo y 2 cm de ancho, como presencia de tejido esfacelado con un exudado blanquecino propio de un proceso inflamatorio (Figura 2a). La herida se desbridó y se empezó la aplicación de solución de permanganato de potasio al 5% de dos a tres veces al día durante 10 días.



Figuras 2. Segundo caso al tiempo inicial (2a) y al día 10 (2b).

Posterior a este periodo, se observó una disminución del área de la herida, la supresión tanto del tejido necrótico como del tejido esfacelado, habiendo sido reemplazado por tejido granular con un exudado transparente ligero (Figura 2b).

Caso 3: Paciente masculino de 50 años sin antecedentes de Diabetes Mellitus ni otra enfermedad crónica degenerativa el cual tuvo un corte en la sien debido a un golpe laboral (Figura 3a). Recibió puntadas, limpieza general estandarizada en la herida y aplicación diaria de solución de permanganato de potasio al 5% (Vikút®) durante cuatro días. Posterior a ese periodo y una vez retirados los puntos, se observa un cierre completo de la herida (Figura 3b).



Figuras 3. Tercer caso al tiempo inicial (3a) y al día 4 (3b).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos para las heridas crónicas mostraron mejoría en múltiples variables, principalmente en la disminución de tejido necrótico y esfacelado, y, por ende, el aumento del tejido granular indicativo de una regularización a un proceso de sanación natural. En el caso de la úlcera de pie diabético se descartó la necesidad de amputación debido al uso de la solución de permanganato de potasio al 5% (Vikút®).

Con respecto a las heridas no crónicas, se observa un proceso de sanación y cicatrización mejorado, en donde una herida presentó cicatrización completa, sin exudado ni signos de inflamación en tan solo una semana.

DISCUSIÓN

La aplicación tópica de solución de permanganato de potasio al 5%, aunado a las medidas generales y de limpieza aunadas a la desbridamiento de materia extraña y tejido necrótico, aceleró el proceso de cicatrización de heridas tanto crónicas como las no crónicas.

Debido a las propiedades inherentes del permanganato de potasio, es ideal para el uso tópico en heridas crónicas sin perder su valor para su uso en las no crónicas⁸⁻¹⁰. Esto se atribuye a que los aspectos más apremiantes de las heridas crónicas (la infección crónica y la epidermis hiperproliferativa no-migratoria, se mitigan debido a que el compuesto cauteriza químicamente la herida (formando lo que se conoce como piel plástica), forzando el cierre y tiene un efecto biocida que ataca la infección.

Esta solución ha logrado una reducción de al menos el 50% del tamaño de las úlceras en el 86% de los pacientes a los 21 días de tratamiento, en tanto que solo el 40% de los pacientes con tratamiento estándar alcanzaron dicho nivel de mejoría¹¹.

La solución de permanganato de potasio ha demostrado ser eficiente como auxiliar en tratamiento de tres casos clínicos de eczema varicoso exudativo¹²⁻¹³. Un estudio en pacientes con gangrena gaseosa, como complicación de lesiones traumáticas, demostró que el uso de permanganato de potasio ayuda a eliminar también el microambiente anaeróbico con un buen efecto terapéutico sobre las heridas¹⁴.

Los beneficios reportados con el permanganato de potasio en lesiones crónicas similares a las aquí expuestas, fueron los de un menor costo económico, una menor tasa de reacciones alérgicas y una curación significativamente mayor en comparación con otros medicamentos¹⁵.

