



UNACAR®

Universidad Autónoma del Carmen
"Por la Grandeza de México"

Mercadotecnia y empoderamiento social de la salud



Nery Suárez Lugo · Heberto Romeo Prlego Álvarez · Juan Antonio Córdova Hernández
Coordinadores

Mercadotecnia y empoderamiento social de la salud



UNACAR[®]
Universidad Autónoma del Carmen
"Por la Grandeza de México"

Dr. José Antonio Ruz Hernández
Rector

Lic. Javier Zamora Hernández
Secretario General

Dr. José Luis Rullán Lara
Secretario Académico

LCC. Joel Adir Acuña Gálvez
Director General de Extensión Universitaria

Mercadotecnia y empoderamiento social de la salud

Nery Suárez Lugo
Heberto Romeo Priego Álvarez
Juan Antonio Córdova Hernández
Coordinadores



UNACAR[®]
Universidad Autónoma del Carmen
"Por la Grandeza de México"

Primera edición 2020

Mercadotecnia y empoderamiento
social de la salud

Nery Suárez Lugo
Heberto Romeo Priego Álvarez
Juan Antonio Córdova Hernández

© D.R. Universidad Autónoma del Carmen
Av. Concordia, Calle 56 N°4, C.P. 24180
Ciudad del Carmen, Campeche, México
Teléfono: 01 (938) 38 110 18

ISBN: 978-607-7826-54-5

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de los autores. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite a la fuente.

Esta obra se realizó en colaboración con la Red iberoamericana de Mercadotecnia en Salud y la Universidad Antonio Nariño (Colombia), siendo dictaminada mediante el sistema de pares ciegos, por un Comité Científico Internacional que contó con el apoyo de evaluadores de diferentes Instituciones y dependencias públicas, así como por el Consejo Editorial de las Universidades participantes. Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de las universidades participantes, juicio alguno sobre la delimitación de fronteras o límites y la mención de empresas o productos de fabricantes en particular, estén o no patentados, no implica que las universidades participantes los apruebe o recomiende de preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Aunque las universidades fomentan la reproducción y difusión parcial o total del material contenido, queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Su uso para fines no comerciales se autorizará de forma gratuita previa solicitud. La reproducción para la reventa u otros fines comerciales, incluidos fines educativos, podría estar sujeta a pago de derechos o tarifas.

Coordinación editorial
Ana Isabel Polkey Gomez
Diseño y diagramación
Cecilia Martínez Macias
Corrección y revisión de estilo
Juan Rodríguez Bastarmérito
Ilustración en portada
Juan A. Córdova Hernández

Hecho en México

Mercadotecnia y empoderamiento social de la salud

Índice

Prefacio	11
<i>Heberto Romeo Priego Álvarez</i>	
Capítulo 1: Mercadotecnia social: Empoderando la población en función de su bienestar ...	13
<i>Nery Suárez Lugo</i>	
Capítulo 2: Marketing para empoderar a los niños de sus servicios de salud	17
<i>Camilo Torres Serna</i>	
Capítulo 3: Endomarketing. Enfoque por competencia para el empoderamiento de futuros profesionistas del área de salud de la UNACAR	21
<i>Teresa del Jesús Brito Cruz, Andrés Cerón Salazar Lubia del C. Castillo Arcos y Lucely Maas Góngora</i>	
Capítulo 4: Aplicaciones móviles en español que promueven el desarrollo del empoderamiento en jóvenes para el control del estado nutricional	25
<i>Elizabeth Aguilar Aristigue, Verónica Guadalupe Carrera Paz Gabriela Vicente Ramírez, Adelfo García Jiménez José Roberto González Fócil y Rocío Ramón Ramos</i>	
Capítulo 5: Marketing con Causa. Estrategia para la generación de Casa-Hogar como factor de protección para el empoderamiento de la mujer gestante	29
<i>Youhanna Mato Martínez, Teresa del Jesús Brito Cruz María del Pilar García Reyes, Reyna Yajaira Gutiérrez Serna y Óscar Enrique Mato Medina</i>	
Capítulo 6: Casos de empoderamiento del consumidor sanitario a través del uso de las redes sociales	33
<i>Juan Carlos Mandujano Contreras, Jennifer Darvelia Miranda Sánchez Concepción Reyes de la Cruz, Leticia Rodríguez Ocaña</i>	
Capítulo 7: El Branding de los profesionales de la Salud en México	35
<i>Teresa del Jesús Brito Cruz Shiray González Pérez</i>	
Capítulo 8: Innovando el Marketing en Salud. Estrategia Digital para Millenials	39
<i>Olga Chalim Solis Cardouwer, Teresa del Jesús Brito Cruz Tania Acosta Hernández, Abril León Jiménez y Elia Peralta Gómez</i>	
Capítulo 9: Mercadotecnia en redes sociales y su relación con el aumento de clientes en una clínica de Fisioterapia	43
<i>Juan Lázaro González Narváez Yolanda Martínez Oropeza y Leny Roxana Luna Arena</i>	
Capítulo 10: Innovación, Invención y Mercadotecnia en Salud	49
<i>Sonia López Villarreal, Osvelia Rodríguez Luis Laura Villarreal García, Abelardo Chávez Montes Akemi Nakagoshi Cepeda, Juan Solis Soto y Concepción Espinosa Rivera</i>	
Capítulo 11: Juego lúdico para medir la violencia en relaciones de pareja, mediante nuevas tecnologías	53
<i>Diego Eduardo Menéndez Fierros Antonio Becerra Hernández</i>	

Capítulo 12: Promoción de la salud mental a través del centro de estudios integrales y desarrollo humano: un espacio de emprendedores	55
<i>Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Antonio Becerra Hernández</i>	
<i>Mariana Morales Alejandre y Catherine Braçqbien Noygues</i>	
Capítulo 13: Aplicaciones móviles para la detección oportuna del cáncer de mama	59
<i>Verónica Guadalupe Carrera Paz, Elizabeth Aguilar Aristigue</i>	
<i>Adelfo García Jiménez Vicente Ramírez Gabriela</i>	
<i>Elías Córdova Sastré y Viviana Valencia Ramón</i>	
Capítulo 14: EmployerBranding. Gestión del talento humano en las instituciones de salud pública en México	65
<i>Teresa del Jesús Brito Cruz</i>	
<i>Javier Rivera Domínguez</i>	
Capítulo 15: Análisis de creencias sobre el exceso de peso corporal, como base para el empoderamiento hacia la salud	69
<i>Catherine Sylvie Braçqbien Noygues, Anaëlle Sonia Laura Acosta Braçqbien</i>	
<i>Alba Cerino Soberanes y Cynthia Del Carmen Gómez Gallardo</i>	
Capítulo 16: Plan de mercadotecnia para promoción de la lactancia materna según sentimientos, conocimientos y prácticas de las madres trabajadoras, maestrantes de gestión de los servicios de la salud. Universidad César Vallejo – Chiclayo, 2019	75
<i>Marina Caján Villanueva, Delia Catherine Escudero Caján</i>	
<i>Cynthia Vanessa Peña Caján</i>	
Capítulo 17: Campañas contra la obesidad y sobrepeso en México: La inclusión del apoyo psicológico	81
<i>Adriana Martínez Peralta</i>	
<i>Gloria Ángela Domínguez Aguirre</i>	
Capítulo 18: Salud oral y nutrición. La necesidad de estrategias de marketing social en las escuelas de educación básica en Centro-Tabasco	85
<i>Crystell G. Guzmán Priego, Guadalupe del C. Baeza Flores, Oscar G. Guzmán Martínez</i>	
<i>Raúl Guzmán León, Jeannette Ramírez Mendoza, Juan M. Muñoz Cano y Juan A. Córdova Hernández</i>	
Capítulo 19: Mercadeo social del condón para la prevención del VIH/sida desde la perspectiva de género. Centro Habana. 2018	89
<i>Nery Suárez Lugo, María Regla Bolaños Gutiérrez y Mariuxi Lizbeth Maza Jiménez</i>	
Capítulo 20: Prevención del embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual mediante una estrategia de marketing	95
<i>Elena Dolores Domínguez Pérez, José Gabriel Silva Sánchez</i>	
<i>Heberto Romeo Priego Álvarez y Juan Antonio Córdova Hernández</i>	
Capítulo 21: Relación en la construcción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios, mediante una estrategia de mercadotecnia social	99
<i>Miryam Villamil</i>	
Capítulo 22: Estrategia de marketing nutricional en personas con diabetes tipo 2 en Tabasco ..	105
<i>Nínive Gil López, María José León Méndez</i>	
<i>Heberto Romeo Priego Álvarez y Juan Antonio Córdova Hernández</i>	
Capítulo 23: Campaña de Marketing Social de educación psicoemocional para pacientes diabéticos en un Centro de Salud.....	111
<i>Cynthia del Carmen Gómez Gallardo, Catherine Braçqbien Noygues</i>	
<i>Alba Cerino Soberanes y Ana Quezada Barahona</i>	

Capítulo 24: Estrategia de Marketing en Salud para el cambio transformacional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	115
<i>Janet García González</i>	
<i>Lilia Maricela Mendoza Longoria</i>	
Capítulo 25: Aplicación de la mercadotecnia social para mejorar el estilo de vida de los pacientes hipertensos, vinculados al programa de crónicos de la Subred de servicios de salud centro oriente - Bogotá D.C	119
<i>Andrés Felipe Rojas</i>	
<i>Fabián Sanabria y Claudia Liliana Sánchez Camargo</i>	
Capítulo 26: Conducta del consumidor universitario de tabaco. Caso estudiantes de la División de Ciencias Económico Administrativas de la UJAT	123
<i>Olga Beatriz Sánchez Rosado</i>	
<i>María del Carmen Navarrete Torres y Cecilia García Muñoz Aparicio</i>	
Capítulo 27: Marketing Social como estrategia desde el enfoque médico para la prevención de amputaciones en América Latina	129
<i>María del Pilar García Reyes, Youhanna Mato Martínez, Yajaira Gutiérrez Serna Teresa del Jesús Brito Cruz, Rubén Díaz Sibaja, Ligia Luque Pérez Pérez y Joaquín José Parra Pérez</i>	
Capítulo 28: Necesidades sociales para la modificación de patrones de consumo de alimentos inflamatorios	133
<i>Raquel López Peregrino, Juan Antonio Córdova Hernández</i>	
<i>Crystell Guadalupe Guzmán Priego y Juan Manuel Muñoz Cano</i>	
Capítulo 29: Intervención mercadológica preventiva sobre Leptospirosis en el CESSA Tierra Colorada, Centro Tabasco	139
<i>María Jesús Almeida Cerino</i>	
<i>Luis Miguel Rodríguez Martínez y Juan Antonio Córdova Hernández</i>	
Capítulo 30: Mercadotecnia Social basada en la educación para el desarrollo sustentable ...	143
<i>Teresa del Jesús Brito Cruz</i>	
<i>Gloria Esther Acevedo Olvera</i>	
Capítulo 31: El cartel como estrategia de mercadotecnia social en el área de la salud	147
<i>Diana Valeria López Zamudio</i>	
<i>Joana Arelly Carrera Barrera y Shiray González Pérez</i>	
Capítulo 32: Percepción de la imagen corporal en adolescentes y su relación con el estado nutricional	151
<i>José Rafael Villanueva Echavarría, Alejandra de los Ángeles Ake Balan</i>	
<i>Lubia del Carmen Castillo Arcos, Gloria Guadalupe Rejón Lorenzo</i>	
<i>María Amparo de Jesús Kantún Marín y María Belém Gaytán Jaramillo</i>	
Capítulo 33: Mercadotecnia social y promoción de ambientes libres de mercurio: un análisis de política comparada en Iberoamérica	153
<i>Horacio Alejandro Chamizo García</i>	
Capítulo 34: Panorama retrospectivo contextual de la calidad en los Sistemas de Salud y la relación con la Mercadotecnia	159
<i>Lizbeth Barrera Torres</i>	
<i>José Alfredo Sánchez Priego y Sergio Pérez Brito</i>	
Capítulo 35: Percepción del clima educacional y la satisfacción académica como base del plan de marketing de una institución de educación superior	163
<i>Alejandro Jiménez Sastré</i>	
<i>Saraí Aguilar Barojas y Alejandra Anlehú Tello</i>	

Capítulo 36: NUTRIALÍZATE: Comedor universitario enfocado a la salud nutricional	167
<i>Ana Gabriela de la Cruz Díaz, Angel Esteban Torres Zapata</i>	
<i>Juan Eduardo Moguel Ceballos, Degraí Zapata Gerónimo y Hugo García Álvarez</i>	
Capítulo 37: Mercadotecnia social: necesidades prioritarias de salud de los adultos mayores que trabajan como empacadores en tiendas de autoservicio en Villahermosa, Tabasco	173
<i>Isidra de la Cruz de la Cruz</i>	
<i>Elsy del Carmen Quevedo Tejero y Alejandro Jiménez Sastré</i>	
Capítulo 38: Necesidades de los servicios de salud en familias adoptivas: campaña de marketing	177
<i>Gloria Ángela Domínguez Aguirre</i>	
<i>Adriana Martínez Peralta</i>	
Capítulo 39: Calidad y eficiencia de los Registros Clínicos de Enfermería Pediátrica y áreas de oportunidad	185
<i>María Asunción Vicente Ruiz, Alma Rosa Morales Merodio</i>	
<i>Carmen de la Cruz García</i>	
<i>Elías Méndez Mena y Ramón Antonio Morales Navarrete</i>	
Capítulo 40: Marketing social: Una propuesta para el abordaje de la promoción de la salud en la práctica del Psicólogo	191
<i>Sara Esther Castillo Ortega, Juan Pablo Sánchez Domínguez</i>	
<i>Shiray González Pérez y Merari Cristel Poso Osorio</i>	
Capítulo 41: Mercadotecnia y las competencias del fisioterapeuta en el ámbito comunitario	197
<i>Xochilt Candelaria Canté Cuevas</i>	
<i>Martha Patricia Kent Sulú</i>	
Capítulo 42: El Marketing Social una estrategia de prevención del Síndrome de Burnout en el personal profesional de enfermería que labora en un hospital de la ciudad de Bogotá	201
<i>Elvis Mayron Villa Sandoval</i>	
<i>Ximena García Ocampo</i>	
Capítulo 43: Las estrategias de Marketing Social una opción para disminuir el Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño en Bogotá, 2019	207
<i>Rooger Baker Portilla Zambrano</i>	
<i>Ximena García Ocampo</i>	
Capítulo 44: Implementación de estrategias de mercadotecnia para mejorar el conocimiento y el proceso de la donación de órganos en estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño - Bogotá, Colombia	211
<i>Laura Catalina Pedraza Rodríguez</i>	
<i>Claudia Liliana Sánchez Camargo</i>	
Capítulo 45: Nivel de satisfacción profesional de los médicos de Bogotá – Colombia	215
<i>Ximena García Ocampo, Maribel García</i>	
<i>Claudia Sánchez Camargo, Juan Nicolás Peña</i>	
Capítulo 46: Marketing emocional en salud. El lado humano de la mercadotecnia	219
<i>Shiray González Pérez, Merari Cristel Pozo Osorio</i>	
<i>Sara Esther Castillo Ortega y Juan Pablo Sánchez Domínguez</i>	
Capítulo 47: Congruencia formativa en estudiantes de la cultura física con respecto a su estado nutricional	223
<i>Juana Patricia Acuña Lara, Ángel Esteban Torres Zapata</i>	
<i>Olga Chalim Solís Cardouwer, Patricia Flores López</i>	
<i>María de los Ángeles Dorantes Pérez</i>	

Prefacio

En su conceptualización más amplia, el empoderamiento hace referencia a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas que mejoren sus vidas. Es por lo tanto un concepto multidimensional y complejo, difícil de definir y con muchas matizaciones y diferentes escenarios de intervención.

Es reconocido que la salud, y en particular su promoción, se contextualizan en situaciones sociales y condiciones de vida en las que el empoderamiento, individual o colectivo, se convierte en un requisito indispensable.

La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que busca que las personas puedan controlar los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. La promoción *per se* puede apoyarse de estrategias mercadológicas que orienten hacia estilos de vida saludables.

En concreto, el empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, y en el que marketing es indispensable como eje orientador del cambio comportamental salutogénico.

Si bien el empoderamiento se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones, de ejercer control sobre su vida personal y de desarrollar competencias (empoderamiento individual), el empoderamiento también supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

El empoderamiento de una comunidad solo es posible mediante la participación activa de sus miembros, quienes deben ser capaces de apropiarse del protagonismo activo que les corresponde en la preservación y restitución de su salud, y en el logro de una mejor calidad de vida.

En este libro se abordan aspectos de empoderamiento individual al igual que del comunitario o colectivo que se nutren del marketing para el impacto positivo de la salud.

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez
Presidente de la RIMS.

Capítulo 1: Mercadotecnia social: Empoderando la población en función de su bienestar

Nery Suárez Lugo¹

El empoderamiento llega a la salud con el advenimiento de la epidemiología social y la psicología comunitaria, al producirse la extensión hacia la comunidad de intervenciones centradas en la reducción de riesgos, mediante la creación y el perfeccionamiento de habilidades intra e interpersonales, para propiciar el bienestar individual y colectivo.

La “Teoría del empoderamiento” (Rappaport, 1987) es el sustento teórico que explica y estimula la participación activa de los individuos, las instituciones y las comunidades, en la transformación de sus condiciones de salud, a partir de la interpretación y reconstrucción de sus realidades cotidianas, con responsabilidad y autonomía. Responde a una de las más acuciantes necesidades de la salud pública contemporánea y está fundamentada en los principios de participación, responsabilidad, autonomía e interdependencia; cuenta con tres dimensiones: intrapersonal, interpersonal y conductual.

La promoción de la salud, por consiguiente, está muy relacionada con el empoderamiento; para promover salud hay que empoderar a la población, pero a la vez, hay que lograr empoderar la propia promoción de salud, pues si bien en el discurso se hace ver la imperiosa necesidad de la misma, la realidad no se comporta de igual forma.

Una revisión de los planteamientos desde la Carta de Ottawa en 1986 a la fecha, pone en evidencia como en diferentes momentos se han hecho planteamientos y compromisos que llaman al fortalecimiento de la promoción de la salud mediante diferentes formas que llevan, de forma explícita o implícita, el empoderamiento. Se citan algunos:

- Reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales.
- Los individuos poseen recursos internos para desarrollar hábitos de vida saludables.
- Promoción de ideas, capacitación y apoyo.
- Ampliación de la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Fortaleciendo la acción comunitaria y desarrollando habilidades individuales.
- Empoderamiento de las comunidades
- Alfabetización en salud para adoptar prácticas saludables.
- Construcción de capacidades para la promoción de la salud.

La clave está en hacer ver el empoderamiento como una inversión en salud y por eso es importante dar respuesta a dos interrogantes: por qué y para qué empoderar.

¿Por qué empoderar? Hay que empoderar a las personas de forma individual y colectiva, esto es, las comunidades, porque son agentes de los mercados a través de su comportamiento; son las que posicionan los productos y servicios, son el juez de su calidad y lamentablemente no están posicionados de que ellos son los que deciden en el mercado, que tienen el rol protagónico y que por tanto deben hacer uso de él.

¹ Psicóloga. Dra. en Ciencias Económicas. Profesora / Investigadora Titular, Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

Hay que empoderar porque permite ganar la confianza necesaria de los consumidores en el mercado para reducir la incertidumbre psicológica (Zimmerman, 1995); facilita alcanzar el bienestar con salud mental que incluye autonomía y ayuda a poseer el dominio del entorno y crecimiento personal.

¿Para qué empoderar? Para que las personas no asuman un comportamiento irracional; no tomen decisiones bajo estimulación de necesidades y persuasión publicitaria; no empleen mecanismos de aprendizaje por imitación y observación derivados de modelos de conducta mediáticos y no consuman símbolos y significados más que bienes.

Hay que empoderar para hacer más efectiva y real la participación del paciente en el proceso de la atención; disminuir la tradicional carga hegemónica del prestador y lograr compartir el binomio autoridad y responsabilidad entre el prestador y el paciente, que generalmente queda a cargo del profesional sanitario. Ello implica que hay que reforzar la comunicación y la interrelación entre el paciente y el prestador para que fluya en ambas direcciones y el paciente abandone la conducta pasiva y asuma su derecho para conocer, opinar y decidir con respecto a su salud. Esto va a mejorar las decisiones y tratamientos por parte del prestador y va a repercutir en el paciente de forma positiva.

Si se logra empoderar a las personas y las comunidades, estas van a tener mayor responsabilidad en la prevención de la salud, a tener un mejor manejo de la enfermedad y del cumplimiento de la terapia. Al mismo tiempo, se hará una utilización más efectiva de los recursos institucionales, comunitarios y personales tan necesarios para poder alcanzar la salud universal.

Para lograr la salud universal se requiere empoderar a todos los sectores y actores. No puede responsabilizarse totalmente a la atención médica lograrlo, porque se estaría pensando en un enfoque dirigido a la enfermedad. Para que sea preventivo y de promoción de la salud, tiene que ser con la participación de todos a través de un proceso social, mediante la confluencia de saberes para la construcción del conocimiento.

Para que las políticas de salud sean verdaderamente efectivas, eficientes, y equitativas en la que todos los implicados intervengan y aporten desde su objeto social y asuman la responsabilidad compartida, tiene que lograrse el empoderamiento de todos los actores. Se estaría hablando no de “Salud para todos” sino de Salud con todos y para el bienestar de todos

La mercadotecnia, en su enfoque social puede definirse como una “Herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que no se limita a la promoción de la salud y fomentar estilos de vida saludables, sino que abarca la calidad de los servicios de salud, el uso racional de los medicamentos y la contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan” (Suárez, 2001). Ofrece por tanto el instrumental para el cambio de conductas que promuevan salud, desarrollo social y ambiental y está orientada a propiciar aceptación y adopción de una idea o práctica, generando cambios en diversos comportamientos sociales para que propicien el bienestar del individuo, del grupo o de la sociedad. (Suárez, 2017)

La mercadotecnia aporta las herramientas que facilitan la participación, responsabilidad, autonomía e interdependencia de las personas en función de su bienestar, por lo que el diseño e implementación de estrategias, programas y campañas con ese enfoque, facilitan el empoderamiento de personas y grupos para prevenir la salud, manejar la enfermedad, controlar el entorno y utilizar de formas más efectiva recursos institucionales, comunitarios y personales, en función del bienestar individual y colectivo.

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, RIMS, cuenta con experiencias desarrolladas en los países miembros, (Suárez, García, 2017) que pueden ser aplicadas adaptándolas al contexto. A continuación se relacionan algunas de ellas.

- Empoderar en estilos de vida que tributen al bienestar con la prevención de enfermedades no transmisibles: favorecer la ejercitación física, resistir estimulación de necesidades y persuasión publicitaria de alimentos chatarras, exigir como no fumadores el derecho a espacios libres de humo, lograr autocontrol para dejar de fumar, beber alcohol y consumir drogas.
- Empoderar a las personas en patrones adecuados de consumo de alimentos: favorecer la construcción de la imagen corporal relacionada con hábitos alimenticios, lograr autocontrol en la alimentación en personas con diabetes tipo 2, disminución del consumo de azúcar, sal y grasas.
- Empoderar en comportamientos que tributen al bienestar con la prevención de enfermedades transmisibles: control de vectores, higiene ambiental: vivienda y espacios públicos, lavado de las manos, hervir el agua y vacunación.
- Empoderar en conductas responsables que tributen al bienestar con la prevención de accidentes: de tránsito: en conductores (uso cinturón de seguridad) y peatones (educación vial); en el trabajo: con el uso de medios de protección; en el hogar: en adultos y niños.
- En ITS/VIH/SIDA, para lograr empoderar en: mejor el manejo de enfermedad y cumplimiento de la terapia, prácticas sexuales protegidas, uso del condón, autonomía de la mujer en la relación de pareja y eliminar el estigma y la discriminación hacia personas viviendo con VIH/SIDA.
- Empoderar a las personas para controlar la violencia intrafamiliar: hacia la mujer y los niños y entre los niños (bulling).
- Empoderar a las personas para evitar la vulnerabilidad de adultos mayores, discapacitados, indígenas y según la orientación sexual.
- Empoderar a la embarazada y puérpera en las ventajas: de los controles prenatales, del parto institucional, la lactancia materna, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, no consumir drogas y alimentarse de forma adecuada.
- Empoderar a la pareja en las ventajas de la planificación familiar para evitar embarazos no deseados, la salud sexual de la pareja, tener los hijos deseados en el momento adecuado, defender los derechos de cada miembro de la pareja.
- Empoderar a las personas en el consumo racional de medicamentos para el mejor el manejo de enfermedad y cumplimiento de la terapia y evitar reacciones adversas.

La revisión de las citadas experiencias, permite constatar las posibilidades que ofrece la mercadotecnia al aplicarse a la salud, en particular, cuando el propósito es el empoderamientos de los individuos y grupos. Apropiarse de ellas, es una forma de optimizar recursos para poder lograr la salud universal.