En el estudio de evaluación económica, se mostró que los pacientes tratados con permanganato de potasio tuvieron tres veces mayor probabilidad (RR 3; IC95% 1.1-7.6) de reducir su úlcera, en al menos 50%, a las tres semanas de tratamiento en comparación con el tratamiento estándar probado. Lo anterior a pesar de que más del 60% de las úlceras tratadas tenían un proceso infeccioso¹⁵.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en los casos expuestos son indicativos de que el uso tópico de solución de Permanganato de Potasio al 5% es una excelente alternativa para el tratamiento de heridas tanto crónicas como no crónicas, obteniéndose resultados rápidos y evitando la proliferación bacteriana, una herida limpia sin remanentes de tejido necrótico o esfacelado, la generación tanto de tejido granular como de piel nueva. Cabe destacar que puede tener un atributo valioso en el uso de heridas con riesgo a amputación, proceso que tiene implicaciones

traumáticas para el paciente así como un impacto económico importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Editores de la Enciclopedia Británica. (1998). Wound. Septiembre 23, 2018., de Encyclopædia Britannica, inc. Sitio web: <https://www.britannica.com/science/wound>

2. Sabine, Eming. Martin, Paul. Tomic-Canic, Marjana. (2014). Wound repair and regeneration: Mechanisms, signaling, and translation. *Science Translational Medicine*, 3, 265.

3. Escobedo-de la Peña J, Rico-Verdín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública Mex* 1996; 38:236-242.

4. Brem, Harold. Kirsner, Robert. Falanga, Vincent. (2004). Protocol for the successful treatment of venous ulcers. *The American Journal of Surgery*, 188, 1-8.

5. International Diabetes Federation. Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals: International Diabetes Federation, 2017.

6. Falanga, V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot. *Lancet* 2005; 366, 1736–1743.

7. Payne DJ, Gwynn MN, Holmes DJ, Pompliano DL. Drugs for bad bugs: confronting the challenges of antibacterial discovery. *Natura Reviews Drug Discovery* 2007; 6: 29–40.

8. Sánchez-Saldaña L, Sáenz Anduaga E. Antisépticos y desinfectantes. *Dermatología Peruana* 2005; 15: 82

9. J. Marten. Methylglyoxal—a potential risk factor of manuka honey in healing of diabetic ulcers. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2011: 295494.

10. Anderson I. Should potassium permanganate be used in wound care? *Nurs Times* 2003; 99: 61.

11. Topical 5% potassium permanganate solution accelerates the healing process in chronic diabetic foot ulcers. *BIOMEDICAL REPORTS*. DOI: 10.3892/br.2018.1038. IVÁN DELGADO-ENCISO, VIOLETA M. MADRIGAL-PEREZ, AGUSTIN LARA-ESQUEDA, MARTHA G. DIAZ-SANCHEZ, JOSE GUZMAN-ESQUIVEL, LUIS E. ROSAS-VIZCAINO, OSCAR O. VIRGEN-JIMENEZ, JULENY KLEIMAN-TRUJILLO, MARIA R. LAGARDA-CANALES¹, GABRIEL CEJA-ESPIRITU, VIRIDIANA RANGEL-SALGADO, URIEL A. LOPEZ-LEMUS, JOSUEL DELGADO-ENCISO, AGUSTIN D. LARA-BASULTO and ALEJANDRO D. SORIANO HERNÁNDEZ.

12. Quartey-Papafio CM. Importance of distinguishing between cellulitis and varicose eczema of the leg. *British Medical Journal* 1999; 318: 1672–1673. En Prensa

13. Biswas M, Gibby O, Ivanova-Stoilova T, Harding K. Cushing's syndrome and chronic venous ulceration—a clinical challenge. *Int Wound J* 2011; 8:99-102.

14. Hu N, Wu XH, Liu R, Yang SH, Huang W, Jiang DM, et al. Novel application of vacuum sealing drainage with continuous irrigation of potassium permanganate for managing infective wounds of gas gangrene. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* 2015; 35:563-568.

15. Estudio de Evaluación Económica del Uso de la Solución Antiséptica y Astringente con pH 14 (Vikút®) como Auxiliar en el Tratamiento de Pacientes con Úlceras Crónicas del Pie Diabético Bajo la Perspectiva del Sistema de Salud Público Mexicano. (IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, SEDENA y SEMAR). REPORTE FINAL Junio, 2017

El Bienestar y la calidad de vida: acepciones de los términos.

Wellness and quality of life: meanings of terms.