Bibliografía

- Rappaport, J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1987; 15(2): 121-148.
- Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001.
- Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria." 2da. Edición. La Habana. Editorial Lazo Adentro. 2017.
- Suárez LN. García OX. Mercadotecnia y calidad en salud. Bogotá, Colombia. Fondo Editorial Universidad Antonio Nariño. 2017.
- Zimmerman, M A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psycholog.* 2006; 23(5): 581-599.

Capítulo 2: Marketing para empoderar a los niños de sus servicios de salud

Camilo Torres Serna¹

Dos reuniones convocadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sido puntas de lanza del cambio de la asistencia médica centrada en la enfermedad, a la atención sanitaria centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La primera, realizada en 1978 en Alma-Ata, Kazajistán, y conocida como Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Allí surgió el propósito de «Salud para todos en el año 2000», propósito que posteriormente, ante la dificultad de cumplirlo, se modificó a «Salud para todos»¹.

Posteriormente, en 1986, se realizó en Ottawa, Canadá, otra reunión de expertos de la OMS, que consolidó el concepto de promoción de la salud, declaración que es conocida como la Carta de Ottawa. De allí surge la definición de promoción de la salud como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas al desarrollo de las mejores condiciones de salud individual y colectiva ².

La definición, deja muy claro el compromiso de toda la sociedad en ese objetivo, compromiso que ha sido difícil de lograr porque su implementación, conlleva cambios de comportamiento individual y social.

Una de las principales causas para no lograr éxito en las campañas de promoción de salud, es la poca conciencia en los adultos, al no evitar factores de riesgo, para conductas no saludables, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física. La baja conciencia sobre su salud en las personas de mediana edad está asociada con todas las causas de mortalidad, y los patrones fueron similares para el cáncer y las enfermedades cardiovasculares³.

Se busca utilizar estrategias de marketing social para lograr mejores resultados en promoción de la salud. La OPS define marketing social en salud como *“la aplicación de estrategias de marketing a la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que indirectamente promuevan la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño”*

El marketing social, por ejemplo, busca que las personas:

- Detengan una conducta adictiva (dejar de fumar)
- Cambien un estilo de vida confortable (sedentarismo)
- Resistan a la presión de sus padres (retrasar inicio sexual, manejar a gran velocidad)
- Se sientan incómodas (tomarse una mamografía, realizarse un tacto rectal, ponerse casco para conducir una moto)
- Reduzcan el placer (usar condón, consumir licor)
- Gasten más tiempo (botar la basura según los tipos de los materiales a reciclar, respetar señales de tránsito)
- Dejen de lucir bien (no broncearse, usar bloqueador solar en el verano, usar chaleco al manejar motos)
- Establezcan nuevos hábitos (comer sano)

¹ Profesor Titular, Universidad Santiago de Cali y Fundación Universitaria San Martín. Cali. Colombia

Las propuestas de marketing social pueden llegar a tener mejores resultados si se inician desde la infancia, empoderar a los niños en el cuidado de su salud debería ser la prioridad, esto nos produciría adultos más saludables.

Este empoderamiento de la salud a los niños, debe partir del principio de no generar la percepción de que la promoción de la salud es un castigo y que hay que “sufrir” las enfermedades. Por lo contrario, se debe tratar de hacer agradables, atractivas o justas las medidas que se van a ejecutar para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. Que una conducta, preventiva o curativa no tenga estrés sino optimismo, hasta donde sea posible, para ello se requiere crear ambientes y estrategias dirigidas a la población infantil.

El cuadro adjunto propone ejemplos de estrategias a aplicar o a modificar, en diferentes momentos de verdad de la atención de la salud de un niño.

Cuadro 1. Propuestas de marketing social para empoderar a la población pediátrica en el cuidado y atención de su salud.

Variable/Momento de verdad en atención sanitaria	Propuesta de intervención
Alimentación	La alimentación saludable debe ser presentada al niño de manera atractiva y apetitosa, debe premiarse su consumo y nunca castigar la negación del consumo. La educación nutricional debe volverse un juego diario.
Actividades posconsumo	El niño debe aprender desde temprana edad las actividades de desecho adecuado de productos reciclables y no.
Vacunación	Pueden crearse campañas de vacunación en sitios con juegos y con oferta de concursos y premios que hagan lúdica la actividad. Por ejemplo, poner un puesto de vacunación en una estación de bomberos.
Salud oral	Campañas de salud oral utilizando personajes infantiles de reconocimiento popular.
Inyectología	Nunca se debe aceptar que se hable de aplicar inyecciones como castigo: <i>“si no se porta bien le digo al doctor que le mande inyecciones”</i> . Debe explicarse al niño la importancia del tratamiento a recibir, es obvio que el dolor de la inyección le cause temor, pero poco a poco entenderá la razón.
Laboratorios clínicos	Deberían ser ambientes exclusivos para niños, atendidos por personal especializado en puericultura. Un laboratorio clínico que mezcla adultos y niños no es un ambiente propicio.
Imágenes diagnósticas	Muchos hospitales del mundo están decorando sus equipos de tomografía y de resonancia magnética de manera que parezcan la cabina de un submarino o de un cohete espacial.
Personal sanitario	El personal asistencial puede usar uniformes más propicios a su paciente infantil, en ocasiones puede ser factible utilizar máscaras o disfraces de personajes reconocidos.
Salas de atención	Pueden decorarse con ambientes infantiles, paredes y cortinas pueden simular castillos o grutas para explorar.
Mascarillas	Ya existen en el mercado mascarillas con decoraciones divertidas, pueden ser una excelente opción para el personal asistencial, pero especialmente para el infante que requiere usarla.
Mascotas	Algunos hospitales han logrado crear ambientes, que permiten el acompañamiento de mascotas en casos especiales.
Cirugía y anestesia	Existen varias experiencias dignas de imitar: Niños que van en un carro eléctrico manejado por el mismo, a la sala de cirugía. Existe un personaje llamado Ana Estesia, que a través de videos y dibujos animados les explica a los niños el proceso anestésico.
Cuidados crónicos	Existen muchas estrategias lúdicas para tratar de hacer de las enfermedades crónicas y terminales un momento más llevadero por los niños.

El marketing es la ciencia de hacer que otros se enamoren de tus productos⁴, servicios e ideas y para ello se necesita conocer lo más posible a los consumidores, conocer a los niños y ofrecerles nuestros servicios de acuerdo a sus necesidades debe ser una orientación de los servicios de salud.

Bibliografía

- 1.- Torres C. Atención Primaria en Salud o Promoción de la Salud. Salud y Cultura, 2014; 5:15-20.
- 2.- García I, Merino B, Silvia J. Promoción de la salud-Glosario. Ginebra, OMS, 1998.
- 3.- Hagger-Johnson, G. Sabia, S. Nabi, H. Brunner, E. Kivimaki, M. Shipley, M. Singh-Manoux, A. Low conscientiousness and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality over 17years: Whitehall II cohort study. Journal of psychosomatic research. 2012; 73:98 – 103.
- 4.- Korzenny F. Korzenny B. Hispanic Marketing: A Cultural Perspective Ed Butterworth-Heinemann, 2005.

Capítulo 3: Endomarketing. Enfoque por competencia para el empoderamiento de futuros profesionistas del área de salud de la UNACAR

Teresa de Jesús Brito Cruz¹, Andrés Cerón Salazar¹
Lubia del C. Castillo Arcos¹ y Lucely Maas Góngora¹

Introducción

La Universidad Autónoma del Carmen ante el vertiginoso avance del conocimiento y la tecnología, que impone a los estudiantes tiempos más cortos para formarse, certificarse y actualizarse, con base a la presencia de una globalización, así como una mayor demanda en el mercado laboral, asume el reto de analizar los cambios de los fenómenos sociales del entorno, los cuáles interactúan con sus principales actores del proceso de enseñanza-aprendizaje, determinado mediante tres elementos esenciales, siendo los alumnos, los maestros y quienes administran a las Instituciones Educativas a Nivel Superior, quienes requieren involucrarse en procesos que determinen su efectividad en el ejercicio profesional, considerando un mercado multidisciplinar, llevándolos a apropiarse de un cúmulo de conocimientos aplicables en el desarrollo de la construcción del saber, el desarrollo de habilidades y actitudes proactivas hacia el ejercicio de su labor profesional mediante el desarrollo de competencias. Por tanto, se considera necesario establecer con los alumnos, docentes y directivas administrativas de la UNACAR herramientas que permitan mantener muy claros los fines formativos y las relaciones entre estos actores de la vida universitaria. Actualmente se encuentra en rigor el Modelo Educativo Acalán, dando así continuidad a los aciertos que el modelo antecesor Faro U-2010 había permitido, consolidar y robustecer los procesos educativos, proponiendo ahora formulaciones sustitutivas de mejora para aspectos que así lo requirieren.

Por su parte la UNESCO, hace referencia que la Educación para la Ciudadanía Mundial (Global Citizenship Education, GCEd en inglés), tiene por objetivo facultar a los estudiantes para enfrentar y resolver los problemas mundiales y contribuir en forma proactiva para un mundo más pacífico, tolerante, incluyente y seguro¹. Considerando estas directrices, las políticas educativas internacionales (2015), enmarcan “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y de promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos y todas”.

Hoy en día en el proceso de formación de profesionales de la Salud en México, se requiere fortalecer la aplicabilidad de un modelo educativo por competencias, determinando con ello un proceso de construcción del saber, con base en la transición histórica desde un enfoque humanista, reflexivo y autónomo que empodere a los profesionales de la Salud con conocimientos, habilidades y actitudes proactivas hacia el ejercicio de su labor profesional, lo cual proporcionaría formulaciones que hacen posible entablar una coherencia interna, que se refleja en la convivencia cotidiana interna y en el desempeño de los futuros profesionistas. Es importante en este proceso considerar que la UNESCO recomendó que los estudiantes tuvieran espacios para aprender a ser, a pensar, a hacer, a aprender, a respetar y a convivir (UNESCO, 1998), enfatizando que la educación superior no es sólo para formar profesionales –lo cual incide en el saber conocer y el saber hacer–, sino también para desarrollar el saber ser y el saber convivir (estar) de los estudiantes².

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Es claro entonces, la necesidad de promover una formación a nivel superior enfocada a generar ambientes de aprendizaje garantes de una formación integral, de alta calidad científica, tecnológica y humanística que brinde a los profesionales de la salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen elementos esenciales para formar personas íntegras, capaces de tomar decisiones y ejercer, de forma efectiva, en los diversos centros de trabajo en los que llegasen a insertar en pro del posicionamiento de servicios de calidad en materia de Salud Pública en nuestro país.

Objetivo

Identificar estrategias internas en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen que empoderen a los futuros profesionales de la salud con base en el análisis descriptivo del modelo educativo por competencias para el desarrollo de Programas Educativos enfocados en el desarrollo de capacidades para atender así como el dar respuesta a las necesidades y demandas de los diversos espacios donde se encuentren insertos.

Método

La Mercadotecnia en Salud, nos brinda diversas herramientas que se direccionan al manejo de audiencias con un propósito focalizado, uno de los principales propósitos es la sensibilización y modificación de conductas en pro del cuidado de la Salud, empleando para ello una serie de estrategias mercadológicas que consoliden un plan de comunicación de un objetivo en común para los profesionales de la Salud. El Endomarketing brinda una serie de estrategias alineadas en torno al logro de objetivos comunes en pro de la formación del Profesional de la Salud partiendo desde la generalidad de la construcción del saber, permitiendo emerger como una disciplina que trasciende y aporta elementos en beneficio de la sociedad.

Según Soriano (1993), el marketing interno (Endomarketing) es un conjunto de métodos de gestión de la relación personal-organización, que tiene como propósito, lograr que el personal adopte voluntariamente, la orientación hacia la calidad del servicio, necesaria para lograr altos, consistentes y estables niveles de calidad, tanto interna como externa, en todos los servicios de la empresa.³ La Mercadotecnia en Salud, podrá ser vista entonces como una estrategia instrumental de comportamiento, para desarrollar un estado mental que permita la eficacia en el servicio al cliente y la ejecución del proceso de la construcción del saber, que permitirá modificar la forma de pensar de quienes llevan a cabo el proceso de formación de profesionales de la Salud, es decir el personal docente.

Al principio, el enfoque académico se rehusaba a prestar atención al Endomarketing, especialmente al relacionado con el factor humano, luego, conforme pasaron los años, el Endomarketing se hizo cada vez más popular permitiendo dirigir esfuerzos para llevar a cabo procesos de comunicación al interior de las Instituciones, enfocándose al trabajo directo con el personal de manera que quede esclarecida la intencionalidad con la que fueron creadas la misión, la visión, los objetivos, las metas y la metodología con las que cuenta la institución de la cual forman parte; por medio de la cual, contribuyen para lograr la formación óptima de profesionales a nivel superior.

Cuando el cuerpo docente comprende la importancia de la construcción del Modelo Educativo por competencias, el cual se encuentra compuesto por un panorama en el que el escenario nacional es de confrontación de ideas, de tendencias y de mayores exigencias de formación con marcada necesidad de ciudadanos éticos que propicien un cambio social para asegurar la calidad de vida y el bienestar colectivo para todos los mexicanos. Es entonces, solo entonces, en donde se vislumbra la importancia de que México, sea un país que provea una educación de calidad, para que potencialice el desarrollo de las capacidades y habilidades integrales de cada ciudadano, en los ámbitos intelectual, afectivo, artístico y deportivo, al tiempo que inculque los valores por los cuales se defiende la dignidad personal, de igual manera que la de los otros.

Por tanto, el Modelo Educativo por Competencias que rige la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACAR comprende la Formación Integral del estudiante, proyectado mediante la conformación de seis competencias genéricas: Cultura de Salud, Universidad, Ciencia y Humanismo, Cultura Emprendedora y Transdisciplina, Comunicación y Relación Social, Educación para la Sustentabilidad y el Dominio de las Tecnologías. Dentro de los procesos de planeación y conformación de los diversos programas educativos, se trabajan estas competencias, para generar una alineación de la construcción de sus mallas curriculares, direccionadas hacia un mismo objetivo.

Al mismo tiempo, se desarrollan una serie de programadas que trabajan en pro del desarrollo de cada una de las competencias. De manera específica, se cuenta con los siguientes programas: Programa Institucional de Salud Integral (PISI) encaminado directamente al desarrollo y promoción de una Cultura de Salud, este programa está liderado por un equipo multidisciplinario de la Facultad de Ciencias de la Salud, el cual permite compartir los conocimientos propios de la formación de los estudiantes de los diversos programas de la Facultad, el desarrollo de competencias, habilidades y actitudes enfocadas al cuidado de la salud a través de programas de sensibilización dirigidos a la comunidad universitaria. Algunos de los programas que sostienen esta dirección son: Programa Institucional de Identidad Universitaria(PIIU); el Programa Institucional Emprendedor(PIEM); el Programa Institucional de Habilidades de la Información (PIDEHI) y el Programa Institucional de Internacionalización (PII), los cuáles desarrollan cada una de las competencias planteadas por la UNESCO para Aprender a Conocer, Hacer, Convivir y Ser.

Las empresas líderes en todo el mundo, saben que su mayor potencial está precisamente en sus colaboradores y de ellos dependen, en gran medida, el éxito de su negocio, sobre todo para las empresas prestadoras de servicios⁴. Es por ello que, el personal que integra las instituciones Educativas a Nivel Superior juegan un papel importante mediante la generación de actividades, las cuales están presentes en la dinámica cotidiana de la vida universitaria de la UNACAR propuestas por lo programas y las coordinaciones de las competencias descritas anteriormente, tales como: Conferencias, campañas, foros, coloquios, actividades de difusión de la cultura, encuentros con investigadores y empresarios, concursos locales y nacionales, exposiciones, pláticas, ciclos de conferencias, participación en mesas de trabajo, ciclos de cine, participación en exposiciones de obras artísticas, etcétera, que propician el desarrollo de competencias-habilidades en los profesionales de la salud y generen con ello procesos motivación-acción enfocados al desarrollo del sentido de pertenencia, fortalecimiento de la identidad universitaria, dirigidos a procesos de mejora continua, coadyuvando en el empoderamiento y seguridad tanto personal como profesional.

Resultados

Dentro del Modelo Educativo Acalán (2017), existen acciones integradoras que se postulan como estrategias internas (Endomarketing) determinadas en la creación de Actividades de Formación Integral, que involucran tanto a los docentes, como a la comunidad estudiantil, a través de dichas actividades se conjugan los conocimientos y habilidades técnicas-científicas específicas para el adecuado ejercicio profesional, así como la formación humanística que integre al perfil profesional, considerando aspectos como el desarrollo sustentable, el ejercicio de un estilo de vida saludable, el desarrollo de la identidad cultural universitaria, la sensibilidad estética, aprecio por las artes, el manejo de las TIC, el uso de un segundo idioma, el gusto por la investigación y la promoción de la interculturalidad, multiculturalidad, la apropiación de valores, actitudes y formas de vida que posibiliten al estudiante su participación activa, creativa y crítica seriamente comprometida en el mejoramiento de la sociedad.

Todas estas acciones están orientadas al fomento de la justicia social, el respeto a la diversidad, la tolerancia y de la sostenibilidad ambiental, que en su conjunto se encuentran enmarcadas en un entorno de equidad y justicia. Es así que, teniendo en claro las esferas de lo intelectual, lo humano, lo social y lo

profesional, cada uno de los Programas Educativos de las disciplinas de la Facultad de Ciencias de la Salud UNACAR: Psicología, Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Rehabilitación, Nutrición y Educación Física y Deporte se enfocan al desarrollo de competencias que forjarán verdaderos profesionales de la salud en México. Por lo tanto, es factible pensar que estas competencias y la manera de estar articuladas al proceso formativo de los futuros profesionista en salud, se encuentran en estrecha coherencia, pues en dichas competencias, se plantea involucrar a los actores presentes en la vida universitaria, su relación con la universidad como *alma mater* y con el contexto social, así como los abordajes científicos que sustentan la formación de cada programa educativo.

Conclusiones

En la búsqueda de una trascendencia en el mercado laboral, la UNACAR impulsa el diseño de acciones de flexibilización, educación centrada en el aprendizaje, innovación académica e internacionalización que responde a las necesidades del desarrollo estratégico de la Facultad de Ciencias de la Salud con un enfoque global, garantizando con ello la alineación de cada uno de sus programas educativos, al desarrollo de planes curriculares con objetivos estratégicos y una malla curricular basada en el modelo educativo por competencias, lo cual permite que se empodere a los estudiantes mediante el proceso de enseñanza-aprendizaje, proporcionado por docentes comprometidos con la formación de profesionales que ejerzan eficazmente su labor en los diversos ámbitos sociales y laborales, donde se inserten los futuros profesionistas egresados de la UNACAR.

Bibliografía

- 1.- Modelo Acalán UNACAR (2017) pág. 8
- 2.- http://www.unacar.mx/Dir.General_Académica/Documentos/Modelo_Educativo_Acalan/Modelo_Ed_Acalan2017.pdf
- 3.- Jiménez Yasmín Ivette, Hernández Jaime Josefina, Alfonso González Marko. Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Cómputo (2013) Competencias profesionales en la educación superior: justificación, evaluación y análisis, Innovación Educativa, pág. 46 ISSN: 1665-2673 vol. 13, número 61 <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v13n61/v13n61a4.pdf>.
- 4.- Regalado, Otto; Allpacca, Roy; Baca, Luisa; Gerónimo, Mijael. (2011) Endomárketing: estrategias de relación con el cliente interno. Lima Universidad ESAN pág.17. https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2011/08/05/endomarketing_para_web_con_sello.pdf
- 5.- Jiménez Rodríguez, Luis Alfredo; Gamboa Suárez, Ramiro (2016) El Endomarketing: aplicado al talento clave interno en el sector salud. Revista Mundo FESC pág.11.ISSN: 2216-0353, E-ISSN: 2216-0388 [file:///C:/Users/Tere/Downloads/Dialnet-ElEndomarketing-5856129%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Tere/Downloads/Dialnet-ElEndomarketing-5856129%20(2).pdf).

Capítulo 4: Aplicaciones móviles en español que promueven el desarrollo del empoderamiento en jóvenes para el control del estado nutricional

Elizabeth Aguilar Aristigue¹, Verónica Guadalupe Carrera Paz¹
Gabriela Vicente Ramírez¹, Adelfo García Jiménez¹
José Roberto González Fócil¹ y Rocío Ramón Ramos¹

Introducción

En el mundo y en México la obesidad es un grave problema de salud pública, por las consecuencias a la salud, de los individuos que la padecen. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), 2016, el sobrepeso y la obesidad se incrementaron de 34.9 a 36.3% entre adolescentes de 12 a 19 años de edad y en personas de más de 20 años de edad, se incrementaron al pasar de 71.2 a 72.5 por ciento en el mismo periodo.

A pesar de las políticas y estrategias de salud, que el gobierno mexicano implementó para disminuir su prevalencia e incidencia en la población en general, en los grupos de adolescentes, jóvenes y adultos, no se observa disminución del sobrepeso y obesidad.

Objetivo

Describir las aplicaciones móviles (apps) disponibles en español que promueven el desarrollo del empoderamiento en jóvenes en el control del estado nutricional.

Método

Investigación documental en el mercado de las apps, para el control de peso, de las cuales se describen sus características, en cuanto a accesibilidad, usabilidad, contenido, uso de multimedia, interactividad, sistema operativo, población constituida por 245 apps en Google Play disponibles para Sistema Operativo Android, de las cuales de manera intencionada se seleccionaron cinco apps para ser incluidas en la muestra.

Resultados

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en jóvenes, a nivel internacional se observan similitudes en cuanto a normo peso en varios (países?), sin embargo, al compararlo con la población mexicana se observa una marcada diferencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, no así con los hábitos alimentarios. (Aguilar, et al. 2017). En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en jóvenes de nuevo ingreso de una institución superior de educación pública de Tabasco se reporta los siguientes, ver gráfica 1.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Instituto Mexicano del Seguro social. México

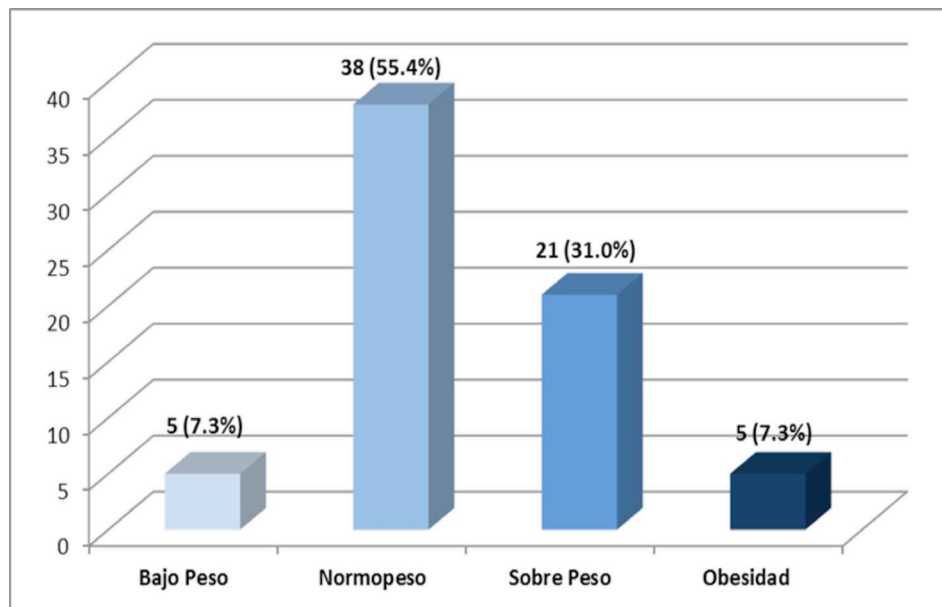


Figura 1. Sobrepeso y Obesidad en jóvenes universitarios.

Nota: Cuestionario Factores Condicionantes Básicos de estudiantes de nuevo ingreso, 2017.

En un estudio realizado en jóvenes de una institución educativa de nivel superior en Tabasco por Aguilar, et al 2018, reportan que los conocimientos que tienen por ser estudiantes de ciencias de la salud, al parecer no determina la decisión y acción de ingerir alimentos saludables. En la mayoría de las personas jóvenes no se observa que estén pendientes de las cantidades y calidad de los alimentos que ingieren al día, o bien si han dejado de consumir algún alimento que es importante para el buen funcionamiento del cuerpo, por ejemplo, en los resultados del estudio de Aguilar, et al, 2018, se observa que los jóvenes ingieren de forma frecuente los siguientes alimentos: Ver Tabla 1

Tabla 1

Frecuencia de consumo por grupo de alimentos de los estudiantes universitarios

Grupo de alimentos	Siempre		Casi siempre		A veces		Raras veces		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Frutas y verduras	5	7.2	29	42	33	47.8	2	2.9	0	0
Cereales y leguminosas	5	7.2	35	50.7	26	37.7	3	4.3	0	0
Líquidos y agua natural	0	0	6	8.7	21	30.4	42	60.9	0	0
Bebidas azucaradas	16	23.2	26	37.7	14	20.3	9	13.0	4	5.8
Comida chatarra	16	23.2	33	47.8	12	17.4	6	8.7	2	2.9
Lácteos	4	5.8	26	37.7	28	40.6	11	15.9	0	0

Nota: Cuestionario Factores Condicionantes Básicos de estudiantes de nuevo ingreso, 2017.