¹ Rivera-Cisneros AE, ¹ Murguía-Cánovas G, ¹ Lara Mayorga Y, ² Sánchez-González Jorge Manuel, ³ Portillo Gallo Jorge, ⁴ Franco Santillán Rafael

1 Universidad del Fútbol y Deporte,

2 IMSS Delegación IMSS Guanajuato

3 LIACSA, Chihuahua

4. NIDIAC, Durango

RECIBIDO: Enero 20 2019

ACEPTADO; Abril 12 2019

Palabras Clave: Bienestar, calidad de vida, Salutogénesis

Keywords: Welfare, quality of life, salutogenesis

Resumen

Aunque la definición de la salud es conocida, sin embargo, su significado puede tener diferentes personas. El objetivo de este trabajo es reflejar en las diferentes percepciones en la literatura. Este hecho incluye un contenido y factores de desarrollo, sexo, familia y cultura, la cosaca y el sentido de vivir que cada persona prefiere sus vidas entre otros. El bienestar de una forma incorrecta e incorrecta es tan peligroso como para las decisiones equivocadas entre los servicios de salud, los servicios y las partes interesadas en las políticas y acciones. El objetivo de este trabajo es reflejar la aceptación de la concepción de bienestar y calidad de la vida. Por lo menos 5 acepciones que participan la calidad de vida, la vida satisfactoria, los valores, las condiciones de vida y la evaluación de su percepción. En la conclusión de la literatura académica y científica, la marca destinada a cada dimensión depende de la etapa y circunstancias de vida

Abstract

Although the definition of health is widely known, however, its meaning may have different meaning different people. The purpose of this work is to reflect on different perceptions in literature. This fact involves a different subjecting content and factors, which are going from the development and

development phase, gender, family and social culture, their cosmovision and the sense of living that each person give their lives among others issues. Conceiving the well-being concepto coludirse live of an incorrect and unclear way, that is as dangerous as common to our concepciones and it can lead to wrong decisions between health users, service providers and interested parts to conduct policies and actions. The purpose of this work is to reflect on different acceptance of the concept of welfare and quality of life. At least 5 meanings. involving quality of life, life satisfaction, values, living conditions, and evaluation of their perception. In conclusion of the quality of life in the area of academic and scientific literature,(a) subjective,(b) the score allocated to each dimension is different depending on stage and circumstances of life, c. is multidisciplinary

Introducción:

El personal de las ciencias de la salud define con claridad el concepto de salud. A pesar de ello, existen diferentes acepciones del término, lo cual puede contener diferentes elementos en la claridad del término y la posibilidad de variados significantes. El propósito del presente trabajo es reflexionar sobre las diferentes percepciones que en la literatura se han expresado.

Si bien la definición de bienestar se ha expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una manera clara y es universalmente aceptada, existen diferentes conceptualizaciones en el término. La definición fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en 1946 y está asociada a la salud humana: Es el “completo bienestar Bio-Psico-Social del humano y no sólo la ausencia de enfermedad”.

La noción de bienestar hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien. Se trata de un concepto subjetivo, que puede tener representaciones muy diferentes en la mente de cada individuo, dado que el bienestar está íntimamente relacionado con las necesidades y los gustos de las personas. Sin embargo, los seres humanos no siempre sabemos qué cosas nos hacen bien, y esto complica aún más la definición de este término. Cada persona muestra una tendencia hacia un tipo de actividad en particular. Intervienen diferentes condiciones y factores, que van desde la etapa de crecimiento y desarrollo durante el ciclo de vida, el género, la cultura familiar y social, las vivencias, la cosmovisión y sentido de vida que cada persona imprime a su vida, entre otros.

Estos aspectos definen sus gustos, su vocación, aquello que le proporciona un bienestar que no puede compararse con el obtenido por otras personas. Pero para entender a fondo el proceso interno que tiene lugar en estos casos es necesario ahondar en la mente del individuo para encontrar las razones que lo impulsan a volcarse por un interés u otro.

El concepto de bienestar tiene un componente significativo de subjetividad. Cuando se analizan los gustos de una persona, se descubre que las necesidades que intenta satisfacer a través de los mismos no siempre resultan evidentes. Por ejemplo, los actores y actrices de gran fama internacional, cuyas vidas puedan parecer iguales a simple vista, tienen pasados muy diversos, y cuando se les pregunta por qué se dedican a la actuación, las respuestas van desde la búsqueda de una mejor situación económica para su familia hasta una fuerte necesidad de atención.

Concebir el bienestar de una manera incorrecta y poco precisa es tan peligroso como común a nuestra especie, y sólo a través de la aceptación de nuestros límites y equivocaciones podemos librarnos de esta forma tan peculiar de encarcelamiento. El ejemplo más gráfico es el de las personas que creen necesitar estar en pareja para sentirse felices y nunca lo consiguen; dado que no se detienen a buscar la razón por la cual no pueden estar solas, sus relaciones no las satisfacen por mucho tiempo y adjudican los errores al otro.

Si hacemos caso de las razones expresadas por cada persona para perseguir sus intereses, entonces podemos asumir que mientras siga por ese camino alcanzará el bienestar. Por el contrario, si prestamos atención a la gran variedad de motivos por los que los seres humanos podemos ansiar una misma cosa, se presenta la posibilidad de que no siempre veamos con claridad nuestras emociones y necesidades; es probable que nuestra idea de bienestar no sea otra cosa que una trampa que nos cause dolor y angustia.

Concebir el bienestar de una manera incorrecta y poco precisa es tan peligroso como común a nuestra especie, y sólo a través de la aceptación de nuestros límites y equivocaciones podemos librarnos de esta forma tan peculiar de encarcelamiento. El ejemplo más evidente es el de las personas que creen necesitar estar en pareja para sentirse felices y nunca lo consiguen; dado que no se detienen a buscar la razón por la cual no pueden estar solas, sus relaciones no las satisfacen por mucho tiempo y adjudican los errores al otro.

Conviene reflexionar en la definición de OMS, ya que se entiende por salud al estado de completo bienestar, tanto físico como mental, a nivel personal y en un contexto social. Por lo tanto, se trata de la fórmula para obtener el buen funcionamiento de la actividad psíquica y somática, elementos contenidos en la definición de la OMS.

Al considerar las acepciones de cada persona para perseguir sus intereses, entonces podemos asumir que mientras adapte su vida a sus ideas de bienestar, alcanzará el bienestar. Por el contrario, si se considera que su expectativa y necesidad se aleja

de lo que vive, se presentará la posibilidad de que en su vida considere que no tiene bienestar.

Concebir el bienestar de una manera incorrecta y poco precisa es tan peligroso como lo es común a nuestra especie, y sólo a través de la aceptación de nuestros límites y equivocaciones podemos librarnos de esta forma tan peculiar de encarcelamiento. El ejemplo más gráfico es el de las personas que creen necesitar estar en pareja para sentirse felices y nunca lo consiguen; dado que no se detienen a buscar la razón por la cual no pueden estar solas, sus relaciones no la satisfacen por mucho tiempo y adjudican los errores al otro.

Conforme transcurre la vida, el concepto de bienestar se asocia a calidad de vida.

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Meeberg, 1993). Su uso se extendió a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999). El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, a la fecha, aún muchos investigadores no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. Tal como lo comenta Meeberg (1993), muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar CV, agregando además que muchos

autores no definen lo que para ellos significa CV, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir. Datos complementarios a esta idea son proporcionados por Gill & Feinstein (1994), quienes, en una revisión de artículos sobre CV, encuentran que sólo un 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no definía CV y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre CV y los factores que la influyen. Reportes similares son informados por Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay (2003), quienes en una revisión sobre modelos existentes en la literatura sobre CV, plantean que desde que este concepto comenzó a atraer el interés de los investigadores en los años 60, ha habido un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas tanto en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar. Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto (Cummins, 2000) o bien a que este es un término multidisciplinario (Haas, 1999). Así, los economistas tenderán a centrar su medición en elementos tangibles de la CV y, por otro lado, los científicos sociales lo harán en la percepción individual sobre la CV. El concepto de CV actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la CV (Cummins, 2004).