Algunos autores como Fernández, et al, 2014; Mantilla, et al, 2014 y Rizo, et al, 2014, mencionan que la selección de alimentos y la decisión de ingerirlos, tienen implicaciones culturales y sociales, es decir, en casa con la familia puedes ingerir una alimentación balanceada, pero cuando estás en la escuela y has salido del núcleo familiar, para vivir solo, es de esperarse que la alimentación que tengas no sea la adecuada. En el joven es indispensable el desarrollo de la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud y en el empoderamiento, entendiendo como empoderamiento al proceso a través del cual se desarrolle la capacidad para incrementar la autoconfianza, afirmar su derecho de independencia y apropiarse de recursos que le permitan desafiar y eliminar la subordinación. Puede ser visto en las dimensiones de las relaciones individual, colectiva y de las relaciones cercanas. (Rodríguez, 2009)

En la actualidad, la tecnología puede apoyar en el desarrollo del empoderamiento en los jóvenes, que utilizan diversas redes sociales y aplicaciones para estar al día en noticias. La tecnología abarca cualquier herramienta que permite el aprovechamiento práctico del conocimiento humano y por ende, la mejora en su calidad de vida. Internet, en estos momentos, forma parte esencial de este medio. Nos permite aunar ese conocimiento y lo que es más importante, ponerlo en práctica, participar activamente. La red ha roto el orden de viejas estructuras sociales propiciando así un nuevo orden: una estructura social de las tecnologías, el empoderamiento digital.

Dentro de las consecuencias del uso de las tecnologías en la información en el cuidado de la salud, se está observando en la actualidad que las personas busquen en internet los medicamentos, la evolución de la enfermedad e incluso pueden llegar a cuestionar al médico sobre el tratamiento que le haya sido indicado.

También se observa que el uso de las *apps* apoya a pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes; los motiva, los educa en cuanto a su enfermedad, les permite observar su progreso, mejora la comunicación con el equipo médico, y los hace pertenecer a una comunidad.

El uso generalizado de las *apps* para el autocuidado, aún en personas sanas, provee una educación sanitaria que puede contribuir a desacelerar el incremento de casos de personas con sobrepeso, obesidad y diabetes.

El futuro del autocuidado empleando *apps* es prometedor, porque la población joven está adoptándolas en su vida cotidiana, y porque las *apps* están brindando mejores y nuevas funcionalidades de autocuidado para el paciente.

Las *apps* dedicadas al autocuidado del sobrepeso y obesidad pueden clasificarse, entre otros criterios, por su propósito; lo anterior va directamente relacionado con el conjunto de actividades descritas en la planificación de un día en la vida de una persona. De acuerdo con Madelin, 2013, para apoyar al paciente en estos propósitos encontramos que las *apps* proporcionan las siguientes funcionalidades:

a) Monitoreo personalizado, b) información para el paciente y c) recordatorio de actividades.

Actualmente el uso de las aplicaciones móviles para la organización, planeación y control de la vida diaria y para el cuidado de la salud va en aumento. Los jóvenes de la actualidad tienen la disponibilidad y facilidad de usar y entender las funciones de teléfono inteligente, las *apps* apoyan al individuo a realizar actividades físicas bien sea contando los pasos, los vasos de agua que lleva, recordando que debe realizar las rutinas de ejercicio, entre otras.

Conclusiones

En este artículo, presentamos una clasificación de las que ayudan en el control del estado nutricional, para evitar y controlar el sobrepeso y la obesidad. La clasificación se basa en dos aspectos: 1) propósito de la aplicación, y 2) funcionalidades principales.

En cuanto al propósito de la aplicación encontramos: nutrición y dieta. En cuanto a las funcionalidades identificamos: monitoreo personalizado, que proporcionen información y recuerden actividades.

Las apps pueden utilizarse como parte de una estrategia de mercadotecnia social para reforzar la corresponsabilidad del autocuidado de la salud y para desarrollar el empoderamiento del joven, pero con supervisión por parte del profesional de la salud como guía.

Bibliografía

1. Fernández, C. J., Aranda, M. E., Córdoba, R. M., Hernández, L. A., Rodríguez, B. J. A. y Pérez, N. F. (2014). Evaluación del estado nutricional de estudiantes adolescentes de extremadura basado en medidas antropométricas. *Nutr. Hosp.*, 29(3), 665-673.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Informe final de resultados*. Cuernavaca, México 2016. Recuperado de: http://oment.uanl.mx/wpcontent/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
3. Mantilla, T. S. C., Villamizar, C. E., y Carvajal, S. L. S. (2014). Estado nutricional por antropometría y comportamiento alimentario en estudiantes de pregrado de la Universidad de Pamplona. *Alimentech, Ciencia y Teconología Alimentaria*, 12(1), 55-62.
4. Rizo, B. M. M., González, B. N. G. y Corté, E. (2014). Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Nutr. Hosp.*, 29(1), 153-157. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n1/20original14.pdf>

Capítulo 5: Marketing con Causa. Estrategia para la generación de Casa-Hogar como factor de protección para el empoderamiento de la mujer gestante

Youhanna Mato Martínez¹, Teresa del Jesús Brito Cruz¹
María del Pilar García Reyes¹, Reyna Yajaira Gutiérrez Serna¹
y Óscar Enrique Mato Medina¹

Introducción

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. Dentro de este proceso las experiencias personales marcan la vida de la mujer y del infante.

En México el número de nacimientos anuales es de 2.27 millones y de estos se complican de 250 a 300 mil, estando las complicaciones severas en un número de 30 mil. Las defunciones maternas en el año 2014 fueron 843 (anuales) siendo prevenibles del 70 al 80 %. Se estima que en el año 2018 las cifras van en incremento¹.

Dentro de las principales causas directas de Mortalidad Materna está la enfermedad hipertensiva del embarazo, la hemorragia obstétrica, los abortos, las infecciones y en las muertes neonatales es la prematuridad la causa fundamental. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

Existen condiciones en la población femenina que nos ayuda a estudiar la idea de fomentar la apertura de casas hogares para la población carmelita, como por ejemplo: el aumento de las tasas de mortalidad infantil y materna como consecuencia del acceso limitado a los servicios de salud, el alto índice de analfabetismo, la escasa infraestructura sanitaria etc.

Debido a esto queremos implementar diferentes estrategias para lograr resultados positivos en la atención integral de la mujer embarazada, sobre todo en la atención primaria de salud, que se rige fundamentalmente en la prevención, es decir hay que construir sistemas de salud que garanticen una atención prioritaria y ofrezcan una buena calidad de salud.

Para tener un referente más claro respecto a esta propuesta cabe mencionar que Cuba se encuentra entre los primeros países del mundo en implementar los hogares maternos para mejorar la salud de la gestante y el neonato, primeramente fueron creados con el objetivo fundamental de aumentar el parto institucional en los municipios, que por sus condiciones geográficas no tenían acceso a una pronta atención; en su segunda etapa, se caracterizó por el desarrollo numérico, ésta estrategia logró la expansión de más casas hogares en Cuba y finalmente su objetivo fundamental cambió a la búsqueda de otras fuentes de alimentación para las embarazadas normales desnutridas, estas últimas motivadas principalmente por la crisis económica de ese país. (Por tanto,) considerando el éxito de este programa social con miras al desarrollo en pro de la comunidad especialmente dirigido al segmento de mujeres gestantes. Es necesario que en escenarios de México se promuevan este tipo de iniciativas direccionadas a salvaguardar la vida de la madre y de los infantes.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Es necesario entonces promover en México la implementación de diferentes estrategias para lograr resultados positivos en la atención integral de la mujer embarazada, sobre todo en la atención primaria de salud que se rige fundamentalmente en la prevención, es decir hay que construir sistemas de salud que garanticen una atención prioritaria y ofrezcan una buena calidad de salud.

Los profesionales de la Salud en el área de Gineco-obstetricia debemos promover ambientes saludables para las mujeres gestantes con la finalidad de conducir a buen término el proceso de gestación de un nuevo ser. Y asegurar la continuidad del proceso de construcción social en nuestro país.

Para tal efecto es necesario llevar a cabo este tipo de acciones en pro de la sociedad, luego entonces requerimos fomentar una reciprocidad social mediante el uso de estrategias mercadológicas, que nos brinden los medios para comunicar la importancia de generar espacios públicos con ésta finalidad, para ello hacemos uso del Marketing con causa, el cual tiene el propósito de ejecutar acciones con el objetivo de beneficiar al segmento de mercado al que se dirige, dejando como manifiesto la reciprocidad social de las instituciones socialmente responsables y de la comunidad.

Objetivo

Generar una iniciativa en materia de Salud en el área de Gineco-obstetricia, para crear conciencia social, para la generación de acciones que empoderen a la mujer gestante en ambientes saludables.

En la actualidad los índices de tasa de morbi-mortalidad durante el proceso de gestación en México va en incremento, en este fenómeno intervienen factores que ponen en riesgo a la mujer embarazada provocando muertes por complicaciones en el parto, embarazo o puerperio. Esta iniciativa social nos permitirá generar un Factor de Protección para el acompañamiento de la mujer gestante, dichas acciones van direccionadas a alcanzar indicadores de salud materno - infantil favorables, generando la reducción de los problemas obstétricos y neonatales, mejorando con ello, los indicadores en los niveles de atención en la embarazada, logrando así colocar a la madre y a su hijo en el centro de políticas de salud, que propicien un perfeccionamiento en la atención integral del ser humano.

Es necesario para el logro de estas acciones que los profesionales de la Salud demanden y participen en un proceso en donde deba existir dedicación, esfuerzo, participación comunitaria, responsabilidad ante la salud y sobre todo el fomento hacia la autorresponsabilidad en los problemas de salud que competen en el área de Gineco-obstetricia.

Es el marketing quien aporta precisamente una forma distinta de concebir y ejecutar la función de intercambio entre los profesionales de la salud y la sociedad, mediante un Marketing Social que direcciona los esfuerzos hacia una causa en común, convirtiéndonos en agentes de cambio ante una problemática social.

Método

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de desarrollo, porque en ella descansa la reproducción biológica y social básica del ser humano, es condición esencial del desarrollo de las familias y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

La iniciativa de la creación de una Casa-Hogar como estrategia para la disminución de morbi-mortalidad durante la gestación, requiere de apoyos en diversas esferas que se involucran con recursos tangibles e intangibles, por lo que, dentro del rubro de Mercadotecnia en Salud, se requiere hacer uso de estrategias mercadológicas enfocadas al ejercicio de la Mercadotecnia Social, entendamos que el Marketing Social o Marketing con causa se limita al estímulo y apoyo de causas sociales y no incluye la totalidad de acciones llevadas por las organizaciones.²

Teniendo como finalidad el desarrollo de programas para animar la aceptación de ideas o comportamientos sociales en pro de la comunidad.

Es necesario considerar que las dimensiones éticas o de responsabilidad social, no son exclusivas de las organizaciones empresariales, por lo que también deben contemplarse en las instituciones públicas y sin fines de lucro, en general, y en el marketing social, en particular.³ Por tanto en este tipo de iniciativa se requiere involucrar a la sociedad carmelita en todos sus contextos institucionales.

Retomemos a Kotler y Zalmant (1971) que mencionan que el Marketing Social es el diseño, implementación y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales, implicando consideraciones de planificación, de producto, precio, comunicación, distribución, e investigación de Marketing.⁴

Podemos decir además que estas estrategias mercadológicas se enfocan a generar un cambio social que generen acciones beneficiosas para la sociedad, con base al abordaje de una problemática social, identificada como el incremento de los índices de tasa de morbi-mortalidad durante el proceso de gestación en México.

Este proyecto requiere mediante la generación de Campañas como “Gestando para gestar”, “Gestación que empodera” o “Gestación saludable” una serie de acciones para recaudar fondos a través de eventos culturales, sociales y deportivos, además de posicionar en la mente de los *stake holders* (grupos de interés) la importancia de contribuir a una causa social de esta índole.

Resultados

Principalmente a través del Marketing social o con causa se instaura en la comunidad la acción social, entendiéndose como la labor de una acción colectiva para mitigar o resolver un problema social mediante un cambio social.⁵

Esta causa social necesita del involucramiento de la comunidad, provocando un fenómeno social, siendo un verdadero agente de cambio, que sirve como Factor de Protección para las mujeres embarazadas que se encuentran en situaciones vulnerables propiciando embarazos de alto riesgo.

Conclusiones

La casa hogar es una estrategia de intervención social que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes, aumentando los índices de atención y calidad en mujeres embarazadas y en los recién nacidos en Ciudad del Carmen.

Con este abordaje se genera un Factor de Protección para el Empoderamiento de la Mujer Gestante en donde se corrobora que en la salud materna y perinatal confluyen varios factores, actores y estrategias y esfuerzo para mejorar sus condiciones bajo el lineamiento de la generación de ambientes seguros. Es de vital importancia para los profesionales de la salud en el área de Gineco-Obstetricia, enfocar su atención a este tipo de problemáticas que aquejan al sector Salud y generar estrategias de esta índole, para contribuir a la sociedad en el ejercicio de su labor médica.

Bibliografía

1. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Salud Materna 2015 http://www.senado.gob.mx/comisiones/igualdad_genero/reu/docs/pre-sentación_170615_1.pdf
2. Alonso Vázquez, Marisol Marketing social corporativo 2006 B – EUMED ISBN 9788468962696 Pág. 22
3. Alonso Vázquez, Marisol Marketing social corporativo 2006 B – EUMED ISBN 9788468962696 Pág. 23
4. Penelas Leguía, Azucena Marketing solidario 2013. Difusora Larousse - Ediciones Pirámide ISBN 9788436827583 Pág. 132
5. Montero Simó, María José El marketing en las ONGD. Editorial Desclée de Brouwer ISBN 9788433018113 2010. Pág. 71

Capítulo 6: Casos de empoderamiento del consumidor sanitario a través del uso de las redes sociales

Juan Carlos Mandujano Contreras¹, Jennifer Darvelia Miranda Sánchez¹
Concepción Reyes de la Cruz¹, Leticia Rodríguez Ocaña¹

Introducción

La mercadotecnia social tiene el objetivo de satisfacer necesidades de tipo social, humano y espiritual; con el fin de alcanzar un cambio de actitudes, creencias, conductas o hábitos. Siendo así su rango de implementación más allá de empresas meramente comerciales, llegando a ser aplicada por organizaciones públicas, privadas sin fines de lucro, humanitarias, etc.

Entendiendo entonces el fin de la mercadotecnia social, es importante conocer de qué forma los mensajes publicitarios utilizados por empresas que comercializan productos sanitarios, han sido enfocados a fin de mejorar la calidad de vida de sus usuarios y procurar un cambio positivo en sus hábitos de consumo. Asimismo, identificar cómo la conducta de los consumidores puede repercutir en el mensaje que las organizaciones desean transmitir y el poder que éstos han ido adquiriendo, para hacer que sus opiniones sean tomadas en cuenta.

Objetivo

Examinar el uso de las redes sociales como medio para empoderar al consumidor y cambiar la perspectiva de las organizaciones y sus hábitos de consumo en productos relacionados con el cuidado de la salud.

Método

Revisión teórica y documental, a través del método de casos, se presentan ejemplos del poder que ha adquirido el consumidor por medio el uso de redes sociales.

Resultados

El consumidor sanitario es aquél que busca, compra y utiliza productos o servicios sanitarios con el fin de mejorar su calidad de vida y salud. No limitándose a servicios de tipo médico, sino también a productos que procurarán que su vida sea más saludable.

Debido a esto, los consumidores de productos sanitarios realizan una búsqueda más exhaustiva en cuanto a servicios o productos que puedan aportar el beneficio esperado, es decir, estos consumidores se encuentran más informados y su nivel de exigencia, por ende, es más elevado, pues a su vez realizan compras con mayores niveles de consciencia. Por lo que, durante su proceso de consumo, estos usuarios dependen del grado de motivación y conocimiento para poder realizar una elección de compra de un producto o servicio orientado a la salud.

Es decir, en el caso del consumismo sanitario, éste puede desarrollarse cuando el usuario adquiere servicios o productos sanitarios que no necesita realmente, que no han sido resultado de un diagnóstico, o que simplemente están vinculados con la salud de forma comercial, pero que no representan más que un “gusto estético” más no funcional.

Por el otro lado, se encuentra el consumerismo, el cual tal como lo definen Ramírez, Navarro y Trujillo (2002) es “la demanda de los ciudadanos para la modificación de las relaciones de intercambio en el

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

mercado, de forma que dichas relaciones se alejen del principio de soberanía del productor y se acerquen a la soberanía del consumidor” (p.167). Así también, en estas interacciones tiene cabida el Gobierno, ya sea como parte activa en la relación o como un intermediario para hacer llegar las protestas o reclamaciones de los consumidores.

Es decir, el consumidor sanitario consumerista, además de estar mayor informado, representa un ente activo que exige sus derechos y reclama cuando siente que éstos han sido vulnerados por las empresas. Asimismo, un nivel más elevado de las actitudes consumeristas se da cuando los consumidores cuestionan a los productores o al Gobierno por medio de denuncias o protestas, haciendo valer sus derechos y los de un colectivo que ha sido afectado por un mismo problema (Moyano y Navarro, 2004). Por lo tanto, conforme a Priego (2005) el consumerismo en el área de la salud, puede entenderse como la posición concienzuda y reflexiva del consumidor, y el reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materia de salud.

Es así como en el año 2017 en el Reino Unido, después de un fuerte movimiento social que derivó en una petición en línea firmada por cerca de 320,000 personas, el gobierno decidió reducir el impuesto en productos sanitarios para las mujeres a un 5%. Esta situación fue aprovechada por la cadena de supermercados Tesco.

Tesco, una cadena minorista de supermercados decidió tomar partido en la batalla que estaba librando la sociedad por un precio justo en los productos sanitarios, por lo que implementó una reducción en el precio de casi 100 ítems relacionados con el cuidado de la salud y el bienestar de las usuarias. Asimismo, la cadena se comprometió en cubrir el impuesto al tampón, es decir, pagar el cargo, tachado de controvertido, en productos que son necesarios para los consumidores. Por su parte, el Gobierno tomó la postura de donar las ganancias del impuesto a organizaciones benéficas a favor de la mujer, debido a las inconformidades surgidas por parte de la sociedad.

Conclusiones

Tal como se puede observar en el ejemplo descrito, se dio un movimiento que puede ser señalado como parte del consumerismo sanitario presente en las sociedades contemporáneas para acceder con mayor seguridad en las interacciones de consumo. Así también, se dio por parte de la empresa señalada la implementación de una estrategia, ciertamente mercadológica, pero con el fin de beneficiar a un sector de la población, que externaba su desacuerdo, es decir, una estrategia de mercadotecnia social, pues cumplía con la esencia que ésta maneja en su concepto: satisfacer necesidades sociales.

Bibliografía

1. Angus, A. (2018). Las 10 principales tendencias globales del consumidor para 2018. Factores que impulsan cambios en el comportamiento de los consumidores. Euromonitor International.
2. Kentish, B. (29 de julio de 2017). Tesco to cut prices on 100 women’s sanitary products and pay ‘tampon tax’ itself. *Independent*. Recuperado de <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/tesco-cut-prices-tampon-tax-sanitary-products-paula-sherriff-a7866621.html>
3. Moyano, E. y Navarro, C. (2004). El consumerismo como respuesta activa de los consumidores. *Distribución y consumo*, 78 - 80.
4. Priego, H. (2005). Implicación y conocimiento en la actitud del usuario durante el proceso de consumo sanitario. *Salud en Tabasco*, 11(3), 400-403.
5. Ramírez, A., Navarro, C. y Trujillo, M. (2002). Consumerismo y movimiento de los consumidores. Valores, actitudes y comportamiento consumerista en la población Andaluza. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 99, 145 -178.

Capítulo 7: El Branding de los profesionales de la Salud en México

Teresa de Jesús Brito Cruz¹
Shiray González Pérez¹

Introducción

Actualmente en México se entreteje una nueva narrativa, la cual nos lleva a conectar e implicar a la comunidad, haciéndolos partícipes de una realidad como lo es la salud. Cada vez más se va adoptando un mayor posicionamiento en la mente de los consumidores a través de un Storytelling basado justamente en el cuidado de la salud. Como menciona Gabriela de la Riva en su libro México Rifado (2015) “Ahora los mexicanos estamos mucho más interesados en la acción y en la exploración que en la conexión y la estabilidad”. Por tanto, hoy los mexicanos nos encontramos en una corriente denominada emergente, en la cual podemos aprovechar las fortalezas culturales que poseemos, en un contexto tecnológico que nos brinde una oportunidad económica para transformarnos e innovar en salud. Se apuesta entonces al hecho de que no debemos detenernos ante la presencia de nuevos fenómenos sociales, sino más bien apostarle en pro de nuestra forma de pensar, para poder actuar, existen muchos profesionales de la Salud en México que necesitan propiamente empoderar este término “Salud” y actuar de tal manera que diseñen estrategias innovadoras para comunicar y transmitir la importancia de la prevención y cuidado de la salud en México.

Es por tanto que hoy, la Mercadotecnia en Salud posee herramientas tales como “El branding”, disciplina que conlleva prácticas enfocadas a la creación y gestión de marcas, las cuáles se van integrando a los mercados, pero sobre todo a las mentes de los consumidores. Hoy en día la “Salud” es una marca la cuál debe ser “Rifada”, es decir debe ser emergente, el eje de acción es el marketing social y digital, el cual se empodera en la acción misma. El marketing social comprende los esfuerzos por cambiar el comportamiento público por otro que la sociedad estime deseable. Para ello es posible hacer uso del marketing social con el objetivo de incrementar la adopción de ideas y causas de alto consenso en nuestra sociedad, es por ello que la necesidad hoy en día es crear servicios con un valor agregado enfocado a la salud para lograr el acceso de los consumidores a dicho servicio, empoderando la marca con base a los atributos propios de la misma. Y generar el compromiso social de los profesionales de la salud en el desarrollo del ejercicio de su labor en pro del cuidado de la salud, generando así una imagen que brinde una muestra clara de la calidad del servicio que se oferta. La finalidad del presente documento es brindar una perspectiva descriptiva acerca del proceso de construcción del Branding que los profesionales de la salud deben hacer para atraer al segmento de mercado al que se dirigen y posicionarse como prestadores de servicio de calidad en materia del cuidado de la salud, esto con la intencionalidad de promover una cultura basada en la prevención e intervención en las diversas disciplinas que buscan el estado completo de bienestar de los sujetos.

Objetivo

Sensibilizar y promover la importancia de construir una identidad personal congruente a los servicios que brindan los profesionales de la salud en México. Es necesario entonces establecer los lineamientos de los parámetros constitutivos de una marca, tomando en consideración que la marca es el resultado de una síntesis de elementos tangibles e intangibles, en las que se desarrollan procesos de interacción y del cual forman parte elementos decisivos como lo son: los consumidores, el mercado, la oferta y

¹ Universidad Autónoma del Carmen, México

el modo en el que se comunica la marca en sí misma¹, por tanto es necesario construir una marca en donde los consumidores evidentemente motivados por las necesidades y los deseos, se guíen por los valores y beneficios; es decir por los atributos de la marca y por tanto del servicio de los profesionales de la salud en México.

Método

Las marcas son ahora verdaderos relatos sociales, culturales y simbólicos que no identifican de forma estricta un referente, sino que se convierten en el referente mismo. La marca sobrepasa la naturaleza descriptiva del producto o servicio para erigirse en el mercado y hacer crecer su valor.²

Debido a que los seres humanos generamos construcciones mentales que recogen significados de nuestro entorno inmediato, podemos decir en este contexto que la marca establece asociaciones y conexiones en el cerebro, que se ven ligados a determinados significados y elementos de acción que conjugan factores racionales, emocionales y de significado. Por tanto, en esa búsqueda de construir significados que ayuden a los consumidores a identificarnos en un amplio mercado, los profesionales de la salud en México requerimos redireccionar nuestra atención al *Marketing Mix*: producto, precio, plaza y promoción, enfocado a la estrategia de *Personal Branding*, la cual les permite a los profesionales generar un verdadero signo distintivo. Brindando con dicha construcción la notoriedad de la marca, la calidad percibida, la lealtad de la marca y las asociaciones de marca con base al elemento salud en nuestro país.