Tal como se ha visto, no existen definiciones únicas sobre el concepto de bienestar y su expresión como calidad de vida CV. A continuación se exponen, con base a evidencia científica cuáles son los enfoques y acepciones de la relación bienestar y la calidad de vida.

1. Calidad de vida. Bajo esta perspectiva, la CV es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Este tipo de definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, sin

embargo, pareciera que estos apuntan más una cantidad que CV (Hollanflsworth, 1988).

2. Satisfacción de la vida. Bajo este marco, se considera a la CV como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. en el campo de la auto evaluación de su estado actual, funcionamiento y habilidades que deriven placer de las actividades cotidianas (Bishop, Walling, Dott, Folies & Bucy, 1999)
3. Condiciones de vida + satisfacción de vida. Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la CV desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo (Felce & Perry, 1995).
4. (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) * Valores. Se define como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual propuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995).
5. (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) * Evaluación. El nivel de CV percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos

vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas (Smith, Avis & Assman, 1999).

El dilema acerca de la validez de la medición transversal de la CV frente a evaluaciones de tipo longitudinal, partiendo del supuesto de que el constructo CV es dinámico, es un tópico que aún no tiene una respuesta definitiva, aun cuando la mayoría de las investigaciones en CV son realizadas con un tipo de medición de corte, es decir, transversal y no consideran el cambio en la percepción originado con el paso del tiempo o la modificación de los factores que la modulan. Allison, Locker & Feine (1997) sostienen que frecuentemente en las evaluaciones se consideran sólo las diferencias intersujetos, pero no las intrasujetos, dadas por el carácter dinámico de este constructo, lo que sería posible de realizar bajo un modelo longitudinal.

Conclusiones:

Pese a los problemas pendientes, para Schallock (2000) la investigación en CV en los años 90 ha comenzado a responder dilemas tales como: ¿la CV es un concepto único?, ¿Es el constructo CV unidimensional o multidimensional?, y si fuera unidimensional, ¿sería el mismo para todos los individuos al estar basado en evaluaciones subjetivas?, dada su naturaleza, ¿puede ser medida?, ¿cómo?, y ¿bajo qué estándares psicométricos? (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005). En esta misma línea de proponer acuerdos comunes, Meeberg (1993) sintetiza elementos de una revisión de la literatura y enumera cuatro atributos críticos para diferenciar CV de otros conceptos: (a) Sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.

En conclusión el bienestar asociado a la calidad de vida en la literatura académica y científica sobre concuerdan fundamentalmente en tres

cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. En este contexto es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida.

12. Sawatzky, R., Ratner, P., & Chiu, L. (2005). A Meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.

BIBLIOGRAFIA.

1. Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32 – 38.
2. Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580.
3. Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8, 447 – 459. Gill
4. Taillefer, M.C., Dupuis, G., Roberge, M.A., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293 – 323.
5. Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 31, 215 – 220.
6. Cummins, R. A. (2004). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706.
7. Hollanflsworth J.G. Jr. (1988) Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine*, 26, 425-434. Bishop
8. Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51 – 74.
9. Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1 – 39. Smith
10. Allison, P., Locker, D., & Feine, J., (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Sciences and Medicine*, 45, 221 – 230.
11. Schalock, R., (2000) Three decades of quality of life. *Focus en Autism and other developmental disabilities*, 15, 116.

TELEMENTORÍA: HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD, UNA EXPERIENCIA CUALITATIVAMENTE DIFERENTE.

TELEMENTORING: HEALTH CARE EDUCATION TOOL, A QUALITATIVELY DIFFERENT EXPERIENCE.

Dr. Gerardo Ortega-Martínez*, Dr. Haywood Hall, TI Fernando Arturo Herrera Araiza, LI
Cecilia Guadalupe Aguascalientes-Morales, LART Alejandra Florentina Cos-Castillo,
Juan Morales RN.