En primera instancia hablaremos del Producto, es importante que los profesionales de la salud identifiquen los servicios que son capaces de proveer en un mercado laboral, y determinar por ende el segmento de mercado al que desea dirigir su producto o servicio, esto con base a las competencias propias de su perfil profesional, ya que de dichos servicios emanarán conocimientos, cualidades, actitudes, y valores. Retomemos en este sentido a Víctor Küppers quien postuló que la clave del éxito está en la siguiente formulación $V = [C+H] \times A$ (Valor = conocimientos + habilidades X actitud), lo que denomina el “efecto actitud”³ y, es tal el caso, que nuestros servicios como profesionales de la Salud requieren que apliquemos esta fórmula para que cuando los consumidores piensen en un servicio o producto, piensen en los atributos que recibirán. Deténgase un momento a reflexionar, cuándo usted piensa en un servicio enfocado a la salud llámese Ginecólogo, Nutriólogo, Cirujano Dentista, Médico, Pediatra, etc. pregúntese que nombres de profesionales vienen a su mente, acaso se ha preguntado por qué los elige. Es clara la asociación del servicio aunado al nombre de un profesional, cuando el nombre de un profesional sale a relucir en la mente de los consumidores al toparse con una interrogativa cómo ¿A quién debe acudir? o ¿Con quién cubre esta necesidad? y surge un nombre, es entonces en donde hemos dado paso a la consolidación del inicio de la construcción de su marca personal. El punto esencial de este aspecto es pensar en el proceso de construcción de los atributos de la marca, es decir determinar la calidad del producto o servicio que ofertamos a nuestro segmento de mercado. Dentro de ese proceso de construcción de nuestra marca personal, debemos considerar que el valor de la marca trasciende al precio cuantitativo que le asignamos a nuestro producto o servicio, tal es el caso que el valor del servicio va intrínsecamente ligado a la experiencia y por ende a las asociaciones y emociones vinculadas al servicio mismo, por lo tanto, ligadas al profesional de la salud. Hoy en día quizás haya una discrepancia en la ideología de que “*de acuerdo al sapo es la pedrada*”, pero si es claro el hecho de que la remuneración a nuestro servicio va ligado a ciertos aspectos tales como el nivel profesionalizante del prestador del servicio, la confianza generada en el consumidor, la dedicación o empatía mostrada durante el servicio y el reconocimiento de la acción misma como prestadores de servicios enfocados al cuidado de la salud. Se requiere entonces que hoy en día, como profesionales de la salud en México evolucionemos, es decir, generemos una tendencia emergente que tienda a brindar una propuesta de valor añadido, brindando un servicio que proporcione una plusvalía, es decir, que de valor y sentido al precio con el que nos posicionamos en el mercado, siempre teniendo en cuenta al segmento de mercado al que nos estamos dirigiendo. Siguiendo la línea del *Marketing Mix*, es necesario considerar la plaza, todo profesional de

la salud que se dedique a brindar un servicio debe contar con la infraestructura adecuada para brindar dicho servicio, para ello debe considerar elementos tales como la ubicación y visibilidad del lugar, así como contar con la ergonomía necesaria que permita el acceso de los consumidores al servicio. Es importante considerar que la decisión de ubicación de un servicio va direccionado a la realización de un estudio del comportamiento del consumidor que nos brinde un panorama de la transición de necesidades, por tanto, cuando hay áreas destinadas para servicios de la salud en dónde se brindan de forma multidisciplinaria servicios de esta índole es importante considerar el posicionamiento de marca que posee el complejo de servicios médicos que respaldarán de forma inmediata a su servicio. Por último, tenemos la promoción, para hablar de este elemento requerimos hablar de *Brand Identity*, de la famosa identidad de la marca basada en una propuesta estratégica para crear valor con base a lo que el consumidor percibe de la misma desde el primer contacto visual del servicio. La imagen de la marca nos brinda una impresión real como base de la generación de percepciones y apreciaciones que generan los consumidores, es por ello que se requiere tener claridad de qué queremos comunicar, cómo lo queremos comunicar y a través de que canales queremos llevar a cabo este proceso de comunicación, dicho proceso de consolidación de la marca, nos permite construir una identidad partiendo desde la postulación del nombre del servicio, una identidad visual, la identificación del mercado al que va dirigido, la actividad competitiva a la que se enfrenta, las alianzas, asociaciones o respaldos que posee la marca, aunado a esto debemos agregar el *Brand Personality*, es decir, la personalidad de la marca considerada como un conjunto de características humanas, que comprenden sexo, edad, nivel socioeconómico, asociados con la marca y por tanto también a la imagen del profesional de la salud. Si bien es cierto es necesario dejar en claro la existencia de consolidar atributos básicos que nos permitan competir dentro de un segmento, considerando los atributos valorados que ubiquen a nuestra marca dentro de los competidores destacados. Para poder tener un competidor requerimos tener por lo menos, 4 características similares. Recordemos los elementos del *Marketing Mix* y generar atributos diferenciales, que nos permitan potencialmente diferenciarnos de los competidores. Ahora bien, para establecer un parámetro más claro con base a la identidad de nuestra marca, hay que considerar que usted posee un nombre que lo identifica y que lo hace único, el Branding, parte desde la generalidad de potencializar su nombre como identidad del servicio que brinda o bien crear un nombre que identifique al servicio que usted respalda, además requiere forjar una identidad corporativa que brinde una idea unificada e incluyente en la mente de los consumidores, un propósito estratégico que determine el estilo, la personalidad y las competencias del profesional de la salud, cuya imagen juega un papel importante, ya que es el elemento clave de las Relaciones Públicas, convirtiéndose en la imagen representativa de la marca en relación con el segmento. Por lo que existe una interrelación entre ambos elementos. Es importante considerar los canales de comunicación y para ello hay que hacer uso de la creatividad al servicio de la estrategia, podemos retomar a Heráclito de Éfeso cuando menciona que “lo único permanente es el cambio”, y es que la tendencia actual para lograr la penetración de un mercado es el uso del Social Media Marketing, el mundo está conectado al internet y por tanto a las Redes Sociales, es aquí a través de estos medios de comunicación que hoy en día los profesionales de la salud poseen una plataforma de acceso digital a una gran diversidad de audiencias en las que se encuentra su segmento de mercado.

Resultados

Dar a conocer los elementos que integran el proceso de consolidación de la construcción de la marca personal, brindando con ello a los profesionales de la salud las consideraciones básicas para el desarrollo del *Personal Branding* y el posicionamiento de su marca en las mentes de los consumidores, para ello es necesario desarrollar los elementos esenciales del *Marketing Mix*.

Conclusiones

El Branding de la Salud requiere esencialmente comunicar los atributos de la marca, eso que en esencia determina la efectividad del mensaje que se quiere dar a conocer al segmento de mercado al que nos dirigimos a través del ejercicio de los profesionales de la salud en México.

Este proceso de construcción del *Personal Branding* conjuga elementos como la identidad, la reputación visto como el resultado del desempeño del servicio en materia de salud en comparación con la competencia y la relación es decir el vínculo o comunicación que se establece con los consumidores para empoderar el término Salud en nuestro país.

Bibliografía

1. Velilla, Javier 2010 Branding Editorial UOC. Pág.10 ISBN 9788497880763
2. Velilla, Javier 2010 Branding Editorial UOC. Pág.29 ISBN 9788497880763
3. Víctor Küppers 2018. Conferencia "BBVA Aprendemos juntos .Versión Completa:
4. Víctor Küppers," El valor de tu actitud https://youtu.be/Z3_f6a-YrY8
5. Sterman, Alejo 2012 Cómo crear marcas que funcionen. Editorial UOC. Pág. 60 ISBN 9789875844933

Capítulo 8: Innovando el Marketing en Salud. Estrategia Digital para Millenials

Olga Chalim Solis Cardouwer¹, Teresa del Jesús Brito Cruz¹
Tania Acosta Hernández¹, Abril León Jiménez¹ y Elia Peralta Gómez¹

Introducción

En la actualidad la Mercadotecnia en Salud se encuentra abriendo brechas de comunicación para la promoción de la salud en México, tal es el caso que hace uso de estrategias mercadológicas que brinden herramientas para la penetración de mercados en segmentos específicos, es por ello, que los expertos en este campo se enfocan cada vez más a la observancia de los comportamientos de los consumidores. Tal es el caso que estudiantes de la Licenciatura en Nutrición pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen han redireccionado su atención hacia los millenials considerándolos como su principal grupo de interés (Stakeholders).

Es así que considerando la labor de la promoción de la salud y la interrelación con el marketing podemos retomar a Santesmases (2012) que entiende al marketing como: un modo de concebir y ejecutar la relación de intercambio, con la finalidad de que sea satisfactoria para las partes que intervienen y a la sociedad, mediante el desarrollo, valoración, distribución y promoción, por una de las partes, de los bienes, servicios o ideas que la otra parte necesita.¹

Debido a esto, partimos desde la identificación del segmento al que va dirigido nuestro proceso de comunicación y por tanto nuestras estrategias mercadológicas en pro del cuidado de la salud en materia de nutrición.

Los millenials también conocidos como la generación Y son sujetos nacidos entre 1981 y 2000, Erickson, T. (2008) menciona que los millenials son la generación más numerosa de la historia (2.3 millones de personas) la cual dominará al mundo por los próximos 40 años.²

Esta generación es considerada como los primeros nativos digitales, ya que tienen la tecnología incorporada a su cuerpo y ésta ha moldeado su forma de pensar.³

Es así que es necesario mencionar que hoy en día los millenials poseen una tendencia hacia el Marketing digital marcada de forma innata en sus comportamientos, esto con base al gran interés que poseen en el uso de las redes sociales, ya que la generación “Y” posee una característica medular como lo es la inmediatez, acostumbrados al cambio y por tanto a la innovación pensando con la tecnología incorporada en su vida y sobre todo siempre pensando en el futuro, es así que se considera idóneo, conseguir entonces una vinculación entre sus hábitos de uso de las redes con la interacción de contenido direccionado a la temática de cultura de “Prevención en Salud” y generar mediante su tránsito por las redes sociales, un interés e involucramiento sobre el tema de la composición nutrimental de los productos que consume en su cotidianidad, entendiéndose como composición nutrimental, al conjunto de cualidades nutritivas en base a su valor energético y a la cantidad de nutrientes que componen al alimento, esto con la finalidad de generar conciencia hacia el cuidado de su salud para prevenir enfermedades crónicas degenerativas.

¹ Universidad Autónoma del Carmen, México

Es necesario para ello brindarle información de forma novedosa, retomando los principios del Marketing Mix: producto, precio, plaza y promoción, considerando importante hacer énfasis en la promoción. Tomando como referencia la “base de datos” haciendo uso de información en base al contenido calórico de los alimentos, azúcares (carbohidratos) y grasas, para la generación de conciencia y por tanto de la generación de buenos hábitos de consumo, en pro del cuidado de la salud en nuestro país, pero sobre todo en los jóvenes que integran la generación “Y”.

Objetivo

Sensibilizar a los consumidores (Millenials) sobre hábitos alimenticios mediante la utilización del prototipo de una “App” conformada por una “Base de Datos” que permita poder verificar la carga Nutricional de los productos que consumen diariamente los jóvenes a través de una Página de Facebook denominada Ninfo. <https://www.facebook.com/Ninfo/>

La intencionalidad de este proceso innovador como dice McClelland (1961) es establecer la relación al logro y el comportamiento de los individuos de manera emprendedora, como factor esencial para el desarrollo de objetivos. La promoción de la salud hoy en día requiere que innovemos en la forma de comunicación para el logro de objetivos en materia de prevención, “Ninfo” es el medio de comunicación idóneo para la generación de la interrelación entre la información necesaria para la generación de conciencia del cuidado de la salud y los jóvenes de nuestro país.

Método

Debido a que el internet cambió nuestra forma de informarnos, comunicarnos, relacionarnos, los medios digitales son el “parte aguas” para la generación de una conectividad social, la cual en nuestro país debe ser aprovechada para el logro de objetivos en materia de Salud Pública. El uso de Redes Sociales en el mundo es liderada por Latinoamérica y en ellas se encuentra México, haciendo uso de diversas plataformas en las que destacan: Facebook, Whatsapp, Facebook Messenger, Wechat, Instagram, Twitter, Skype y Snapchat⁴

Cabe destacar que Pere Rosales en su libro Estrategia Digital (2010) estipula que para establecer una estrategia digital debemos saber a dónde queremos llegar, necesitamos saber qué vamos hacer y en qué fases, cuando empezamos, qué recursos vamos a dedicar y cómo vamos a saber si lo estamos haciendo bien.⁵

Facebook es la red social más consultada, si bien es cierto se ha generado un cambio cultural el cual nos ha llevado a la sonada “vida conectada” en donde generamos una construcción colectiva, generando con las redes un reforzamiento de una transparencia y colaboración de los sujetos bajo un mismo discurso.

Dicho discurso será construido mediante el “Social Media Engagement” para generar y crear una conexión e interacción con nuestros usuarios (millenials) mediante una comunicación bidimensional, la cual permitirá la interacción con el segmento de mercado, a través de la generación de contenido de calidad relevante en materia de nutrición, para así propiciar la conexión entre nuestros jóvenes, generando una verdadera interacción, creando contenido y sobre todo enriqueciendo el perfil, propiciando con ello, la interacción con grupos y páginas de la comunidad que preferentemente sean consultadas por nuestro segmento de mercado, generando con ello la participación del segmento.

Así mismo, dentro de este proceso de construcción de una red social de apoyo al fomento del cuidado de la salud en materia de nutrición, se requiere lograr la identificación y participación de influencers que impulsen el grado de aceptación de los millenials, en nuestra página de Ninfo.

Cabe destacar que la construcción de esta estrategia innovadora para captar la atención de los millenials va en dos direcciones, crear una página atractiva visualmente, con contenido y lenguaje con base

al segmento y brindar información sustancial para la promoción del cuidado de la salud en materia de nutrición.

El *Identity Branding* se consolida con Peter NInfo, una nutria que representa a la marca de promoción de esta aplicación dando cabida a Pedro Escudero Padre de la Nutrición en América Latina, siendo este un elemento de identificación con los profesionales de la salud de esta área.

La página se construye a través de contar con elementos informativos tales como: el contenido calórico de los alimentos, azúcares (carbohidratos) y grasas, partiendo de dicha información se podrá brindar a los usuarios una asesoría especializada por parte del equipo que integra NInfo.

El contenido se genera en base a la premisa ¿Conoces lo que comes? Y partiendo de ello se genera la interacción para la promoción de hábitos alimenticios.

La estrategia de posicionamiento de marca se da de forma nuclear desde las entrañas de la Red Social en Facebook, así como la participación en módulos de información ubicados en eventos de emprendedores y Expos para promocionar la página, y la distribución de carteles informativos con códigos QRL y Aurisma encriptados en la Imagen (Logo) de NInfo, es decir Peter NInfo la nutria para acceder a la página de Facebook y poder transitar en el proceso informativo en materia de nutrición.

Resultados

Considerando que Facebook es una plataforma digital que tiene posicionado su valor en la propia interactividad de los usuarios, en donde las métricas de medición de la efectividad de comunicación de esta red gira en base al número de visitas a la página, las veces que ha sido compartida, la cantidad de “likes” que recibe por parte de los usuarios, la cantidad de seguidores que se obtienen y se mantienen, así como en la cantidad de reproducciones de videos que se encuentran dentro del contenido de la misma. NInfo posee movilidad entre usuarios que transitan en páginas con un enfoque de salud y comienza a expandirse cada vez más, gracias a la difusión que el equipo de NInfo ha logrado a través de la participación en los eventos de emprendedores y de expos en donde han podido compartir sus “links” para que los usuarios puedan acceder y obtener la información básica sobre la composición nutrimental de los productos y poder con estas acciones contribuir a la cultura de Prevención en Salud. Los resultados se ven manifiestos en el proceso de interacción con los millenials y en el aporte de visitas canalizadas al Laboratorio de Nutrición Clínica ubicados en las instalaciones del Campus III en la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Carmen con el objetivo de dar un seguimiento y brindar planes alimenticios diseñados conforme a las necesidades de los millenials. Si bien es cierto este tipo de iniciativas de innovación en Salud a través de los medios digitales puede continuar su proceso de incubación hasta la generación de una “App” (aplicación digital para equipos Android y iPhone) que brinde mayor fidelización a la marca (NInfo) y por ende mayor involucramiento en el cuidado de la salud en materia de nutrición.

Conclusiones

Tomando en consideración que la innovación es como todo cambio que genera riqueza, NInfo genera una riqueza de empoderamiento en los jóvenes mediante la apropiación de conocimientos en materia de Cuidado de la Salud. Esta Base de Datos permite tomar conciencia de los hábitos alimenticios y de la ingesta de productos, mediante la visualización de la composición nutrimental, lo cual permite reorientar al consumidor hacia el cuidado de la salud para prevenir enfermedades crónico degenerativas. En la actualidad, los millenials requieren obtener canales de comunicación que los ayuden a apropiarse sobre una visión más clara de la importancia que posee cuidar de su salud.

En México, es imperativo tener conciencia de que la innovación en la mercadotecnia en salud genera una mayor apertura para alcanzar la penetración de mercados.

Es necesario lograr la consolidación de redes sociales que se conviertan en entes conciliadores y canalizadores de la realidad a la que nos enfrentamos en materia de salud en nuestro país y poder generar con ello conciencia social de la importancia que posee la prevención y el cuidado de la salud de los jóvenes millenials, he allí donde radica la principal labor de NInfo como estrategia Digital para el abordaje de problemas en el área de nutrición en los jóvenes de nuestro entorno.

Bibliografía

1. Martínez Polo, Josep M.; Martínez Sánchez, Jesús; Parra Meroño, María Concepción. Marketing digital 2015. Editorial UOC. ISBN 978-84-9064-839-1 Pág. 17
2. Molinar, Paula. Turbulencia generacional 2011. Temas Grupo Editorial, ISBN 9789509445987 Pág. 40
3. Molinar, Paula Turbulencia generacional 2011. Temas Grupo Editorial, ISBN 9789509445987 Pág. 44
4. Zuccherino, Santiago Social Media Marketing 2016. Temas Grupo Editorial ISBN 9789873887291Pág. 12
5. Martínez Polo, Josep M.; Martínez Sánchez, Jesús; Parra Meroño, María Concepción. Marketing digital 2015. Editorial UOC. ISBN:978-84-9064-839-1 Pág.65-66

Capítulo 9: Mercadotecnia en redes sociales y su relación con el aumento de clientes en una clínica de Fisioterapia

Juan Lázaro González Narváez¹

Yolanda Martínez Oropeza¹ y Leny Roxana Luna Arena¹

Introducción

La competencia entre las empresas, independientemente del giro al que se dediquen, ha ido en aumento, enfocando sus objetivos en lograr una diferencia significativa entre las demás y lograr masificar su mercado. En un mundo moderno y globalizado, las innovaciones tecnológicas no pueden quedarse atrás, debido a ello, es sustancial la importancia de que inviertan en tecnologías, tales como las redes sociales, siendo éste un modo rentable y de indudable valor para la competitividad de la empresa. Los individuos han cambiado sus conductas en relación a la búsqueda y consumo de productos y servicios, siendo las redes sociales una vía que facilita la comunicación e interacción entre las empresas y los clientes potenciales. Para lograr todo lo anterior, las empresas recurren a un sinnúmero de estrategias que les brinda la mercadotecnia (1).

La manera tradicional de hacer mercadotecnia en la actualidad, ha sido incapaz de hacer frente a los retos actuales del mercado, en donde el bajo costo y popularidad de las redes sociales ha ido incrementándose, facilitando el obtener información de las relaciones con los clientes, comunicarse con ellos, explorar sus patrones de conducta con mayor eficiencia, de forma masiva y sin importar cuestiones geográficas. La interacción con los individuos, puede darse en prácticamente cualquier formato de comunicación, siendo los más habituales, textos, audios, imágenes, videos, entre otros. Este tipo de comunicación fomenta la creación de lazos sociales y el mantenimiento de los existentes (2).

A nivel mundial, se estima que actualmente, la población total de personas es de 7 billones y medio, siendo 4 billones (53%), los que cuentan con acceso a internet y tres cuartas partes de estas, son activos en algún tipo de red social, es decir, 3.2 billones de usuarios, lo que representaría un 42% de la población mundial. Las principales redes sociales que se utilizan mundialmente son:

- 1.- Facebook, con 2.2 mil millones de usuarios por mes, 1.4 mil millones de usuarios por día.
- 2.- YouTube, cuenta con 1.5 millones de usuarios al mes.
- 3.- Instagram, con 100 millones de usuarios al mes y 500 millones al día.
- 4.- WhatsApp, tiene 700 millones de usuarios por mes y 1 millón por día.
- 5.- Twitter, alrededor de 1.3 mil millones por mes y 100 millones al día.
- 6.- Snapchat, con 178 millones de usuarios al día (3).

De acuerdo con la edición 14^º del Estudio sobre los Hábitos de los Usuarios de Internet en México 2018, que realiza la Asociación Mexicana de Internet (AMIPICI), señala que en México existe un total de 79.1 millones de usuarios de internet, representando el 67% de la población. Se estima que el 83% de los internautas acceden a redes sociales y el 97% las considera como lugares de búsqueda. Las redes sociales que más utilizan los mexicanos son las siguientes:

¹ Universidad Autónoma del Carmen, México

1.- Facebook, 95%; 2.- WhatsApp, 93%; 3.- YouTube, 72%; 4.- Twitter, 66%; 5.- Instagram, 59%; 6.- Google +58%; 7.- LinkedIn, 56%; 8.- Pinterest y Snapchat, menos de 50% de los usuarios.

Como puede observarse, Facebook es la red social de mayor predilección de la población mexicana, por lo que resulta atractivo implantar estrategias de mercadotecnia para esa red social. Otro dato importante del estudio de la AMIPICI, es el hecho de que un mismo usuario, se encuentra registrado en al menos 5 redes sociales diferentes. De igual forma es el hecho de que el tiempo promedio de acceso a Internet es de 8 horas y 01 minutos, haciendo que México ocupe el cuarto lugar a nivel mundial, en relación al número de usuarios que más tiempo dedican al uso de redes sociales. Por otro lado, un 56% de la población estudiada, reportó la búsqueda de productos y servicios en línea, de los cuales un 43% compró un producto en línea y un 27% lo hizo utilizando un dispositivo móvil (4).

Resulta fundamental para cualquier tipo de organización, incluyendo las del sector salud, el conocimiento de herramientas de mercadotecnia con las cuales debe buscar su permanencia y crecimiento en el sector, la orientación en satisfacer las necesidades de sus clientes (usuarios, pacientes), las tendencias que demanda su mercado potencial, sobre todo, la calidad con que brinda sus servicios. Si bien, la mercadotecnia en el ámbito de la salud, puede no ser bien vista, ya que tiene implícitas cuestiones de mercadeo y esto, no puede equiparse con el de ningún bien que pueda comercializarse, debido a que puede resultar poco ético, sin embargo; es necesario reconocer que el no considerarlo, es dejar de lado cuestiones básicas como la satisfacción de los clientes, lo que obliga a la diversificación, competitividad en todos los campos y sobre todo de la libre elección por parte del comprador.

El laboratorio de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias la Salud, ubicado en el campus 3, de la Universidad Autónoma del Carmen, en Ciudad del Carmen, Campeche, inicia sus operaciones en el año 2010, brindando atención al público en general con padecimientos músculo-esqueléticos, del sistema nervioso central, entre otros, por medio de terapias con agentes físicos y ejercicios terapéuticos. Es hasta el año 2012, que incorporó el uso las redes sociales (Facebook), como parte de su estrategia para la captación de nuevos clientes, sin que se haya realizado un estudio para determinar su efectividad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la influencia de las redes sociales (Facebook), en el incremento de los usuarios de nuevo ingreso que asisten al laboratorio de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Objetivos específicos

- a).- Cuantificar el número de visitas a la página web de “Fisioterapia Unacar” de la Universidad Autónoma del Carmen, así como las características sociodemográficas de los usuarios (edad y sexo), del periodo comprendido del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018.
- b).- Determinar el número de usuarios de nuevo ingreso (consultas) del laboratorio de Fisioterapia de la Universidad Autónoma del Carmen, así como las características sociodemográficas de las mismas (edad y sexo) del periodo comprendido del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018.

Método

Se trata de un estudio de tipo correlacional, longitudinal y retrospectivo. Se intentó establecer la relación que existe entre la cantidad de visitas a la página de Facebook “Fisioterapia Unacar” y el número de usuarios de nuevo ingreso al laboratorio de Fisioterapia de la UNACAR.

Se efectuó la búsqueda del total de los usuarios que realizaron visitas a la página de “Fisioterapia Unacar”, mediante la herramienta de estadísticas, que se encuentra disponible en la misma página y se

seleccionaron parámetros de 28 a 31 días a partir del periodo comprendido del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018, para estimar los resultados mensuales.