*PACEMD MÉXICO A.C.

Correo electrónico: gerardo.ortega@centro-pace.org

RECIBIDO: Marzo 20 2019

ACEPTADO: ABRIL 30 2019

Palabras clave: Tecnologías de la información y comunicación, e-mentoría, ajuste a la transición.

Key words: *Information and communication technologies, mentoring, e-mentoring, transition adjust.*

Resumen

Las iniciativas de e-mentoría aplicadas al tema de salud, presentan pocas iniciativas en el desarrollo, y su efectividad debe ser más investigada en la operación de los programas de capacitación en salud pública. Este artículo pretende ampliar nuevas ideas del apoyo que las tecnologías de la información y comunicación (TICS) pueden determinar en su uso adecuado y acelerar el ajuste de la transición de la mentoría tradicional y la e-mentoría en el proceso salud-enfermedad que pueden ser de gran beneficio a los profesionales y a la comunidad.

Abstract:

The applied e-mentoring initiatives to health care have few development initiatives, and its effectiveness should be more investigated in the public health training programs operation. This article pretends to expand the new ideas of the information and communication technologies support can determine with its proper use and to speed up the

transition adjust of the traditional mentoring and e-mentoring on the health-illness process that can be a great benefit to professionals and to the community.

INTRODUCCIÓN:

Los programas de telementoría conservan similitudes fundamentales con su versión presencial. El punto de partida es esencialmente el mismo: una asociación entre personas basadas en el compromiso mutuo de desarrollar habilidades de las personas con menos experiencias o recursos para cumplir un objetivo organizacional, asistencial o educativo. La planeación e implementación debe ser sustancial en el proceso.

Ambas modalidades también están sujetas a modalidades personales y organizacionales que determinan el éxito de la mentoría como pueden ser: entornos favorables, apoyo de la organización y/o instituciones, compromiso, respeto, etc.

La meta principal de la mentoría electrónica (telementoría) es la misma de la mentoría "frente a

frente”; El objetivo es establecer una relación positiva, de confianza y orientación entre los participantes.

Los proyectos de telementoría pueden utilizar las diferentes TIC’s. Este conjunto de recursos reúne las condiciones para que los aprendizajes (capacidades) se puedan alcanzar con profesores debidamente capacitados, estudiantes y comunidades sensibilizadas para el cambio.

El mayor beneficio de esta mentoría es que puede vencer algunos de los retos asociados a la mentoría tradicional “frente a frente”, especialmente los problemas de tiempo, acceso geográfico y de traslado que impiden que muchos expertos participen en la mentoría.

Las áreas de oportunidad en las TIC’s modernas, entre otras, son:

1. Fácil acceso a todo tipo de información.
2. Instrumentos para todo tipo de proceso de datos.
3. Canales de comunicación.
4. Almacenamiento de grandes cantidades de información.
5. Automatización de tareas.
6. Interactividad.
7. Instrumento cognitivo.
8. Eliminan barreras de tiempo y espacio.
9. Favorecen la cooperación y colaboración entre distintas unidades.

El Programa de Actualización Continua de Emergencias Médicas (PACEMD México A. C.) es una organización sin fines de lucro, con el objetivo de contribuir a mejorar la atención médica general y de urgencias en América Latina a través de la capacitación a los profesionales, y comunidad en habilidades, conocimiento y pericia.

En este objetivo ha desarrollado en coordinación con organismos nacionales e internacionales programas de capacitación a los profesionales en las emergencias médicas, conceptualizando estas, en la gestión de riesgos para abordar las emergencias antes de que se produzcan mediante la mejora en la prevención, y preparación en las situaciones de crisis, ya estén provocadas por conflictos, brotes epidémicos o desastres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2016 ha desarrollado nuevos procesos de evaluación de gestión de emergencias que abarcan la evaluación de riesgos, la clasificación de las emergencias y la gestión de incidentes.

En todo el mundo, las cifras récord de 130 millones de personas necesitan asistencia humanitaria, y los

brotes epidémicos son una amenaza mundial constante.

Las respuestas a emergencias sanitarias más recientes como: Brote de fiebre amarilla en África, la respuesta al Virus del Zika, Huracán Matthew en Haití, el conflicto en el noreste de Nigeria. Han permitido realizar los ajustes pertinentes al programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

Las preguntas son: ¿Tenemos que esperar las pandemias para actuar en consecuencia? ¿Debemos tener un enfoque integral en la prevención de enfermedades emergentes, reemergentes y crónico-degenerativas en la población.?

Obviamente que la respuesta es la atención universal e integral del proceso salud-enfermedad en la prevención, curación y rehabilitación con la utilización de todas las herramientas posibles.

Internet está presente en la vida cotidiana de muchas personas. Este advenimiento nos ha permitido tomar los procesos más ventajosos que estás aportan en las áreas de salud y educación.

La e-health consiste en el apoyo del costo-beneficio y seguridad de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Ofrece a los procesos de la salud y a los ámbitos relacionados con ella, la inclusión de la atención de los servicios de salud, la vigilancia, documentación sanitaria, así como la educación, el conocimiento y la investigación en materia de salud.

En la búsqueda permanente de la actualización y capacitación basada en competencias con las tecnologías electrónicas actuales, instrumentamos una estrategia de intervención con una herramienta electrónica para la Educación médica continua, dirigida principalmente al primer nivel e intermedio de la atención médica, y a la vez crear una red de aprendizaje basada en las mejores prácticas para fortalecer la atención inicial y/o seguimiento, así, como educación comunitaria en los factores de riesgo para la salud.

Las enfermedades las medimos por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, posterior a este análisis, es el momento de inicio de las actividades cuando los sistemas de salud, generan su plan de intervención con acciones específicas de intervención para su prevención y control.

Con esta premisa consideramos que la herramienta electrónica debe de permitir el diseño temático de intervención en las estrategias a implementar, con la capacitación dirigida a la realidad local que puede traducirse entre otras:

Tele clínicas

El uso de la Plataforma en la mentoría a distancia para la capacitación a los profesionales a través de los casos que se refieren, y en su análisis en el diagnóstico y tratamiento de pacientes de alto riesgo se obtiene una resultante de una evaluación colegiada con las acciones de prevención, tratamiento y control a los casos existentes y población en riesgo.

Tele centros

La mentoría a distancia también puede ser aplicada en la capacitación a la comunidad en grupos de autoayuda en el caso de las enfermedades crónico degenerativas para su manejo y control en domicilio, y minimizar los riesgos propios de la enfermedad, así como en los cuidados paliativos.

Capacitar a grupos de profesionales para el manejo de centros periféricos comunitarios, sin duda tiene un impacto en el manejo de diferentes patologías y sus complicaciones.

Tele directiva

Una modalidad en las reuniones gerenciales de supervisión, evaluación y control de los diferentes programas de las organizaciones en su desarrollo y aplicación. Se puede implementar a través de la Plataforma en tiempo real con limitación de los traslados y consecuentemente la optimización del tiempo.

Tele mentoría

Los programas de e-mentoría conservan similitudes fundamentales con versión presencial. El punto de partida es básicamente el mismo: Una asociación entre personas que tienen como base desarrollar las habilidades y mejorar el conocimiento de un grupo de individuos con menos o nula experiencia para cumplir un objetivo organizacional o educativo.

La asociación de la mentoría con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) determina un uso adecuado en el enfoque cualitativo y cuantitativo.

La e-mentoría debe ser considerada en "su propio derecho de intervención" en su aplicación en los diferentes entornos educativos.

La propuesta que PACE presenta consiste en soluciones tecnológicas en Web 2.0 cuya interacción del usuario es fundamental. Está integrada por dos plataformas:

1. Plataforma

- Videoconferencia interactiva que integra un chat clásico,

- pantalla del anfitrión con una pizarra virtual en la que se realizan presentaciones.