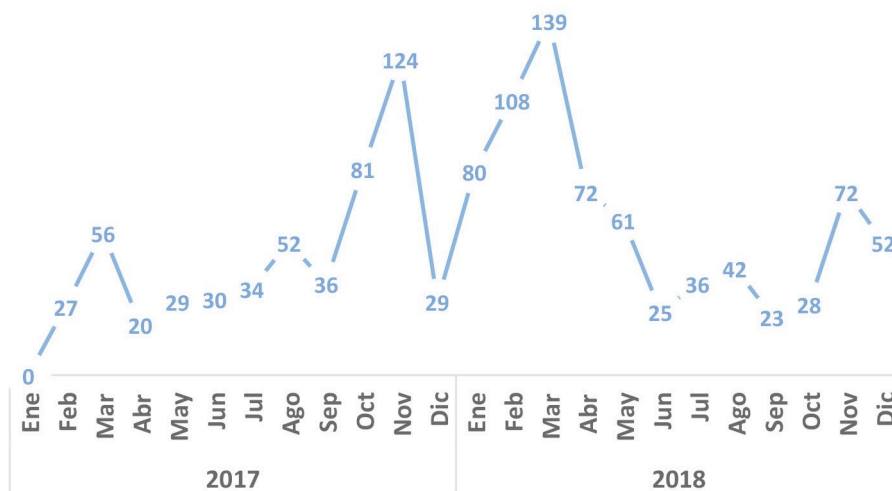
Se realizó la búsqueda de los expedientes de los usuarios de nuevo ingreso al laboratorio de Fisioterapia de la UNACAR, en el periodo mencionado y se obtuvo el número total de usuarios, así como registros sociodemográficos básicos.

Se elaboraron bases de datos en Excel 2010 para Windows, así como figuras y tablas de características estudiadas. Se utilizó el programa SSPS para Windows versión 25 para realizar el análisis de la correlación entre el número de visitas a la página “Fisioterapia Unacar” de Facebook y el número de consultas al laboratorio.

Resultados

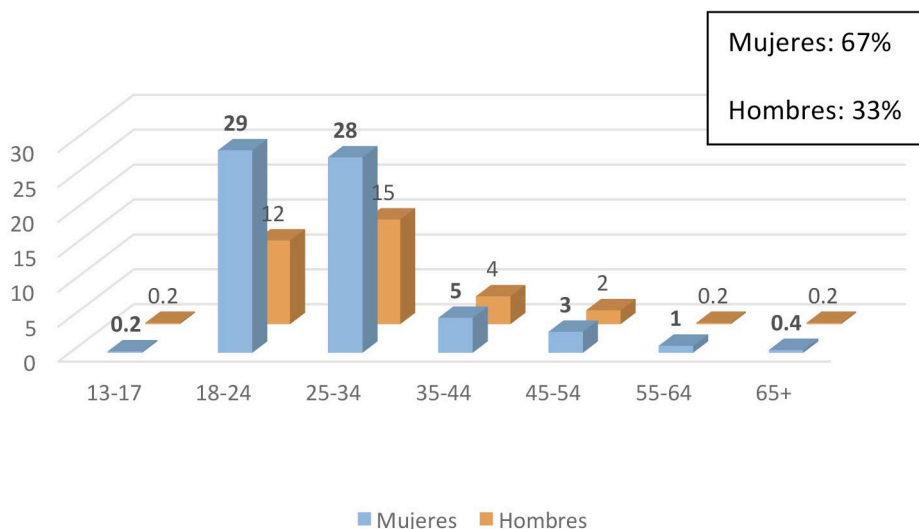
Se obtuvo un registro de 1,256 visitas a la página en el periodo comprendido del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre del 2018, de las cuales el 41.2% (518), fueron en el año 2017 y el 58.8% (738), en el año 2018. Ver figura #1.

Figura #1. Número de visitas a la página de Facebook “Fisioterapia Unacar”



Fuente: <https://www.facebook.com/FisioterapiaUnacar/>

Figura #2. Porcentajes por edad y sexo que visitan la página.

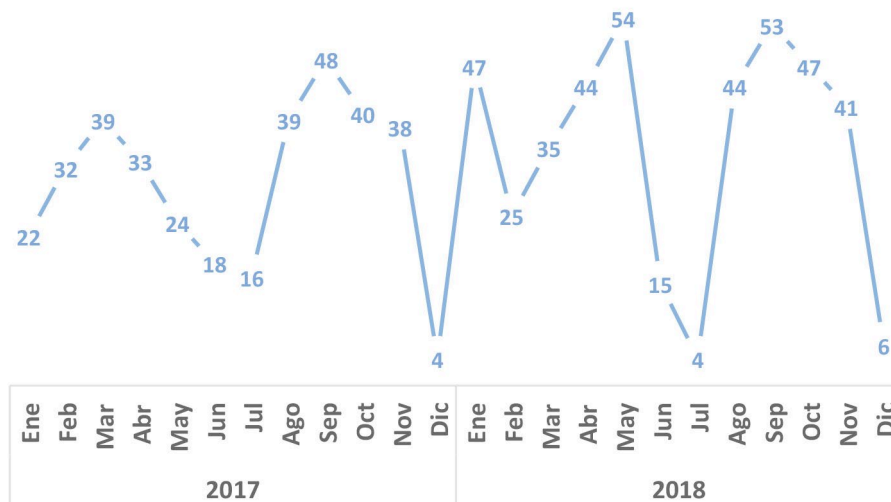


Fuente: <https://www.facebook.com/FisioterapiaUnacar/>

Las personas que más visitas realizan a la página son del sexo femenino con un 67% y el sexo masculino se ubicó con un 33%.

En cuanto a la edad, el rango que más realiza las visitas a la página son las que están comprendidas entre los 18 y 24 años, con el 29%; seguido de 25 a 34 con el 28%. Las más bajas fueron las comprendidas entre 65 y más años, con 0.4% y entre 13 y 17 con el 0.2%.

Figura #3. Número de consultas al laboratorio de Fisioterapia.



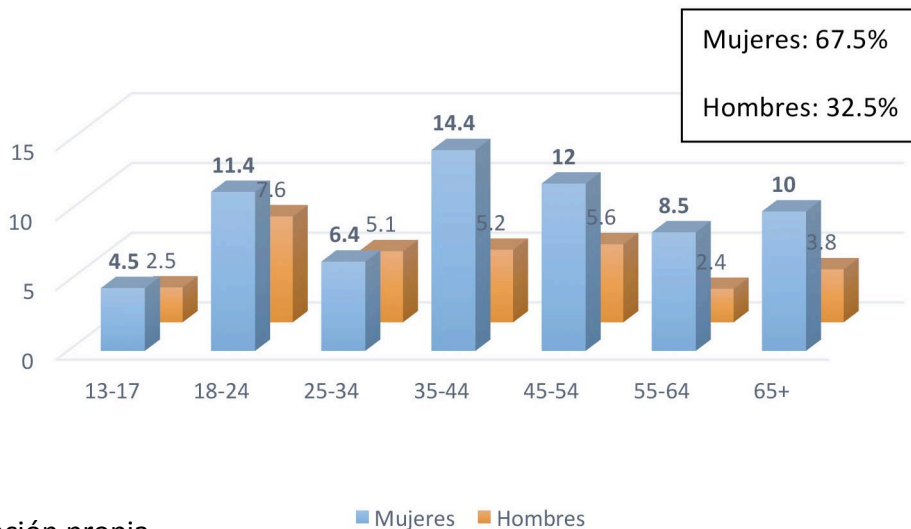
Fuente: Elaboración propia.

Se obtuvieron un total de 768 consultas en el periodo comprendido del 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018, siendo 353 en el año 2017 y, 415 en el 2018. Ver figura #3.

En la figura #4, se puede observar que el 67.5% de la población, fueron del sexo femenino y el 32.5%, masculino.

El rango de edad que más frecuencia tuvo, fue el de 35 a 44 años con el 19.6%, seguido de 18 a 24, con 19% y de 45 a 54 años con el 17.6%. El que menor registro obtuvo, fue el de 13 a 17 años, con el 7%.

Figura #4. Porcentajes por edad y sexo de los pacientes del laboratorio de Fisioterapia.



Fuente: Elaboración propia.

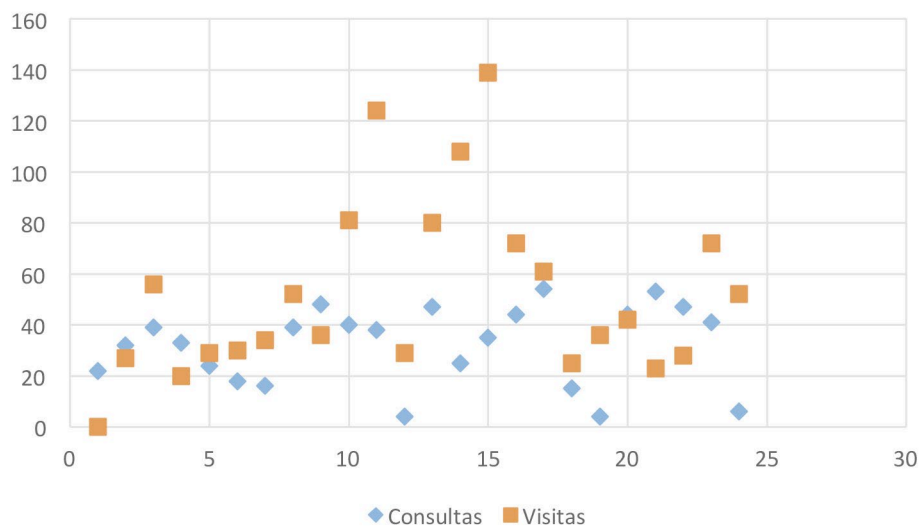
Tabla #1. Coeficiente de correlación

	Consultas	Visitas
Consultas	1	
Visitas	0.25	1

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla #1, podemos observar el resultado de la correlación entre las variables “Consultas” y “Visitas”. Si bien, es una correlación positiva, en términos concretos, es baja. Por lo que no puede establecerse que el número de visitas a la página “Fisioterapia Unacar”, sea determinante para obtener una mayor cantidad de usuarios de nuevo ingreso al laboratorio de Fisioterapia. Se deben considerar elementos multifactoriales que puedan influir en el incremento de clientes y no solamente tener este referente como único parámetro.

Figura #5. Diagrama de dispersión de las variables



Fuente: Elaboración propia.

En la figura #5, puede observarse como a medida que en determinados puntos, el número de visitas a la página aumenta, el número de consultas se mantiene con tendencia constante y sin mostrar variabilidad notable hacia la baja y, cuando el número de visitas a la página permanece constante y sin aumentos sustanciales, el número de consultas muestra un comportamiento similar.

Conclusiones

Se encontró una correlación positiva, pero baja entre el número de visitas que se realizan a la página de Facebook “Fisioterapia Unacar” y el número de usuarios de nuevo ingreso al laboratorio de Fisioterapia. Se puede decir, que el uso de las redes sociales no puede ser considerado como el único factor que incide en relación al incremento de usuarios, sin embargo; no debe menospreciarse que año con año, se muestran incrementos tanto en el número de visitas a la página, como en el número de usuarios de nuevo ingreso.

De igual forma, es importante destacar que probablemente, no sea una ventaja diferenciadora en el mercado el contar simplemente con una red social, sino que influyen aspectos de diversa índole, por ejemplo, la forma en la que se hace el uso de ella, para hacer más atractivo el servicio brindado, ya

que genera valor agregado para los clientes. Es necesario saber cómo utilizar adecuadamente esta herramienta para obtener todos los beneficios y limitantes que conlleva, tales como la privacidad, seguridad o credibilidad de los datos que contiene.

Otro aspecto fundamental es el hecho de realizar la oportuna segmentación del mercado, ya que probablemente, los clientes potenciales no estén en los canales de difusión del servicio que se utilizan actualmente.

Bibliografía

1. González González, M., Medina Quintero, J. M. y Sánchez Limón, M. L. (2015). Las redes sociales: herramienta de mercadotecnia para el sector restaurantero. *Poliantea*, 11(20). pp. 13-36.
2. Uribe, F.; Rialp, J. y Llonch, J. (2013). El uso de las redes sociales digitales como herramienta del marketing en el desempeño empresarial. *Cuadernos de Administración*, 26 (47), 205-231.
3. González, I. (2018). Usuarios de internet y redes sociales en el mundo en 2018. Recuperado el 10 de enero de 2019. <https://ilifebelt.com/usuarios-internet-redes-sociales-mundo-2018/2018/02/>
4. Asociación de Internet (2017). Estudio de comercio electrónico en México. Recuperado el 14 de enero de 2019. <https://www.asociaciondeinternet.mx/es/component/repository/Comercio-Electronico/Estudio-de-Comercio-Electronico-en-Mexico-2017/lang,es-es/?Itemid=>

Capítulo 10: Innovación, Invención y Mercadotecnia en Salud

Sonia López Villarreal¹, Osvelia Rodríguez Luis¹
Laura Villarreal García¹, Abelardo Chávez Montes¹
Akemi Nakagoshi Cepeda¹, Juan Solís Soto¹ y Concepción Espinosa Rivera¹

Introducción

La mercadotecnia o marketing consiste en un conjunto de principios y prácticas que se llevan a cabo con el objetivo de aumentar el comercio de un servicio o un producto, en especial la demanda de éste. A través de los años, se ha vuelto una prioridad para los investigadores y los países la invención e innovación de dispositivos en el área de la salud y la mercadotecnia juega un papel muy importante en el posicionamiento de un invento o patente en el mercado ya que fortalece y empodera al investigador y al país al ofrecer una solución a una demanda de salud o un problema de salud pública.

La propiedad intelectual en México, comprende tres categorías: los derechos de autor y derechos conexos, los derechos de obtentor y los derechos de propiedad industrial. Los derechos de autor y derechos conexos, se reconocen respecto de la creación de las obras literarias y artísticas, competencia del Instituto Nacional de Derechos de Autor (INDAUTOR); los derechos de obtentor se reconocen respecto de mejoras a variedades vegetales, a través del Servicio Nacional de Inspección y Certificación de Semillas (SNICS), mientras que a través de los derechos de propiedad industrial se protegen dos grandes rubros de creaciones: los Signos Distintivos y las invenciones a través del Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI).

La inversión en el sistema de salud implica, de manera casi invariable, la introducción de innovaciones tecnológicas en ese campo y pone de manifiesto la necesidad de sustituir paulatinamente el enfoque reactivo, es decir, curativo utilizado tradicionalmente, por una visión preventiva de la salud. Cabe señalar que en materia de innovación, México se encuentra entre los últimos lugares, considerando los factores que se toman en cuenta para la elaboración del Índice de Competitividad Global.¹

Michèle Lambert en 1995 describe a la invención como la creación de nuevos dispositivos, objetos, ideas o procedimientos para conseguir un objetivo humano. Es cualquier cosa producida por una persona que tenga la característica de ser relativamente nueva y única.

En el área de la salud, los dispositivos médicos, a diferencia de los medicamentos, están presentes en todos los procesos de atención a la salud, es decir, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente. Se vuelve, por lo tanto, un reto, no solo el desarrollo, sino especialmente la evaluación de dichos dispositivos. México es el quinto exportador global de dispositivos médicos, en parte porque los costos de fabricación son, en el país, cerca de 23% más bajos que en Estados Unidos.

En términos de innovación se encuentra, en primer lugar, el dispositivo en sí mismo, que tiende a la miniaturización, al funcionamiento inteligente y a que su control esté cada vez más, en manos del propio paciente. En segundo lugar cabe citar la innovación de las aplicaciones, un ejemplo de las cuales es la evolución en las funciones del marcapasos cardiaco, que originalmente estaba diseñado, solo para enviar pulsos al corazón y actualmente desempeña una cantidad de tareas mucho mayor. Por otro lado, la corriente innovadora alcanzó, a los sistemas de comunicación entre diferentes dispositivos, permitiéndoles retroalimentarse de manera recíproca, para optimizar su funcionamiento, así como formar sistemas locales que facilitan la organización general de los sistemas de salud.²

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. México

En cuanto a los dispositivos en el área de prevención, éstos son de gran importancia pues previenen un accidente de tipo laboral o un contagio. Como un ejemplo de esto sabemos que, en el mundo, cada año, 35 millones de trabajadores de la salud tiene riesgo de sufrir HOP (Heridas por Objetos Punzocortantes). Las lesiones laborales por accidentes con la aguja de un paciente son causa importante de exposición a enfermedades mortales por contagio de patógenos contenidos en la sangre como el virus de la hepatitis B, C o VIH. Por estos motivos, es indispensable el uso e invención de dispositivos que permitan al profesional de la salud manipular los objetos punzocortantes de forma segura eliminando o previniendo el riesgo laboral de un accidente.

Un invento debe protegerse a través de una patente, la cual constituye el título certificado o documento oficial que emite el estado a través de la oficina de patentes, siempre y cuando la invención para la que se solicita cumpla con los requisitos establecidos en la legislación por un plazo de veinte años contados a partir de la solicitud.

Las diferentes etapas de la invención son las siguientes:

1. Necesidad. Ésta puede ser propia o de un grupo. Si es propia, su satisfacción es considerada una ociosidad, ya que realmente sólo llega a cubrir un requerimiento personal. Si es de una colectividad, tiene la posibilidad de que su solución se convierta en una innovación. Las necesidades están presentes en todo momento y generan un proceso de conocimiento menos objetivo.
2. Realización de una investigación. Aquí se lleva a cabo el proceso descrito en el tema anterior.
3. Generación de una idea. Posible solución que cubra la necesidad previa.
4. Factibilidad de la idea. Se realiza una inspección de la idea para determinar si ésta se puede llevar realmente a la práctica o tan sólo se queda como algo imaginario, si es así, entonces se tiene que generar otra posible idea. Esta etapa se comporta como una barrera que, si se supera, permitirá seguir adelante en el proceso.
5. Prototipo. Se maneja una primera versión de objeto real, para de manera práctica evaluar los pros y los contras, y pasar a la siguiente etapa con el menor número posible de errores de diseño.
6. Difusión de la invención. Es muy importante dar a conocer a la sociedad la invención generada. Si cumple como la respuesta de una problemática común tiene la posibilidad de convertirse en una innovación, si no, queda como una invención.

Entonces, para que algo sea innovador, es necesario que sea de utilidad para un grupo y lo más importante es que cubra por completo toda una necesidad, o sea, no puede haber una solución parcial, esto es lo que hace a la innovación un proceso de constante renovación.

Objetivo

Analizar y describir la experiencia en el proceso de invención, registro de patente y estudio de marketing de dispositivos en el área de la salud, que impacten en la solución de un problema de salud pública y permitan el empoderamiento del profesional y su país.

Método

Para este proyecto de divulgación se comentará la experiencia de protección y registro de una patente, la cual parte de la identificación de algunas áreas de oportunidad en clínica de odontología. Primariamente, se identificó la necesidad en la clínica al observar que no existe un dispositivo para la colocación de anestesia con jeringa tipo Carpule en forma segura por parte del odontólogo o el profesional de la salud correspondiente, lo cual lleva al riesgo de sufrir un accidente punzocortante a través de la aguja y por lo tanto el contagio de enfermedades. Se realizó la investigación y búsqueda previa y generación de idea, así como, un estudio de mercado para evaluar la factibilidad. Se diseñó un dispositivo para el manejo de jeringas tipo Carpule caracterizado por un diseño ergonómico para evitar un accidente pun-

zocortante ya que garantiza que las manos del profesional no están en contacto o en proximidad con la aguja en ninguna de las etapas del procedimiento de anestesia:

- 1) Al colocar la jeringa tipo Carpule.
- 2) Al retirar el tapón para anestesiarse al paciente.
- 3) Al colocar la tapa después de anestesiarse al paciente.
- 4) En caso de requerir reforzar el procedimiento de anestesia en el paciente al retirar y/o recolocar el tapón en la aguja.
- 5) Al concluir el procedimiento de anestesia y colocar por última vez el tapón.
- 6) Al desechar la aguja en el contenedor y en el recipiente de desechos contaminados.

Se procedió a registrar y proteger la invención y diseño a través del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI). Se elaboró el prototipo en el Centro de Aeronáutica de la Universidad Autónoma de Nuevo León para finalmente efectuar la evaluación pre-comercial, mediante test de prueba piloto definiendo el marketing eficiente, para la difusión y posicionamiento de la invención.

Resultados

Se llevó a cabo el proceso de registro de acuerdo a las leyes mexicanas del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), con un tiempo de proceso total de cuatro años, en los cuales se pasó por varias etapas que resultaron en la consolidación del proyecto y otorgamiento de título de la patente con el No. 351710 Dispositivo auxiliar para el manejo de jeringas tipo Carpule durante el procedimiento de anestesia odontológica. La patente resultó exitosa en diseño a través del test de prueba en el 100% de los casos.

Conclusiones

La innovación, la invención y la mercadotecnia en salud, comprende todas aquellas etapas científicas, técnicas, comerciales y financieras, necesarias para el desarrollo y comercialización con éxito de dispositivos, productos nuevos, o con mejores características, la utilización comercial de nuevos, o mejores procesos y equipos, o la introducción de un nuevo servicio.

Como investigadores y profesionales de la salud requerimos estar atentos a generar propuestas de innovación que permitan mejorar y resolver problemas de salud pública, el ahorro en recursos y mejoren las condiciones de salud, disminuyendo el riesgo laboral.

Sin embargo, los retos en este campo consisten en evaluar a tiempo la calidad, eficacia y costo de los nuevos dispositivos, debido a la rapidez de los cambios; en vigilar el funcionamiento que muestran en el tiempo para prevenir eventuales fallas; y en implementar estrategias de mercadeo, para transitar de la invención, registro y/o la innovación, a la implementación y distribución de las patentes contribuyendo al empoderamiento del área de la salud, de los inventores y de los países.

Diseñar, transferir e implementar innovaciones en los sectores públicos y privados para la generación de actividades de valor, a través de la intervención de agentes de cambio, para el empoderamiento y desarrollo emprendedor.

Bibliografía

1. Modelos y guías de equipamiento médico. México, D. F., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
2. Sábada I. 2007. Sociología de la Propiedad Intelectual en la era global: de las controversias científico-técnicas a los conflictos sociales (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid

3. López SM, Villarreal LE, Rodríguez OE. (2017). Título de Patente No. 351710. México. IMPI. (2005).
Presentación del Formulario de Patentes y Modelos de Utilidad, (180).
Retrieved from http://www.inpi.gov.ar/templates/patentes_presentacionf.asp
4. Nieto R, Juárez C, Cabello A. Overview of sharps injuries among health-care workers. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2015;53(3):356-61
5. Vieira M, Itayra M, Dal Castel R. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mar.-abr. 2011;19(2).

Capítulo 11: Actividad lúdica para medir la violencia en relaciones de pareja, mediante nuevas tecnologías

Diego Eduardo Menéndez Fierros¹
Antonio Becerra Hernández¹

Introducción

La atención de los asuntos de salud física y emocional cobran una importancia relevante dentro de la Mercadotecnia de la salud, ya que, como sociedad, estamos inmersos en situaciones que impactan sustancialmente en la vida de todos. Además de la condición económica en las distintas esferas de un país, las políticas gubernamentales, cada vez se ven más exigidas a alinear sus esfuerzos, para atender añejas o nuevas necesidades, surgidas a partir de los cambios drásticos en el mundo, condiciones de desigualdad, sobrepoblación, contaminación ambiental, inseguridad, impunidad, corrupción, etc., que por desgracia impactan de manera directa o indirecta en diversas esferas de la sociedad.

Aunado a ello, las nuevas tecnologías traen consigo cambios importantes (en la forma de) interacción de los seres humanos. Sin embargo, no podemos pasar por alto que las denominadas nuevas tecnologías también develan parte de la condición humana que nos marca como individuos y sociedad.

Al respecto, es de interés en el presente reporte de investigación, dar a conocer algunos hallazgos referente a las relaciones de pareja, las formas de convivencia, el compromiso y la reflexión pertinente en torno a la violencia que puede circular de forma manifiesta o latente en éstas, a través de una actividad lúdica diseñado para tal efecto.

Objetivo

Identificar mediante la actividad lúdica denominado “Violentrópolis” si en una relación existe un integrante que, haciendo uso de las nuevas tecnologías, ejerce violencia o recibe violencia de su pareja, para prevenir futuras consecuencias o atender las actuales.

Método

Teniendo como base la escala del violentómetro, se diseñó una actividad lúdica que consta de 21 tarjetas; 9 incluyen preguntas directas que permiten identificar signos de violencia; 4 consideran casos de violencia en redes sociales; 2, imágenes de violencia entre parejas, 1 solicita decirle a su pareja cinco cosas que le gustan de ella, siempre mirándola/o a los ojos y, la carta restante, pide decirle frente a frente lo que le disgusta de ella o él. Para esto, se utilizaron: un dado, tablero de juego, imágenes, cartas del juego, fichas, hojas blancas, lápiz y cuestionario.

Las preguntas formuladas a las parejas fueron las siguientes:

- 1.- ¿Sientes que has violentado a tu pareja mediante las redes sociales?
- 2.- ¿Con qué frecuencia censuras fotos que tu pareja publica y comparte a través de redes sociales?
- 3.- ¿Obligas a tu pareja a que te muestre un chat con otra persona?
- 4.- ¿Interfieres en las relaciones que tu pareja tiene con otras personas en internet?
- 5.- ¿Con qué frecuencia exiges a tu pareja que demuestre con su geolocalización dónde se encuentra?