2. Plataforma online de manejo interno que funciona como:

- depósito de registros y documentos digitales y su objetivo es ser un apoyo para organizar, almacenar y obtener información de salida con fines de evaluación.

Conclusión

Se debe de comprender y entender que la e-mentoría se adapta a un modelo de educación médica continua dirigida a los profesionales principalmente del primer e intermedio nivel de atención y crea una red de aprendizaje basada en las mejores prácticas e incluye a la comunidad en su prevención y control de la enfermedad, inclusive facilita la implementación de las Tele clínicas en las comunidades que carecen de este servicio evitando los largos desplazamientos y minimizando los riesgos propios de las diferentes patologías.

Instrucciones y normas para los autores

Diabetes Hoy se publica cuatrimestralmente. Su objetivo, establecer un foro de comunicación entre los profesionales que están directa o indirectamente involucrados con el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidado de pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así como ofrecer el espacio para revisión, difundir investigación, avances y actualización de dichas enfermedades.

Los artículos y trabajos enviados para sometimiento de publicación deberán ser, redactados en español o inglés y referidos a todos los aspectos científicos o de especial relevancia para el tema de diabetes o enfermedades crónicas degenerativas. Deberán ser originales; inéditos, de comunicación científica experimentales o teóricos; fichas técnicas, revisión de tema o actualizaciones; revisiones sistemáticas, revisión de casos clínicos, perspectivas, cultura médica, editoriales o cartas al editor.

Los manuscritos enviados a sometimiento deberán respetar los siguientes requisitos y estructura:

- **Carta de sometimiento del artículo.**-Indispensable para que el Comité Editorial autorice su eventual publicación, ya que el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar y realizar las modificaciones editoriales pertinentes. Dicha carta de sometimiento y derechos de autor deberán consignar la Declaración de Responsabilidad de cada uno de los autores que aceptan que el trabajo es original y que no ha sido enviado ni se someterá para publicación a otra revista. En la misma carta harán constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro de los artículos, las fuentes de financiamiento de la investigación o publicación, los aspectos y cumplimientos Éticos a que allá lugar y cualquier otro conflicto de interés que pueda existir por parte del autor o los autores. Especificar también la transferencia de Derechos de Autor a la revista Diabetes Hoy en caso de que se acepte su publicación.
- **Autoría.**- Cuando así lo amerite, consignar, cuando el número de coautores sea elevado, la participación que cada uno tuvo conforme el *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconoce la autoría basada en: Diseño/análisis e interpretación de datos, redacción del documento o revisión crítica del contenido intelectual importante y la aprobación final de la versión para ser publicada.
- **El título** del trabajo debe estar en mayúsculas sin exclamaciones en positivo y máximo 20 palabras.
- **Autores.**- Nombre completo de los autores en orden de aparición en la publicación, Institución o dependencia de adscripción, así como dirección para correspondencia y correo electrónico del autor a quien se dirigirán las comunicaciones.
- **Resumen/Abstract.**- Se debe incluir un resumen estructurado (objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones), Escrito en inglés (abstract) con una extensión no superior a las 250 palabras y su equivalente en español.
- **Palabras clave.**- Máximo 5, separadas, en inglés y sus equivalentes en español. Que sean aceptadas en bases de datos internacionales.
- La Introducción, Objetivos, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones y Bibliografía no llevan numeración, se alinean a la izquierda y en negrita.
- **Las referencias bibliográficas** se deben numerar en secuencia, según el orden de aparición en el texto, sin utilizar hipervínculos deberán cumplir el formato de la Norma Internacional Vancouver. Se recomienda consultar: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
- **El tamaño de la fuente** es 12 y tipo Arial, interlineado a 1.5 cm. y márgenes de 3 cm.
- **Las tablas, cuadros, figuras e ilustraciones** se acompañan de notas al pie plenamente identificadas. Deberán ser enviadas en alta resolución y en formato común editable, se enviarán en el mismo archivo electrónico
- **El envío de este material.**- El documento se debe enviar en formato editable (Word) y en PDF al Editor Médico al correo electrónico: juevesm@yahoo.com .