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

- 6.- ¿Controlas los comentarios que tu pareja escribe en redes sociales?
- 7.- ¿Espías el celular de tu pareja?
- 8.- ¿Con qué frecuencia la/lo insultas mediante mensajes multimedia?
- 9.- ¿Presionas a tu pareja para que te de la contraseña de sus redes sociales como muestra de confianza y amor?

Resultados

El juego permitió a las parejas identificar situaciones de riesgo en su relación y las llevó a la reflexión para considerarla posibilidad de acudir a terapia de pareja o, inclusive, terminar su noviazgo.

Conclusiones

Las tecnologías de la información evolucionan a pasos vertiginosos y nos han permitido como sociedad, entre otros resultados o beneficios, “facilitarnos” la vida, mantenernos en comunicación inmediata, estar informados sobre lo que acontece alrededor del mundo. Sin embargo, en la condición humana, se identifica que la violencia y la violencia de pareja, también se presentan con el uso de los dispositivos móviles. El diseño y empleo del juego “violentropoly” permite identificar en las relaciones de pareja situaciones de riesgo, para prevenir impactos en la salud emocional de las personas. Desde la Mercadotecnia de la salud, como interdisciplina, es posible tener en cuenta estos hallazgos y levantar la mirada para evitar repetir patrones de conducta que afectan la interacción humana. Con ello, las personas afectadas están en la posibilidad de asumir y afrontar su problemática de violencia de pareja, independientemente de las políticas públicas implementadas o próximas a desarrollarse para tal efecto.

Bibliografía

1. Castro, Roberto. Encuesta sobre la dinámica de las relaciones en el noviazgo entre las estudiantes de preparatoria de una escuela privada. México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2007.
2. Corsi, Jorge. Violencia Familiar: una mirada abarcativa sobre un grave problema social. Paidós: Buenos Aires, 1994.
3. Faur, Eleonor. “¿Escrito en el cuerpo?” en Susana Checa (comp.). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Paidós, 2003.
4. González, Rosaura y Juana Santana. Violencia en parejas jóvenes: análisis y prevención. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001.
5. Lagarde, Marcela. Democracia genérica. México: Repen- México, 1994.

Capítulo 12: Promoción de la salud mental a través del centro de estudios integrales y desarrollo humano: un espacio de emprendedores

Aline Aleida del Carmen Campos Gómez¹, Antonio Becerra Hernández¹, Mariana Morales Alejandre¹ y Catherine Braqcbien Noygues¹

Introducción

En estudios recientes, se ha confirmado que el 12 % de la carga de morbilidad en el mundo, tiene que ver con problemas de salud mental, el 40% de los países no disponen de una política de salud mental y en más del 30% no existe un programa específico para cubrir esta necesidad.

Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, cuyo lema este año es *“La salud mental en el lugar de trabajo”*. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general.

Un ejemplo de necesidad de salud pública es la depresión, es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona. Provoca angustia mental y repercute en la capacidad de las personas para llevar a cabo las tareas cotidianas, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos. En el peor de los casos puede provocar el suicidio. Afortunadamente la depresión se puede prevenir y tratar. Con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud pone en marcha una campaña de un año de duración cuyo lema es «Hablemos de la depresión».

Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y los adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo. Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales o intencionales.

Los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa. La estigmatización y la discriminación de que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

La ignorancia y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están muy extendidas. Pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo. Existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor. La actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental; y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública, nos lleva a que los profesionales de la salud mental y bienestar emocional, trabajemos en estrategias y proyectos en beneficio de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia de la salud mental quien define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, es a partir de estas necesidades que las instituciones educativas y la mercadotecnia en salud, se interesan en promover servicios de salud y es por eso la creación de la iniciativa privada de proponer centros de formación humana que estén al servicio de la salud mental.

Sabemos que uno de los principales problemas de salud pública está reflejado en enfermedades psicosomáticas, por lo que los profesionales de la salud mental, buscamos crear espacios para prevenir situaciones de riesgo y promover los servicios enfocados a estas realidades, por medio de la capacitación de licenciados en psicología que recientemente hayan egresado, para aplicar sus conocimientos y, al mismo tiempo, crear un espacio de emprendedores, ofreciendo los servicios de salud mental; así como generar un posicionamiento social y difundir las bondades de la profesión. La mercadotecnia social es un elemento valioso para la promoción de los programas de salud (Fisher y Espejo, 2011); estos se pueden ofertar mediante el uso de herramientas psicológicas e impartición de talleres en los diferentes sectores de la población utilizando los escenarios adecuados para tal efecto (Secretaría de Salud, 2010). Sabemos que, en muchos sectores derivados de salud, la psicoterapia sigue siendo un elemento cuestionado y en ocasiones marginado, pues los servicios asistenciales de salud tienden a emplear únicamente medicamentos para atender psicopatologías (García y Fernández, 2015), consideramos entonces que las estrategias de mercadotecnia social pueden coadyuvar a comprender y considerar la psicoterapia como un elemento indispensable en la atención de los malestares psíquicos.

El Centro de Estudios Integrales y Desarrollo Humano en Tabasco, México está orientado a satisfacer las necesidades de psicoterapia, capacitación en las diferentes áreas de la psicología con énfasis en la psicología clínica, buscando la satisfacción de los usuarios y prevenir riesgos para su crecimiento emocional.

Objetivo

Ofrecer capacitación y psicoterapia a todas las personas que soliciten servicios en salud mental.

Método

Se tomaron como referente, grupos de adolescentes jóvenes y adultos participantes que actualmente acuden al Centro de Estudios Integrales de Desarrollo Humano para atención, de los cuales el grupo de adolescentes está conformado por 20 participantes de ambos sexos que una vez al mes acuden a un taller grupal impartido por psicólogos. En cuanto al grupo de jóvenes son 10 participantes de 22 a 35 años de ambos sexos quienes además de participar en el taller también reciben terapia individual. Finalmente se considera al grupo de 5 parejas.

Se llevan a cabo entrevistas psicológicas de valoración para establecer un tratamiento a corto, mediano y largo plazo, así como detección de necesidades en habilidades sociales, fortalecimiento de la autoestima, trabajo constante en la autonomía y seguridad personal, control de impulsos y mejorar su comunicación, a través de talleres grupales, a adolescentes, jóvenes y adultos enfocados al trabajo reflexivo y participación activa en cada uno de los integrantes.

Resultados

Los usuarios han percibido cambios positivos en su vida derivados del servicio de atención psicológica, así como en la participación en talleres, ya que la mayoría expresa que es de gran ayuda contar con herramientas y recursos personales que antes desconocían, han externando que a partir de vivir experiencias significativas de forma individual y grupal les ha sido posible autoevaluarse y reconocer sus áreas de oportunidad para seguir comprometidos con ellos mismos. Las parejas consideran de alta relevancia el trabajo personal y grupal pues coinciden que les ha servido para mantenerse en su relación y no desistir.

Conclusiones

El interés de crear un espacio de formación humana y será atendido por licenciados en psicología de reciente egreso nos compromete en dar una atención psicológica a poblaciones vulnerables en situaciones de duelo o conflictos emocionales, permite a los usuarios permanecer en un espacio vital de crecimiento personal y resolver sus necesidades emocionales, comprometerse al seguimiento de su salud mental y la de familiares, sí es el caso, para disminuir la violencia, desintegración familiar, suicidio, embarazos en adolescentes, deserción escolar, entre otros.

Este centro de desarrollo humano ofrece un espacio para los psicólogos interesados en servir a la población y se une a la campaña de prevención y promoción de la mercadotecnia en salud buscando emprendedores de la psicología interesada y comprometida con la salud mental.

Bibliografía

1. Fisher, L., Espejo, J. (2011). *Mercadotecnia*. Mc Graw Hill. México D.F.
2. García, J., Fernández, N. (2015). Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. *SEMERGEN*, 41 (40), pp. 214-220. DOI: 10.1016/j.semerg.2014.01.011
3. Secretaría de Salud. (2010). *Manual de Mercadotecnia Social en Salud*. Dirección General de Mercadotecnia Social en Salud. México, D.F. Recuperado en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Manual_Mercadotecnia.pdf
4. De la Salud, A. M. (2002). OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra, 21.

Capítulo 13: Aplicaciones móviles para la detección oportuna del cáncer de mama

Verónica Guadalupe Carrera Paz¹, Elizabeth Aguilar Aristigue¹
Adelfo García Jiménez¹ Vicente Ramírez Gabriela¹
Elías Córdova Sastré¹ y Viviana Valencia Ramón¹

Introducción

El cáncer de mama es uno de los retos de las instituciones de Salud; Es la primer causa de muerte en mujeres de 35 a 55 años y una incidencia a la alza; la autoexploración mamaria (AEM) como estrategia de detección secundaria se realiza de manera insuficiente y de forma incorrecta (Martínez, 2014; Gutiérrez, 2011; Cuervo, 2013) reportan entre 69 – 76% de mujeres que se la realizan; pero con técnica incorrecta en la mayoría de los casos.

La autoexploración mamaria es un examen que se lleva a cabo mensualmente para detectar cambios en la forma o textura de las mamas, areola o pezón, el engrosamiento de la piel o la aparición de masas, secreciones del pezón, piel escamosa o hinchada, es una estrategia que ayuda a diagnosticar de forma precoz el cáncer de mama (Cama). Existe una baja tasa de adhesión a la autoexploración relacionado con las creencias religiosas o culturales y el bajo nivel educativo y económico. Los factores que influyen de forma positiva son tener mayor nivel educativo, trabajo, aumento de la edad (menopausia) y estado civil (mayor apoyo a través del cónyuge). Entre las razones por las que las mujeres no llevaban a cabo la técnica destacan el déficit de conocimiento, la falta de voluntad, el olvido, la ausencia de tiempo, la vergüenza, el miedo y la falta de percepción de necesidad de realizarlo en ausencia de enfermedad. El 74.2% de las mujeres obtienen información para la AEM en internet y muestran interés en aplicaciones móviles para la prevención del cáncer de mama (Terán, 2017).

Las estrategias de educación y promoción a la salud de la mano de los avances tecnológicos como las aplicaciones móviles para la prevención del cáncer podrían favorecer el empoderamiento de las mujeres para mejorar la realización de la AEM usando Apps que favorezcan la toma de decisiones en la correcta realización de la misma.

Hoy día la Web proporciona información sanitaria para profesionales, pacientes y como medio para que este se empodere, (Aranton, 2014), tomando en consideración que en México el 79.1% de la población es usuaria de internet y de ellas el 51% son mujeres. (Asociación de internet.mx, 2018). En los últimos años se ha visto el desarrollo constante en las tecnologías de las telecomunicaciones, con un uso creciente de dispositivos móviles inalámbricos en la población, con la capacidad de acceso a información en todo momento, incluyendo los temas en salud.

Van V, Beaujean D, (2013) definen por Apps aquellas aplicaciones de software que funcionan en teléfonos móviles, tabletas o computadoras y que son distribuidos a través de servicios o tiendas como la “iTunes store” (para iPhone y iPad), “Google Play” (para Android); estas pueden ser generadas por desarrolladores de tecnologías móviles o por individuos u organizaciones.

Las aplicaciones móviles en salud dirigidas a teléfono inteligentes han visto un crecimiento exponencial en el mundo, siendo utilizadas por pacientes y por personal prestador de servicios de salud. (Santamaría, 2015).

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Hospital Ángeles Villahermosa, México

Así como las Apps en salud pueden brindar grandes beneficios, es importante considerar algunas de sus desventajas y riesgos. Por ejemplo, que, en cuanto a su generación, éstas son de creación libre y no existe ningún organismo que las regule, de tal manera que se encuentran en el mercado algunas que cuentan con información errónea; además, en la mayoría predomina el idioma inglés. (Bravo s/f).

El crecimiento de las Apps ha sido sorprendente, captando la atención sobre el análisis del consumo de las mismas para mejorar su recomendación y la satisfacción del usuario, soportado en la búsqueda de información (Rojas-Potosí, 2014) y es uno de los campos tecnológicos con más innovación; se estima cerca de 700 000 Apps disponibles, en salud se alcanza las 20, 000, con descargas de 44 millones anuales; para 2018 se estima que cerca del 50% de los 3. 4 billones de dispositivos móviles utilizarán Apps en salud. Con un crecimiento económico hasta de 400 000 millones de dólares. (Santamaria, 2015).

El término empoderamiento (*empowerment*) se refiere a un proceso que facilita el cambio conductual, favorece la responsabilidad y la toma de decisiones informadas de los pacientes. El empoderamiento se orienta a fomentar el autocuidado en salud y la autoeficacia. Como profesionales de la salud es nuestra tarea facilitar conocimientos y habilidades para que el paciente sea capaz de escoger entre las opciones que tiene al alcance y actuar en consecuencia (Domínguez-Cruz, 2017), para que el usuario asuma un cambio de actitud para su autocuidado, preservación y restitución de su salud, (Acuña, 2014). Para Kabber (1999) el empoderamiento implica un proceso en el que las personas desarrollan la capacidad y adquieren los medios necesarios para elegir, comienzan a establecer valores y preferencias personales que pueden desafiar las normas sociales tradicionales. Por ende, el empoderamiento no sólo implica tener acceso a recursos, sino que frecuentemente opera a través de la 'obtención de control' sobre los recursos (toma de decisiones, elección, propiedad, confianza en uno mismo) (Kishor, 1999; ZaSathar&Kazi, 1997).

Si una persona o un grupo se empodera, posee la capacidad de elegir efectivamente (Pick, 2007).

Objetivo

Evaluar las aplicaciones móviles gratuitas disponibles para la autoexploración mamaria.








Método

Se realizó una investigación documental en el mercado de las apps para la autoexploración mamaria como herramienta de detección oportuna de cáncer de mama, de las cuales se evaluaron sus características en cuanto a tipo, accesibilidad, idioma, usabilidad, contenido, uso de multimedia, interactividad, sistema operativo.

Resultados

Se encontraron en Google Play 41 aplicaciones (app's) disponibles tanto para sistema operativo Android como iOS enfocados a la detección oportuna del cáncer de mama, a continuación, se presentan 18, algunas de ellas permitirían a las usuarias mejorar su empoderamiento para la adopción de la AEM en forma rutinaria en su vida, como estrategia de prevención secundaria de Cama.

Nombre de la app	Icono	Tipo	Idioma	Descripción de app	Disponible para Sistema operativo:
Autoexploración mamaria		Informativa	Español	No hace uso de recursos multimedia	Android
Breast Test		Monitoreo	Inglés Húngaro Lituano Polaco Francés	Si hace uso de multimedia Tiene calendarización y alarma	Android/iOS
SensiFem		Monitoreo / comercial	Español	Promueve el uso de un producto para la AEM, usa diversos recursos multimedia, permite calendarizar, guardar anomalías de la aem,	Android/iOS
Knowyourlemons		No explorada	Inglés	Solo disponible para habitantes de EEUU	Android/iOS
Autoexamen de mamas		Informativa	Inglés	Incluye videos	Android
Brexa		Informativa/comercial	Inglés	Usa imágenes de AEM, permite elegir médicos para la realización de mamografía	Android/iOS
CheckYourself!		Informativa	Español	Usa recursos multimedia para los pasos de la AEM, permite calendarizar	Android/iOS
Rosa de prevención		Monitoreo	Español	Registra anomalías, estudios, realización de AEM, los factores de riesgo. Aval de la Dra. Marcela Polizzi (Oncóloga), perteneciente a la Fundación OncoSalud	Android
BreastExamination		Monitoreo	Inglés	Dirigida a personal de salud. Solicita inicio de sesión Registra datos de la AEM	Android
Self-Check BRC		Informativa	Inglés	Dirigida a usuarias con dx de Cama	Android
PadAware		Recordatorio	Español	Tiene enlace con noticias sobre Cama	Android/iOS

Nombre de la app	Icono	Tipo	Idioma	Descripción de app	Disponible para Sistema operativo:
Omakuu		No explorada	Finés	Usa imágenes	Android
Pandekha-BreastCancerSeftExamination		Monitoreo	Inglés	Usa imágenes, videos, enlaces a noticias sobre cama	Android
El cáncer de mama		informativa	Inglés	Usa videos sobre signos de alarma de Cama	Android
DearMamma lucha contra el cáncer de mama		Monitoreo	Español	La pueden usar mujeres que no sepan leer, usa videos con audio para informar señales de alarma, permite la toma de fotografías para el historial de AEM	Android
Cáncer de mama-Síntomas y causas		Informativa	Español	Presenta información sobre que es el Cama, causas, síntomas, prevención.	Android
BreastCheckNow		Monitoreo	Inglés	Permite establecer dentro de un plan de actividades diarias la AEM	Android/iOS
Modo Rosa		Monitoreo	Español Inglés	Emite alertas para AEM, cita de control ginecológico, usa videos, imágenes para hacer el AEM	Andrioid

Conclusiones

Las aplicaciones móviles se clasifican en: informativas, de recordatorio y de monitoreo, su uso favorece el empoderamiento de las mujeres jóvenes para realizar acciones de autocuidado.

Bibliografía

1. Arantón, A. L. (2014). Prescribir links y Apps para empoderar a los pacientes. *Enferm Dermatol*; 8(22): 44-49. Recuperado de <https://www.anedidic.com/descargas/dermared/22/prescribir-links-y-apps.pdf>
2. Asociación Mexicana de Internet A.C (2018). 14° Estudio sobre los Hábitos de los Usuarios de Internet en México: Estadística Digital. *Asociación de Internet.mx*. Recuperado de [file:///C:/Users/Mtro%20Adelfo/Downloads/14+Estudio+sobre+los+Habitos+de+los+Usuarios+de+Internet+en+Me_xico+2018+versio_n+pu_blica%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Mtro%20Adelfo/Downloads/14+Estudio+sobre+los+Habitos+de+los+Usuarios+de+Internet+en+Mexico+2018+versio_n+pu_blica%20(2).pdf)
3. Cuervo Rivera, E. (2013). *Autocuidado de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama* (Doctoral dissertation).
4. Gutiérrez, D. A., Flores, G., Rupher, F., Gutiérrez Choque, J. C., Guzmán Delgadillo, F., & Santander López, A. (2011). Conocimiento, actitud y práctica del autoexamen mamario en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad Mayor de San Simón Gestión 2011. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15(2), 22-25.
5. Halabe-Cherem J., Hamui-Sutton, L. (2018). La consulta médica por WhatsApp: un deterioro en la relación médico paciente. *MedInt Méx.*;34(4):619-621. DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.2137>

6. Kryski, L. &Goldfarb, G. (2018). La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, e-mail, portales. El desafío del pediatra en la era digital. *Arch Argent Pediatr*, 116(4):554-559.
7. Martínez, M. I. C. (2014). Sustentante Conocimiento y percepción de la autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 60 años de edad en la Clínica de Consulta Externa Ixtlahuaca, ISSEMYM / 2014
8. Mosa, A. S., Yoo, I., Sheets, L.A. (2012). Systematicreview of Heathcareapplicationsforsmartphones. *BMC MedInformDecisMak*; 12(67)
9. Rojas, P., L., KrugWives, L., Fernández, A., & Corrales, J. (11). Análisis del comportamiento contextual del usuario y su relación con el consumo de aplicaciones móviles. *Revista Ingenierías Universidad De Medellín*, 13(24), 165-179. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.22395/rium.v13n24a11>
10. Santamaría, P. G. & Hernández, E. R. (2015). Aplicaciones Médicas Móviles: definiciones, beneficios y riesgos. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 31(3): 599-607. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7622/8319>
11. Terán, M. O., Moreno, M. M. & Chávarri, C. I. (2018). Autoexploración mamaria en el cáncer de mama. *Metas Enfermdlc*, 20 (10), 60-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6198937>
12. Uscátegui, P. R. M. (2016). Las aplicaciones móviles utilizadas en nutrición. *PerspectNutHum*, 18(2) 137-140. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082016000200137
13. Van Velsen L., Beaujean, D. J. & van Gemert-Pijnen, J. E. (2013) Why mobile health appover load drives uscrazy, and howtorestorethesanity. *BMC MedInformDecisMak*2013; 13:23. DOI: 10.1186/1472-6947-13-23

Capítulo 14: EmployerBranding. Gestión del talento humano en las instituciones de salud pública en México

Teresa del Jesús Brito Cruz¹
Javier Rivera Domínguez¹

Introducción

En la actualidad en el ámbito de las Instituciones de Salud Pública en México existe un área de oportunidad enfocada a potencializar el Factor Humano que integran los servicios de Salud. La Gestión de Recursos Humanos posee la tendencia actual de direccionar su atención a la Gestión del talento humano dentro de las organizaciones.

El EmployerBranding es la herramienta idónea para ofrecer una oportunidad para captar a profesionales de la Salud que generen un ambiente laboral favorable y que proyecten hacia el mercado una perspectiva positiva de su centro de trabajo, con base a un proceso de construcción interaccional que incluye la motivación laboral, el desarrollo de un plan de carrera y una serie de acciones enfocadas a la capacitación que brinden un desarrollo profesional y personal de quienes integran las Instituciones de Salud, generando con ello retos para innovar y trascender en materia de Salud Pública.

Las Instituciones Públicas de Salud en México requieren configurarse mediante la construcción social de percepciones colectivas que brinden un empoderamiento en base a la adquisición de un ambiente laboral favorable.

Si bien es cierto es necesario identificar que la organización constituye el punto de convergencia de innumerables factores de producción, es decir, de recursos productivos que deben ser empleados con eficiencia y eficacia¹.

El factor humano es pieza esencial en el desarrollo de la marca de las instituciones, atraer a los mejores talentos, mediante una buena estrategia de comunicación, hace que las instituciones consoliden equipos de trabajo que se direccionen al logro de objetivos organizacionales y que empoderen a los servicios que brindan en la mente de los consumidores.

Es necesario entonces determinar que para los profesionales de la salud los centros de trabajo requieren de estrategias mercadológicas que le brinden espacios para generar lo que hoy se denomina el marketing de los recursos humanos "EmployerBranding" el cual tiene como objetivo potenciar el papel de los empleados satisfechos, sienten el cliente interno un elemento esencial, el cual contribuye al crecimiento de la organización y el cual sirve para atraer nuevo talento y esparcir en el mercado laboral los valores, la filosofía y posicionamiento de la Institución, el cual lo adquiere a través de las referencias de quienes allí colaboran.

Objetivo

Brindar una perspectiva descriptiva de la importancia de generar procesos de Gestión del talento humano en las Instituciones de Salud Pública en México. Visualizando el arraigamiento del factor humano a las organizaciones como factor de protección y atracción en el mercado para el posicionamiento de la marca en el sector salud.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Método

Análisis descriptivo de la importancia del Employer Branding para la generación de conductas en los profesionales de la salud que detonen comportamientos observables de calidad y productividad en la prestación de servicios en materia de Salud Pública en nuestro país.

Sin duda alguna las personas son el recurso más valioso de toda organización, te has preguntado cuál es la razón social del actuar de los sujetos que brindan un servicio.

Las exigencias globales cada vez más necesitan Instituciones Públicas de salud que demanden servicios de calidad. Dentro de la aplicabilidad de la estrategia mercadológica del Employer Branding se generan propuestas de Valor al Empleado (EVP) que se hacen manifiestos dentro de una organización que responde, a través de los atributos que la componen, a la promesa que el empleador hace a todos sus colaboradores presentes y futuros. Una promesa explícita, sólida, fuerte y diferencial aumenta sin duda alguna la capacidad de una organización para atraer, comprometer y motivar al talento.²

Podemos decir que el Employer Branding, como el resto de factores relacionados con la marca tiene un importante componente emocional ya que nos encontramos en el terreno de las expectativas y las percepciones, el cual tiene que ver con la generación de expectativas en los futuros empleados de lo que significa trabajar en un determinado lugar, pero también tiene que ver con la percepción que luego, una vez se incorporan, de la experiencia de trabajo³

Hoy en día necesitamos que las Instituciones Públicas generen una configuración social con base a los atributos que se desarrollen en los ambientes laborales, los cuáles permitan generar y ser parte de un equipo de trabajo que pernocte en el área de la salud Pública de nuestro país.

Por tanto, es necesario y conveniente que quienes dirigen las Instituciones de Salud Pública en nuestro país realicen la gestión de la marca como empleador, ya que una tendencia global actual es que solo los empleados satisfechos son capaces de realizar un involucramiento real con su trabajo y con la institución.

Por lo cual en los centros de trabajo se requiere la aplicación de los principios del marketing hacia los empleados para conseguir un efecto imán hacia nuestra organización, especialmente de aquellos que nos aportan más valor por su talento.

La esencia de esta interacción se basa en la configuración de elementos tales como la reciprocidad y el sentido de pertenencia, el cual nos genera el establecimiento de relaciones interpersonales favorables dentro de las instituciones.

Tener posibilidades de crecimiento, planes de formación adecuados, flexibilidad y posiciones que incrementen la empleabilidad de las personas que forman la plantilla son aspectos que hacen a las empresas más atractivas. La adaptación al entorno económico y al mercado laboral son fundamentales para seguir avanzando en el Employer Branding lo que permite a los colaboradores identificarse y adquirir un sentido de pertenencia que haga que se apropien de diversas competencias para poder otorgar un servicio de calidad con base a su experiencia dentro de la organización.

Es tal el caso que si dentro de las Instituciones de Salud Pública los colaboradores se sienten apreciados y valorados y se apropian de la misión, visión y valores estos comunicarán al mercado laboral los principios en los que se sustenta las Instituciones en nuestro país en donde laboran.

En esencial al hablar de Employer Branding cuando hablamos sobre la construcción de identidad de nuestra organización como un lugar excelente para trabajar.

Quizás exista el cuestionamiento de cómo se construye esa imagen o marca en el mercado bajo dicha premisa. Al establecer una estrategia mercadológica se pretende generar una identidad organizacional que refleje la idea de que la empresa es un lugar excelente para trabajar a los ojos de los empleados, clientes, inversores y posibles talentos que se podrían “traer” (Infobrand, 2010). Una buena gestión en la marca empleador lleva a las personas al “EmployerEngagement, en donde éstas se sentirán “muy felices de trabajar en un compañía que hace la diferencia en el mundo, la cual tiene un propósito de ser”⁴. En México se requiere que esta estrategia mercadológica sea adoptada en las Instituciones de Salud Pública para favorecer el establecimiento de instituciones empoderadas bajo un sentido de identidad y pertenencia que lo posicione en el mercado.

Resultados

La sensibilización sobre la importancia que posee la Gestión del Factor Humano dentro de las Organizaciones.

Conclusiones

En toda Institución de Salud Pública el elemento clave para su funcionalidad es el Factor Humano.

Por lo cual es necesario generar las condiciones necesarias dentro de su entorno laboral, para propiciar su desarrollo personal y profesional, su permanencia y su trascendencia, asegurando por ende un sentido de pertenencia que genere consigo un compromiso visible y demostrable con base a su ejercicio profesional, el cual posicione y empodere a los servicios de Salud Pública en nuestro país. Permitiendo con ello vislumbrar la importancia de gestionar el talento humano para el logro de objetivos institucionales.

Hoy en día es necesario visualizar un gran desafío para las empresas en lo que respecta a la gestión del capital humano, considerando además la importancia que tiene esta gestión al ser un factor clave en el éxito de las organizaciones.

Bibliografía

1. Chiavenato, Idalberto (2007) Administración de Recursos Humanos Mc Graw Hill 8ª. Edición ISBN 970-10-6104-7 p.111
2. Gimeno, Toni La guía suprema del EmployerBranding Digital p.10 Recuperado el 15 de febrero del 2019 <http://cdn2.hubspot.net/hubfs/252575/guia-suprema-employer-branding-digital.pdf>
3. Velázquez, Alberto (S/F) Employerbranding», el ADN del mejor sitio para trabajar Recuperado el 22 de Marzo del 201 p.86<https://www.andresperezortega.com/documentos/employerbranding.pdf>
4. Gómez R. Claudia (2011) EmployerBranding Recuperado el 15 de febrero del 2019 Recuperado el 22 de Marzo del 2019 p.9 <https://repository.cesa.edu.co/bitstream/handle/10726/277/BI44.pdf?sequence=6>

Capítulo 15: Análisis de creencias sobre el exceso de peso corporal como base para el empoderamiento hacia la salud

Catherine Sylvie Bracqbien Noygues¹, Anaelle Sonia Laura Acosta Bracqbien¹
Alba Cerino Soberanes¹ y Cynthia Del Carmen Gómez Gallardo¹

Introducción

En los últimos años, se ha hecho manifiesta la preocupación por el exceso de peso corporal, ya que la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha crecido rápidamente, afectando a la población mundial sin distinción de edades (Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo, 2015). De acuerdo a datos de 2018 de la OMS, la obesidad casi se triplicó en todo el mundo entre 1975 y 2016; para esta fecha, el 39% de los adultos tenían sobrepeso y el 13% eran obesas.

En México, la situación es particularmente alarmante. Con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de Medio Camino realizado en 2016, se encontró que el 72.5% de los adultos padecía exceso de peso. Actualmente, ocupamos el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en adultos.

Está bien establecido que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para diversos problemas de salud: enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad de la vesícula biliar, problemas respiratorios, algunos cánceres, trastornos del aparato locomotor, etc. De igual forma, se asocian con complicaciones durante la gestación, irregularidades menstruales, hipercolesterolemia, incontinencia de esfuerzo, alteraciones psicológicas, riesgo quirúrgico aumentado, etc. El riesgo para la salud crece con el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) (Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo, 2015; OMS, 2018).

El IMC se calcula en relación al peso y la estatura, con la fórmula: peso en kg/ (estatura en m)². Permite establecer las siguientes categorías: sobrepeso con un IMC de 25 a 29.9, obesidad grado I con un IMC de 30 a 34.9, obesidad grado II con un IMC de 35 a 39.9 y obesidad grado III con un IMC igual o mayor a 40.

La obesidad resulta generalmente de la interacción de diversos factores: genéticos, ambientales, nutricios, psicosociales y actividad física, entre otros. La posibilidad de modificar algunos de los componentes de estos factores abre oportunidades para intervenir desde la promoción de la salud hasta la prevención universal, selectiva e indicada. Por ejemplo, es posible influir en la herencia cultural, en la interacción entre susceptibilidad genética y exposición ambiental, en los hábitos alimentarios, en el sedentarismo y en los factores psicológicos (Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo, 2015).

La psicología de la salud se interesa particularmente en los factores que permiten explicar las conductas de salud con la finalidad de facilitar el cambio “deseado”. Privilegia los factores considerados proximales, más cercanos a la conducta, modificables a través de la intervención de profesionales de la salud. Se trata principalmente de las creencias, las actitudes y las metas (Taylor, 2007).

Con esta perspectiva, hemos elegido el modelo de creencias sobre la salud (MCS) el cual ha sido trabajado por varios investigadores desde 1966 (como Rosenstock, Becker, Leventhal, Kegeles, entre otros). Este modelo permite analizar las razones para la falta de acción o el incumplimiento de las personas, lo cual puede relacionarse con el empoderamiento hacia la salud.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Como lo señala Priego Álvarez (2015), con base en sus propias creencias de salud, las personas toman diariamente decisiones que impactan en su calidad de vida, su estado general de salud y su bienestar, por lo cual es necesario que se empoderen.

El empoderamiento en salud es una herramienta que intenta aumentar el autoentendimiento, la autonomía, el autocontrol, y el potencial de autocuidado en pro de la salud (Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall y Sykes, 2008).

En su diseño original, el MCS propone que la probabilidad de que una persona realice determinada conducta de salud depende, de manera proximal, de su percepción de la amenaza que representa un problema de salud (susceptibilidad - o riesgo - de ser expuesto al problema de salud y gravedad percibida de las posibles repercusiones en la salud) y de su evaluación de los comportamientos para prevenir o manejar este problema, en cuanto a los beneficios que se espera lograr del cambio de comportamiento y a barreras percibidas (obstáculos que se cree que existen para llevar a cabo una acción). Versiones más recientes incluyen otros elementos importantes como las claves (o señales) para la acción, la autoeficacia y la motivación para la salud. La autoeficacia se define como “la creencia en las capacidades de uno mismo para organizar y llevar a cabo los recursos para la acción necesaria para resolver situaciones prospectivas” (Bandura, 1986, citado por Taylor 2007).

El MCS sugiere que si las personas son informadas sobre la severidad de la enfermedad, su propia susceptibilidad a esta y si perciben que la conducta recomendada es efectiva, entonces la adoptarán (Taylor, 2007; Valadez, Vargas, Fausto, Montes, 2015).

Objetivo

Analizar las creencias de mujeres adultas, de nivel sociocultural medio-bajo, de zona urbana o semiurbana del Estado de Tabasco, en cuanto al exceso de peso corporal con la finalidad de proponer estrategias de mercadotecnia para propiciar su empoderamiento.

Método

El estudio tiene un enfoque cualitativo, es descriptivo y analítico. Con base al MCS, se diseñó una guía de entrevista semi-estructurada integrada por 14 preguntas abiertas. Se aplicó a 8 mujeres seleccionadas intencionalmente por su rango de edad de adultez intermedia, aparente sobrepeso u obesidad, nivel sociocultural medio-bajo, residencia en el Estado de Tabasco, México. Se consideró este segmento de la población ya que es muy propenso al exceso de peso y, además, desempeña un papel fundamental para la salud de la familia. Las participantes fueron contactadas en espacios públicos o en su domicilio. Dieron su consentimiento informado con la garantía del anonimato. Se procedió al análisis de contenido destacando los elementos más significativos de acuerdo a una combinación de las categorías del MCS.

Resultados

Debido a las particularidades de cada caso, en primer lugar, se presentan algunos resultados de manera individual y posteriormente otros de manera grupal.

Yuli, 43 años es empleada doméstica, de nivel educativo primaria, actualmente con sobrepeso al límite de obesidad grado I (IMC de 29 kg/m²). Indica que hace más de un año pesaba 10 kilos más, decidió modificar sus hábitos alimentarios porque se sentía “gordita, obesa ¡no!”; ahora se siente “ligera”, y “si se pudiera bajar más está bien”. Menciona que en su familia son “gorditos, no obesos”, salvo una prima quien pesa 100 kg, sufrió un preinfarto, pero suele decir que todo es por la buena vida que se da. Yuli es beneficiaria del Programa Nacional de Inclusión Social Prospera en el cual están previstas diversas Intervenciones de Salud Pública, como consultas sistemáticas en su centro de salud y talleres para el autocuidado. Indica que la atención recibida es regular. Nunca le han señalado que tenga algún proble-

ma de peso. Asiste a pláticas informativas cada dos meses. Le ha ayudado sobre todo trabajar en una familia en la cual se procura una dieta saludable. Los comentarios que recibe de su familia de origen no la alientan a bajar de peso: “¿Por qué vas a bajar de peso si así has sido siempre?” o “No eres una gorda exagerada, eres gorda con formita”.

Susana, 41 años, secretaria, de nivel educativo preparatoria, tiene obesidad grado II (IMC de 36 kg/m²). Sabe que tiene obesidad ya que se lo han dicho en el servicio médico de la institución en la cual labora. Indica que antes estaba más “gordita”; hace 20 años, bajó 22 kgrs con dieta y medicamentos. Actualmente, tiene diabetes y triglicéridos; acude con un internista “a buscar su medicamento” o cuando se siente mal. Ha acudido con una nutrióloga, pero lo dejó por “falta de tiempo”. Se le dificulta comer sanamente por cuestiones económicas.

Rosa, 43 años, dedicada a los labores del hogar, tiene obesidad grado II (IMC de 35 kg/m²). Reconoce su problema de sobrepeso ya que hace 3 años se lo señalaron cuando acudió al centro de salud por dolor de cabeza; le detectaron hipercolesterolemia y la canalizaron con una nutrióloga. Bajó de peso pero dejó de acudir y de cumplir con la dieta “por la situación...por falta de muchas cosas”, aunque intenta comer cosas ligeras y tomar agua. Ahora siente sus manos entumidas y le preocupa su salud.

Mari, 37 años, licenciada, empleada en la Secretaría de Educación Pública, tiene obesidad grado II (IMC de 35 kg/m²). Reconoce su problema de peso ya que el médico le ha dicho que debería perder 14 kg. Lo atribuye a que come mucho (papitas y refresco). Refiere que su esposo tiene también este problema (se le estima una obesidad grado III) y que las demás personas de su familia tienen 80% de riesgo “por la descendencia”. Considera que las personas con obesidad aunque quieran, no pueden controlarlo. Es derechohabiente de un sistema de seguridad social pero no acude con regularidad. Refiere cuidar la alimentación de sus hijos, les explica que hay que alimentarse sanamente y los beneficios de cada alimento. Indica que ellos también reciben esa información en la escuela.

Juana, 45 años, dedicada a las labores del hogar, de nivel educativo preparatoria, tiene obesidad grado I (IMC de 34 kg/m²). Considera estar “pasadita de peso”. Acude con un médico particular “cuando le toca” para desparasitación o suplementación vitamínica, pero este no ha mencionado su exceso de peso. Como única fuente de información sobre la problemática, evoca vagamente la televisión diciendo que allí se dice que la mayoría de las personas tienen este problema y recordando un programa sobre casos de obesidad extrema. Refiere que ella no se preocupa ya que hasta ahorita no ha tenido problemas.

Gladys, 48 años, con carrera técnica, operadora en una institución gubernamental, tiene obesidad grado II (IMC de 35 kg/m²). Es consciente de “estar pasada de peso” y de que ya no debe comer tanto ciertas cosas, pero le gusta y no logra evitarlo. Le ocasiona dolor en los pies. Es derechohabiente de un sistema de seguro social. Acude únicamente cuando se siente mal. Indica que nunca le han dicho algo respecto a su peso pero que acudió con una nutrióloga, bajó 6 kilos, dejó de asistir por falta de permisos en su trabajo. Ubica que su mamá y dos hermanos también tienen problemas de peso, pero cree que los demás miembros adultos de su familia no están en riesgo: “Él que no engordó, no creo que engorde ahora”. Muestra preocupación por su hijo, le gustaría que fuera a consulta, pero no tiene tiempo.

Diana, 47 años, ama de casa y costurera, con estudios de preparatoria, tiene sobrepeso (IMC de 28.37 kg/m²). Reconoce su problema de peso, el cual le causa molestias en la columna. Señala que sube de peso muy rápido y le cuesta bajar, pero se esfuerza en lograrlo. Acude con regularidad al seguro social. El traumatólogo le dijo que tiene que bajar 5 kg más, pero no la orientó. Su fuente principal de información sobre el cuidado de la salud es la iglesia adventista (“cápsulas de salud”, actividades grupales de activación física, conferencias).

Ana, 31 años, psicóloga en un hospital público, tiene obesidad grado I (IMC de 30 kg/m²). Tiene consciencia de su problema de peso y lo atribuye a “la ansiedad de picar algo: un refresquito, una galletita”. Acude cada mes con una nutrióloga, en consulta particular. Nadie más en su familia tiene problemas de peso. Comenta: “Las personas deben entender que esta es la realidad, que si no se curan a tiempo viene un desenlace feo”.

A continuación, se presenta el análisis global de acuerdo al MCS.

Generalmente las participantes tienen una percepción de amenaza ambigua. Consideran que la obesidad es una enfermedad grave. La asocian con el riesgo de padecer otros problemas de salud, principalmente con el infarto y diabetes, pero se nota que su comprensión al respecto es limitada. Una persona indicó que precisamente en este momento se daba cuenta de que es “la antesala de muchas enfermedades”. Suelen asociar los riesgos a una obesidad importante, poniendo distancia con su propia situación. No se reconocen como obesas, sino como con sobrepeso, “gorditas” o “pasadas de peso” lo que indica una minimización del problema. Todas las participantes identifican que es probable que algunos familiares cercanos desarrollen obesidad, pero se refieren más bien a los que ya tienen obesidad evidente.

La evaluación de las barreras para adoptar o mantener conductas saludables en este ámbito fueron los malos hábitos alimentarios (comer a cada rato, fuera de casa, demasiado grasas y harinas; no comer a tiempo, etc.). Dentro de los argumentos para justificarlos en lo personal, se mencionó las costumbres familiares (“como mis padres no me enseñaron a consumir ciertos alimentos, no se me apetecen”), las creencias (“Pensamos que tenemos que comer mucho para estar sanos”), la falta de tiempo, de autocontrol (el hambre nada más la tenemos en la boca), el estrés o la ansiedad, el desconocimiento (“no nos sabemos alimentar”), problemas económicos o personales. Podemos ubicar la autoeficacia en esta categoría, ya que las barreras evocadas dan cuenta de su debilidad.

En referencias a barreras para las personas con exceso de peso en general, se agregó la falta de interés o la despreocupación (“No les importa”, “Piensan: ya se me va a pasar”), la negación o el orgullo (“No quieren aceptar que tienen el problema, se ofenden si les dices que están pasados de peso”, “Creen que pueden solos”) y resistencia al cambio (“Por estar acostumbrados a comer ciertas cosas y como que no queremos cambiar”).

La evaluación de los beneficios de las conductas para evitar o minimizar el exceso de peso se contraponen lógicamente con los riesgos mencionados anteriormente (menor riesgo de enfermedades, sentirse bien, caminar mejor, respirar mejor, vivir un poco más). El tratamiento que todas consideran necesario para la obesidad es cuidar la alimentación (acudir con un nutriólogo), algunas de ellas también mencionaron la necesidad de realizar ejercicio y la opción de acudir con un psicólogo. Los beneficios relacionados con la atención profesional se refieren a lo mismo, y en específico a aprender a cuidar la salud, “poner en orden el problema”, recibir orientación alimentaria y apoyo: “Hay cosas que nos dicen que tal vez ya sabemos, pero ayuda tener a alguien pendiente y que pueda atender dudas, que te apoye y ayude”.

Las claves para la acción de las participantes que ya intentaron controlar su peso (6 de las 8 participantes) fueron generalmente las indicaciones de un médico y la información recibida en pláticas de cuidado de la salud (principalmente en centros de salud, en un caso en el lugar de trabajo y en otro en la iglesia adventista).

Solamente las dos personas que acuden a servicios médicos particulares refirieron no haber recibido pláticas informativas. Los medios de comunicación no parecen tener un impacto significativo ya que nadie los mencionó espontáneamente, y cuando esta fuente fue sugerida a una persona, no evocó nada relevante. Una persona considera necesario que el gobierno lleve un control de las personas que requieren atención, que se hagan visitas de casa en casa.

La mayoría cree que el momento para que una persona con exceso de peso acuda a consulta es cuando nota un aumento de peso significativo, lo cual puede resultar muy subjetivo. Frecuentemente, lo asocian al desarrollo de malestares. Inclusive cuando saben que no hay que esperar este momento, reconocen que es lo que generalmente sucede: “Deberíamos de ir desde que sentimos que subimos de peso. Desafortunadamente vamos hasta que ya nos enfermamos”.

La motivación para la salud se refleja esencialmente en cinco de las ocho participantes, está latente en una (la persona parece resignada ya que su problema de peso data de muchos años, su deterioro de salud ya es importante y su actitud es pasiva), y parece casi inexistente en otras dos. Ésta motivación a menudo está mermada por las circunstancias de la vida. Podemos identificar un enfrentamiento activo solamente en tres de ellas, dos con bastante autonomía, y una con la ayuda de una nutrióloga.

Conclusiones

Los resultados dan cuenta de la persistente dependencia de la mayoría de las personas a la atención sanitaria para su educación para la salud, la detección del problema y la resolución del mismo. A la vez, hay una cierta evitación de la confrontación con el problema de parte de las participantes (acuden cuando se sienten mal, de vez en cuando, a buscar los medicamentos, etc.) y de algunos profesionales.

En vista de todo eso, las propuestas para estrategias de mercadotecnia social van hacia el empoderamiento con mensajes que enfatizan la corresponsabilidad entre profesionales y pacientes, aportan información más sustancial sobre las amenazas y las conductas deseables desde un enfoque integral, las formas de adoptarlas y mantenerlas. Es importante capacitar a las personas para que participen en la prevención y detección temprana, con la identificación de las diferentes categorías de peso y sus respectivos riesgos. Se sugiere brindar pláticas de salud y talleres en espacios públicos (no únicamente en centros de salud), en todos los niveles educativos, con un enfoque más comunitario para favorecer el cuidado de la salud de los demás.

Por otra parte, las barreras señaladas muestran oportunidades para mejorar la atención sanitaria, con el abordaje más sistemático de los problemas de peso en consulta, hablando de manera directa con el paciente y poniendo la información a su alcance de manera clara, planteando las diferentes opciones de tratamientos pertinentes y en especial detectando las necesidades de atención psicológica. También es importante atender la demanda de servicios en un rango horario más amplio.

Bibliografía

1. Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. B., Arroyo, P. (2015). *Nutriología Médica*. Editorial Médica Panamericana.
2. Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México: El manual moderno.
3. Priego, H. R. (2015). *Mercadotecnia en salud: aspectos básicos y operativos*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
4. Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. Mc Graw-Hill Interamericana.
5. Valadez, I., Vargas, V., Fausto, J., Montes R. (2015). *Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica*. Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad de Guadalajara.

Capítulo 16: Plan de mercadotecnia para promoción de la lactancia materna según sentimientos, conocimientos y prácticas de las madres trabajadoras, maestrantes de gestión de los servicios de la salud. Universidad César Vallejo - Chiclayo, 2019

Marina Caján Villanueva¹
Delia Catherine Escudero Caján¹
Cynthia Vanessa Peña Caján¹

Introducción

La UNICEF refiere que la lactancia materna exclusiva asegura un régimen nutritivo crecimiento y desarrollo físico y mental del bebé, siendo la primera alimentación denominada calostro, la que da inmunización, pues contiene inmunoglobulina A (IG A), vitaminas y minerales de este modo se protege de infecciones.

En el Caribe el 40% de niños y niñas reciben Lactancia materna exclusiva durante 6 meses, en el Salvador el 24%, el 25% en Panamá y el 31 % en Nicaragua, el 40% en Ecuador, Bolivia el 54% y Chile con 63% (Acosta Silva , 2017).

En Perú, ENDES refiere que en las áreas rurales de cada 10 niños lactaron durante la primera hora de vida, en Lima metropolitana 5 de cada 10 niños tuvieron lactancia materna, en la Selva el 40% de recién nacidos vivos inician la lactancia materna exclusiva después de la primera hora siendo para esto, un riesgo la introducción de biberones (UNICEF, 2008).

La organización mundial de la salud (OMS) expresa que de los 6 meses a 2 años la tasa de infecciones gastrointestinales, respiratorias, alergias, mayor agudeza visual, y desarrollo cognitivo de lenguaje, es menor en aquellos que recibieron lactancia materna.

Refieren que anualmente existen 320,000 niños que no reciben la lactancia materna después de la primera hora de su nacimiento, implicando un riesgo para su supervivencia y desarrollo, este problema se da más en los que nacen en las instituciones de salud, en las madres con mayores ingresos y de un nivel de educación superior (INEI y ENDES).

En los centros de salud y trabajo laboral observamos que las madres y las futuras madres, no es prioritaria la lactancia materna exclusiva, sea por causales de trabajo, o por asuntos personales, las madres tienen pensamientos y sentimientos encontrados, de incertidumbre, de cómo dar de lactar a sus hijos desconocen la importancia de la lactancia materna exclusiva, no existen planes ni programas para revertirlo algunas recomiendan la lactancia materna no exclusiva sino de forma mixta.

Por todo ello nos formulamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo determinar los sentimientos, conocimientos y prácticas de las madres trabajadoras, maestrantes de gestión de los servicios de salud de la Universidad César Vallejo de las diferentes instituciones que dan lactancia materna exclusiva y diseñar un plan de mercadotecnia Chiclayo 2019.

¹ Universidad Cesar Vallejo. Perú

El presente trabajo estuvo dirigido a madres trabajadoras en salud, de las diferentes disciplinas: Enfermeras médicas, obstetras, tecnólogas médicas, nutricionistas, obstetras que laboran en las diferentes instituciones de salud de los sistemas de salud.

La presente investigación es viable porque los datos son obtenidos de la misma fuente y de acceso a la investigadora, así mismo tiene gran importancia es de connotación para la salud pública y relevancia social política y económica y conociendo los sentimientos, conocimientos, y capacidad para recomendar a las madres que proporcionan Lactancia materna exclusiva se podría diseñar un plan de Mercadotecnia para promocionarla.

El presente trabajo se justifica por los beneficios, ventajas que tiene en la salud pública de la población, de allí su relevancia, importancia, viabilidad e impacto social económico, político.

Objetivo

La investigación tuvo como objetivo general determinar lo que piensan, sienten, conocen las madres que dan Lactancia Materna a través de sus Discursos. Los objetivos específicos fueron Identificar los discursos de las madres trabajadoras que dan Lactancia materna de los diferentes establecimientos de salud.2019; categorizar los Discursos de las madres Trabajadoras de las diferentes instituciones de Salud sistematizar los Discursos de las madres trabajadoras de las diferentes instituciones de salud; analizar los Discursos de las madres Trabajadoras de las diferentes instituciones de salud; y Diseñar un plan de Mercadotecnia para promoción de la Lactancia Materna.

Método

Se trata de una Investigación cualitativa. La población son las madres trabajadoras, maestrantes de Gestión de los Servicios de la Salud de las diferentes instituciones de salud que dan lactancia materna Exclusiva.

Resultados

Los trabajadores pasan por lo menos una tercera parte de su vida en el trabajo por consiguiente se constituyen en un escenario de importancia para su salud pública, la inversión en la mejora de las condiciones de trabajo puede generar una mejora en la salud por ende una mejora en la productividad de las empresas y constituyen un escenario muy importante para promover y promocionar la salud.

La investigación planteó como estrategias al conjunto de acciones, ordenadas, integrales y sinérgicas que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo den acciones de promoción de la salud, como son la Abogacía o promoción recursos fuerzas para apoyar políticas y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones e influir en normas leyes, políticas programa su obtener financiamiento. Las decisiones se toman en el nivel más alto de las instituciones de las instituciones públicas o privadas. Consiste en el conjunto de recursos y habilidades para influir en la opinión pública y movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas. Otra estrategia es la Comunicación y Educación para la salud. Por lo tanto, las estrategias son Abogacía y Generación de políticas públicas saludables, Educación y comunicación para la salud, y Participación Comunitaria y empoderamiento Social.

Los principios son Equidad y derechos de la Salud, equidad de Género, interculturalidad, y legal. Las teorías y enfoques son la Teoría de Ramona Mercer, Teoría de Promoción de la Salud de la Dra. Nola Pender, Teoría de la Interculturalidad de Madeleine Leininger.

Las actividades de mercadotecnia son: Sensibilización a las madres que dan lactancia materna sobre beneficios, ventajas de esta; Talleres de motivación incluyendo socio dramas de los beneficios, ventajas, y

desventajas de la lactancia materna exclusiva; Talleres vivenciales de madres exitosas que dan lactancia Materna; Talleres vivenciales sobre presentación de **niños que fueron alimentados con** lactancia materna exclusiva; Educación y comunicación para la salud cuyas temáticas inicien con anatomía y fisiología mamaria; Técnicas de amamantamiento; Beneficios, ventajas de la lactancia materna, Inicio y, término de la lactancia materna.

Inducción a la lactancia; Apoyo psicológico a madres que dan lactancia materna exclusiva; y Reuniones de integración, interacción con madres y sus niños en grupos de madres.

Las técnicas de amamantamiento son de suma importancia y que la madre sea capacitada, preparada física y psicológicamente durante su control prenatal.

La posición adecuada y cómoda de la madre sentada, espalda en respaldar, la mano de la madre sostiene la espalda y la cabeza del bebé descansa en el pliegue del codo de la madre, la oreja. El hombro y la cadera del bebé deben estar alineados al abdomen del bebé y en contacto con el abdomen de la mamá, ombligo con ombligo.

La madre debe sujetar el seno con la mano en forma de “C”. Llamado mano de bailarina colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola para que el bebé pueda sujetar el pezón para una succión adecuada.

Se debe recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón, debe estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente introduzca el pezón y la areola.

Si se resiste, la madre debe jalar suavemente hacia abajo su barbilla, para lograr una correcta succión los labios del niño deben estar totalmente separados sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna. Si adopta la posición incorrecta, la madre debe retirar del seno e intentar de nuevo.

Los labios deben permanecer evertidos denominado también boca de pescado, el acoplamiento para que sea funcional, el niño debe estar de frente, los labios evertidos alrededor de la areola, lo correcto permite que el niño introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca, para que el recién nacido succione a libre demanda y el alojamiento conjunto el pezón dentro de la boca del niño el pezón y la areola deben formar un cono, que permita a la punta del pezón llegar hasta el límite del paladar duro(Vega Sogso , 2017).

Si el niño chupa solo el pezón no será una extracción suficiente y provocará dolores grietas y heridas, y los senos lactíferos de la areola no serán masajeados, por la lengua, el labio y el movimiento que realiza con el maxilar inferior, por la encía y el labio en la parte superior, a posición para la lactancia materna debe ser relajada, sentada, los pies elevados, ayudada de un banco, se colocan almohadas en los antebrazos de las sillas y la cabeza del bebé en el ángulo interno del codo, formando una línea recta con la espalda y cadera.

La posición sujeción cruzada, en que la mano más cercana al pecho que está dando lactancia, sujeta y da forma al pecho, la otra mano sujeta la nuca del bebé con los dedos, debajo de las orejas del bebé, con el antebrazo sujeta la madre el tronco del bebé.

La posición del caballito consiste en que el bebé enfrenta el pecho de la madre montado sobre la pierna de la madre, la mano que afirma la cabeza debe ubicarse en forma de “C” en la base del cráneo.

La posición con la madre en posición decúbito lateral es la tradicional. Se ubican ambos en decúbito lateral de frente, la cara del bebé enfrentando el pecho materno y el abdomen del bebé en contacto con el cuerpo de la madre, la cabeza del niño apoyado en el brazo inferior de la madre para su comodidad, y una almohada doblada debajo de su cabeza (Vega Sogso, 2017).

Los discursos de madres que dan lactancia materna.

Se elaboraron y utilizaron preguntas orientadoras como se detalla.

A.- Sentimientos de las madres que dan lactancia materna.

¿Qué sintió usted cuando amamantó por primera vez?

AZUCENA.- “Aconsejaría usted a otras madres para que den lactancia materna. Antes de ser mamá he sido muy cuidadosa con mi cuerpo, decía amamantar a mi hijo en público ni pensarlo, pero ahora por necesidad tengo que hacerlo”.

TULIPAN.- “Después de dar de lactar a mi hijo así yo tenga sueño, cansancio, no duermo pensando que se pueda ahogar, inmensa alegría me pongo ansiosa de solo pensarlo. Cuando tuve mi primer y único hijo sentí una alegría y sensación indescriptible al darle de lactar”

Lo mencionado coincide con la teórica Ramona Mercer, en lo expresado en adopción del rol materno convertirse en madre habla sobre la adopción del rol maternal y la interacción del niño con su madre, el cual son importantes en las primeras horas después del parto, adquiere competencia con la realización de sus cuidados asociados a su rol, experimenta placer, es la satisfacción o disfrute, el premio que experimenta la mujer al interactuar con su hijo.

ROSA “Por primera vez sentí que le daba mi vida entera y era lo mejor que tenía para él en ese momento y que nadie podía sustituirme me sentí realizada”.

Coincidiendo con la Teórica Ramona Mercer que expresa en su Teoría de la Adopción del rol materno. Proceso interactivo y desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol, expresa el placer y gratificación con el rol.

VIOLETA.- “He tenido sentimientos encontrados de ver como trabajadora de salud, en algunas circunstancias que no tengo facilidades para dar lactancia a mi niño y yo tener que dar mi leche para algunos niños y en mi casa mi niño esperándome”.

GERANIO.- “Poco a poco he ido amoldándome a mi comodidad y la de mi bebé, al inicio no encontraba postura y no es igual para todos los hijos y ya tengo tres”.

CAMPANILLAS.- “No quisiera ni acodarme, a los tres meses de nacido, a mi hijo tuve que interrumpirle la lactancia porque me tuvieron que operar de vesícula y tan pequeño tener que dejarlo para ocuparme de mi salud y luego la incertidumbre de si podré continuar dando de lactar”.

“Soy primeriza y tengo miedo y temor y un poco de pudor para descubrirme”.

En cuanto conocimientos acerca de la lactancia materna.

¿Qué sabe usted de la lactancia materna?

JASMIN. “Le daría a mi niño el tiempo necesario leche materna pero el problema es mi trabajo y mi niño

cada vez más tiene apego hacia mí y ya mismo termina mi licencia por maternidad y no acepta Otra leche y menos biberón”.

AZAR.-“Tengo que exagerar las medidas de higiene me da miedo contagiarlo cuando llego a casa tengo que esconderme hasta ponerme en condiciones de atenderlo”.

CUCARDA. –“La Lactancia materna es buena, cuando llega su hora de alimentarse mi niño, siento ansiedad de no estar para darle lo que le corresponde, en mi centro laboral no tengo las facilidades”.

Esta versión coincide con la investigación realizada por Montes y Trujillo esto coincide con lo vertido por Ramona Mercer que dice que una vez que se ha desarrollado el rol maternal por medio de la vinculación madre e hijo se va acentuando con el pasar del tiempo un sentimiento de gratificación cuya investigación denominada Información sobre beneficios y técnicas de amamantamiento de la Lactancia que poseen las madres que lactan a niños menores de 6 meses, que concluye poner una serie de recomendaciones a las autoridades competentes con el objetivo de que tomen en cuenta la problemática que pueda llevar el no dar una enseñanza sobre la lactancia materna.

DALIA. “En mi primer niño abandone la lactancia materna por miedo, dolor e infección de mis pezones, pero ahora en el segundo hijo, estoy poniendo el mejor de mis esfuerzos porque reconozco que la lactancia materna es un hecho natural”.

Lo vertido por la informante coincide con el estudio realizado por Gómez, Macías y Meza Barcelona 2009 en su estudio sobre los conocimientos que poseen las madres sobre los beneficios de la lactancia materna Lactancia materna y técnicas para amamantar, que concluyó que el 40 % de las madres tienen poca información de los beneficios y un 60% si conocía respecto a los nutrientes que contiene la leche materna.

CEREZOS.-“Es imposible pero es la salud y el bienestar de tu hijo, yo pasé por eso tener que dejar de trabajar, darle en cucharaditas no saber cuánto tomó, pero yo seguía lo que me decían en el programa, creo que cada caso es diferente, ya colgaba la toalla”. Esto coincide con la investigación de Vilca M. en Perú Lima en su estudio Causas de abandono de la lactancia materna que concluye que la principal causa de abandono de La Lactancia materna es la idiosincrasia de parte de las madres.

C.- RECOMENDAR LACTANCIA MATERNA:

¿Recomendaría usted la lactancia materna?

HORTENSIA: “Yo si recomendaría la lactancia materna, por las ventajas diría económico, accesible y por el apego al niño”.

FLOR DE LOTO: “Cuando las madres trabajamos, **déjeme decirle**, que es humanamente imposible llega el día de trabajar y el sufrimiento es de toda la familia, pienso que se le debe inducir al biberón porque después es el problema, lo pensaría para aconsejarlo”.

LIRIOS: “Si aconsejaría, pero no exclusiva en este siglo XXI es inmanejable”.

PENSAMIENTOS. “Que mamá no quisiera darle lo mejor para su hijo, pero imposible sin embargo reconozco que es bueno, aconsejaría parcialmente una lactancia mixta”.

CRISANTEMO- “Yo si aconsejaría la lactancia materna por las ventajas, diría por económico, accesible y el apego al niño”

Conclusiones

Se concluyó que se identifica los discursos de las madres que dan lactancia materna exclusiva, siendo el factor común referir miedo, preocupación, inquietud, por pérdida de su imagen, inclusive, refieren no conoce a cabalidad la técnica correcta de amamantamiento y posturas para los mismos y no todas lo recomendarían pese a conocer sus beneficios y ventajas, por tener limitaciones para hacerlo exclusivamente por múltiples factores como el aspecto laboral que la licencia postnatal es corta, etc.

Que la descripción de cómo alimentar al niño es de las madres de allí la importancia de la educación para la salud.

Que pese a que las Madres poseen un nivel de educación superior, requieren información y refuerzo permanente pues permanecen desinformadas de ciertos aspectos y técnicas de amamantamiento.

Se diseñó el plan de Mercadotecnia considerando variables sociodemográficas, factores familiares y psicosociales, el abandono y o adherencia a la práctica de la lactancia materna exclusiva, con conocimiento técnico científico, principios, estrategias y retroalimentación.

Bibliografía

1. Acosta Silva , M. (Octubre de 2017). *Estrategias de educación en lactancia materna en madres adolescentes, que asisten al centro de salud tipo B1 de la ciudad de esmeraldas*. Obtenido de: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1355/1/%C3%81VILA%20HERN%C3%81N-DEZ%20%20IBERT%20JOHAN.pdf>
2. UNICEF. (2008). *Primera infancia*. Obtenido de: https://www.unicef.org/peru/spanish/3._Primera_Infancia.pdf
3. Vega Sogso , S. A. (2017). *Guía educativa para mejorar el manejo de la lactancia materna en niños menores de un año Centro de Salud Morete Puyo*. Obtenido de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7042/1/PIUAENF043-2017.pdf>

Capítulo 17: Campañas contra la obesidad y sobrepeso en México: La inclusión del apoyo psicológico

Adriana Martínez Peralta¹
Gloria Ángela Domínguez Aguirre¹

Introducción

La obesidad y sobrepeso en la población mexicana, es considerado por diversos organismos tanto nacionales como internacionales, como un serio problema de salud pública, que genera altos costos sociales y económicos, al ser un factor asociado a diversos problemas como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión, enfermedad coronaria, dislipidemia, accidente cerebrovascular, ciertos tipos de cáncer como el de mama y de colon, apnea del sueño y problemas ginecológicos, entre otros.

En el año 2016 la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Seguridad en Salud, declararon la emergencia epidemiológica para todo el país, ante la magnitud de casos de diabetes *mellitus* y, por tanto, se buscó fortalecer la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y diabetes y así, reducir el impacto de estas enfermedades en la población mexicana.

A pesar de los esfuerzos, el problema de la obesidad y sobrepeso año con año continúa incrementándose entre la población. México es uno de los países con mayor obesidad en adultos y cada vez se presentan más casos a edades más tempranas.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en población adulta (mayor de 20 años) es de 72.6%, en población adolescente (12 a 20 años) es de 36,2%, y en población en edad escolar (5 a 11 años) es de 33.2%.

De igual forma, se señala que más del 60% de la población adulta se siente capaz de alimentarse de manera saludable y realizar actividad física, pero la falta de dinero y de tiempo son considerados los principales impedimentos para llevar un estilo de vida sana. El 97.5% de la población considera que tener obesidad y sobrepeso es un problema grave, se tiene conciencia de ello. El 70% identifica los factores de riesgo de la obesidad y sus consecuencias (90%).

En el caso de México, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), reconoce que ha realizado grandes esfuerzos para frenar el problema de la obesidad, implementando principalmente campañas informativas para una adecuada alimentación y realización de actividad física, otorgando presupuesto, así como, aplicando políticas públicas como el aumento de impuestos a alimentos no saludables, etiquetado nutrimental obligatorio, incluir la cantidad de calorías de cada platillo en los menús de los restaurantes, así como la regulación de publicidad en medios de comunicación para reducir la exposición a alimentos pocos saludables.

Sin embargo, pese a todas las estrategias implementadas, no se han obtenido cambios positivos que reviertan la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población mexicana; la OCDE menciona que México ocupa el segundo lugar de obesidad entre los países pertenecientes a este organismo y que la tasa de obesidad seguirá incrementándose hasta el 2030, donde alrededor del 39% de la población adulta

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

mexicana será obesa, pese a ser consciente de las causas y consecuencias de la obesidad, sobrepeso y a pesar de considerarse capaz de llevar un estilo de vida saludable.

En diversas estrategias de marketing y campañas publicitarias para el combate de la obesidad y sobrepeso se puede observar como elementos comunes, el abordaje de la buena alimentación y la realización de actividad física como ejes del proceso de pérdida de peso, con la recomendación de la asistencia nutricional y médica; si bien en algunos casos existen problemas médicos que predisponen y favorecen la obesidad, el problema de la obesidad es multifactorial y existen aspectos psicosociales y culturales que influyen significativamente en dicha problemática, como la ansiedad, depresión, estrés, por un lado y por otro, conductas y actitudes profundamente arraigadas, falta de motivación, autocontrol y autorregulación para llevar una vida saludable.

Por tanto, es conveniente, que se integren a las campañas publicitarias, los aspectos relacionados con factores psicológicos que permitan al mercado meta, identificar los aspectos asociados a la obesidad y sobrepeso, y así lograr un mayor impacto de las estrategias de acción.

Objetivos

- Identificar las distintas actividades que se realizan en las principales campañas para la prevención y atención al problema de la obesidad y sobrepeso en México.
- Establecer la importancia del apoyo psicológico, como parte de los procesos de marketing para la atención del problema de obesidad y sobrepeso.

Método

Se realizó un análisis de contenido de cuatro campañas publicitarias en la atención a la obesidad y sobrepeso en México, promovidas una por la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la segunda por la organización Alianza para la salud alimentaria, la tercera por el gobierno del estado de Nuevo León y la cuarta por la Secretaría de Salud.

Se revisaron los datos de la campaña publicitaria, el objetivo de la misma, enfoque de salud de la campaña, sector de la población a la que va dirigida, medios de difusión, contenido de los mensajes publicitarios y abordaje de contenidos emocionales y psicológicos.

Se revisó la información publicada en internet en sus páginas web y en redes sociales.

Resultados

En relación a la existencia de campañas publicitarias en atención a la obesidad y sobrepeso, se encontraron tres a nivel nacional, más las implementadas a nivel estatal, las cuales se desprenden de la Estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

En México una de las campañas considerada como más exitosa es la denominada “Chécate, Muévete, Mídete”, con el lema “Más vale prevenimss”, diseñada por el IMSS en el año 2013 y promovida en conjunto con el ISSSTE y la Secretaría de Salud, como parte de la Estrategia Nacional, con tres mensajes fundamentales: Vigilancia médica del estado de salud (chécate), alimentación sana y control de peso (mídete) y actividad física (muévete).

La campaña tiene un enfoque principalmente preventivo, dirigida a personas de todas las edades. Utiliza diversos medios de difusión como programas de televisión, radio, periódico, revistas, panfletos y folletos, así como redes sociales principalmente twitter, en donde aparecen personas de diferentes edades.

Los mensajes publicitarios van dirigidos a mejorar la alimentación y evitar ciertos tipos de alimentos con slogans como *“no tengo llenadera”, “en boca cerrada no entran tacos, tortas...”*, *“las grasas, el azúcar y la sal, se traducen en sobrepeso y obesidad”*, *“mídete en tu consumo de alimentos fritos”*, entre otros; de igual forma, se fomenta la actividad física *“el ejercicio es importante”*, *“¡Muévete! No importa la hora, no importa el lugar, pásatela bien”*, *“¡Diviértete mientras quemas calorías!”*.

De igual forma, se difunden datos de impacto sobre enfermedades como la diabetes, o bien, sobre los beneficios del consumo de agua y ciertos alimentos específicos, la importancia de cuidar el número de horas de sueño, entre otros.

No se encuentran elementos que hagan alusión directa a los aspectos emocionales y psicológicos, más que en el siguiente slogan *“Tu cuerpo y mente necesitan ejercitarse para estar sano y fortalecer la agilidad mental y la destreza corporal”*.

Por otra parte, la organización Alianza por la salud alimentaria, es un conjunto de asociaciones civiles, organizaciones sociales y profesionistas preocupados por la epidemia de sobrepeso y obesidad en México. El objetivo de sus campañas publicitarias es visibilizar la importancia del desarrollo e implementación de una política integral de combate a la obesidad y a la desnutrición.

Este organismo ha difundido diversas campañas, una de las principales, bajo el lema de *“No dañes tu corazón”*, tiene como objetivo crear conciencia entre la población sobre los riesgos del alto consumo de bebidas azucaradas y fomentar el consumo de agua simple, así como sensibilizar a los padres, tutores y responsables políticos que un tercio de los niños mexicanos desarrollará diabetes durante su vida.

La campaña tiene un enfoque preventivo, dirigida principalmente al cuidado de la población infantil. Utiliza como medios de difusión la página web de la organización, redes sociales como Facebook y Twitter, canal de YouTube, medios de comunicación y espectaculares.

Los contenidos de los mensajes publicitarios se difunden principalmente en videos y carteles, giran en torno a los peligros del consumo de bebidas azucaradas, bajo el lema de *“¿Hoy que comió tu hijo?”, “¿Te comerías 12 cucharadas de azúcar?”, “una infancia enganchada a la obesidad”, ¿por qué les das refresco?*, de igual forma proporcionan información sobre las problemáticas asociadas a la obesidad, así como impulsan políticas relacionadas con alimentos saludables en la escuela, no a la publicidad dirigida a la infancia, etiquetado claro de alimentos y bebidas, acceso al agua potable, seguridad alimentaria, impuestos a refrescos, lactancia materna y dieta tradicional.

En esta campaña el mensaje de marketing se enfoca a la alimentación y actividad física, con énfasis en los contenidos calóricos de los alimentos, y no se detectan alusiones directas a los factores emocionales y psicológicos.

El gobierno del estado de Nuevo León, en el 2010 a través del Programa de alimentación saludable y actividad física para la prevención de la obesidad y sobrepeso (PASOS), ha emprendido tres campañas con los lemas *“Salud para aprender”*, *“Vibra Nuevo León”* y *“Quítate un peso de encima”*, el objetivo es promover la salud integral de la comunidad escolar y su entorno, la detección oportuna de riesgos físicos y mentales, una buena alimentación y actividad física. El mercado meta principal son niños, adolescentes y sus familias.

El enfoque es preventivo, utiliza medios de comunicación local, blog y redes sociales como Facebook. Además, se difunden diferentes manuales y catálogos sobre alimentación sana y actividad física.

En el programa, se les brinda importancia a los riesgos mentales en la obesidad y sobrepeso, pero no se detectan estrategias específicas en este rubro, y nuevamente el componente nutricional y actividad física son los elementos centrales de la promoción.

La Secretaría de Salud como parte de la estrategia nacional, ha impulsado la campaña “Reta Kilos, suma vida”, que busca concientizar a la población mexicana sobre la obesidad y sobrepeso. Con slogan como “*Bájate antes y llega más rápido... A tu peso*”, “*¿Cuántas rebanadas te vas a comer? ¿Cuántos años quieres vivir?*”, “*Entre el sobrepeso y la obesidad, solo hay un paso*”.

La campaña incluye posters, spots en televisión y algunas actividades como: Reto de pérdida de kilos, pláticas de orientación alimentaria, ferias de nutrición y actividad física, así como espacios saludables.

Conclusiones

La atención a la obesidad y sobrepeso son problemas que requieren de atención inmediata; a nivel nacional se han implementado diversos programas y campañas publicitarias, que, si bien, las aquí mencionadas han tenido un impacto positivo en la población, se requiere tomar en cuenta el papel de las emociones y la conducta para la atención de la obesidad y sobrepeso, que permitan realizar una atención más eficaz y disminuir la tendencia al incremento de los índices de obesidad y sobrepeso.

Las campañas analizadas, se enfocan principalmente a la prevención a través de la modificación de las conductas alimentarias y la realización de la actividad física. Sin embargo, de acuerdo a Sámano (2011), se estima que ocho de cada diez pacientes que realizan algún programa de control de peso dietoterapéutico, lo terminan abandonando, debido a expectativas irreales sobre la baja de peso, y a la forma de afrontar las emociones, afectado sus patrones de alimentación y activación física.

Las redes sociales y medios de comunicación como televisión y radio, juegan también un papel importante, en la difusión de las campañas publicitarias, siendo la población infantil el principal mercado meta.

Se propone integrar a las campañas publicitarias información relacionados con las problemáticas emocionales y psicológicas y su relación con la obesidad, técnicas de autocontrol, manejo de ansiedad y de estrés, organización del tiempo, metas a corto plazo, motivación, conductas alternativas a comer, entre otros temas, con el objetivo de visibilizar la importancia de los factores psicológicos y su contribución al mejoramiento del estilo de vida.

Por otra parte, es recomendable integrar la importancia del apoyo psicológico a personas con obesidad y sobrepeso, como parte integral del tratamiento, para que el mismo sea eficaz y disminuir la tasa de abandono. Para que una persona tenga éxito requiere de una adecuada canalización de sus emociones y sentimientos, y que la comida no se convierta en el depositario de las mismas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, Informe final de resultados. Recuperado de http://oment.uanl.mx/wpcontent/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
2. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2017). Actualización sobre la obesidad 2017. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/La-OCDE-presento%CC%81-el-informe-de-actualizacio%CC%81n-sobre-la-obesidad-2017.pdf>
3. Sámano Orozco, L. F. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 31(1), 15-19.

Capítulo 18: Salud oral y nutrición. La necesidad de estrategias de marketing social en las escuelas de educación básica en Centro-Tabasco, México.

Crystell G. Guzmán Priego¹
Guadalupe del C. Baeza Flores¹, Oscar G. Guzmán Martínez¹
Raúl Guzmán León¹, Jeannette Ramírez Mendoza¹
Juan M. Muñoz Cano¹ y Juan A. Córdova Hernández¹

Introducción

La nutrición y la salud oral se representa a través de una relación entre la microbiota oral y los alimentos que ocasionan como parte de su metabolismo, cambios en el pH de la saliva y sus componentes, con efecto local sobre la remineralización o la desmineralización dental (Stookey, 2008).

La ingesta excesiva de micro y macronutrientes y la desnutrición tienen efectos sobre la salud oral, por eso la tendencia de las caries se ve influenciada por características individuales y poblacionales ya que los hábitos dietéticos (Tipo de alimento y la frecuencia de la alimentación) tienen un rol elemental en el desarrollo de caries (Godivkar, Gadail, Godivkar, et al., 2018).

Los principales componentes de la dieta son azúcares y carbohidratos fermentables que son metabolizados, con efecto local en los dientes, el pH, la composición de la saliva y la placa ocasionando disminución de pH por debajo de 5,5 o niveles críticos (Touger y Loveren, 2003).

En el estado de Tabasco los reportes indican que en edad escolar el 82% de la población tiene presencia de caries (Ramírez, Rueda, Morales y Gallegos, 2012), además se reconoce la transición persistente en la alimentación de la comida tradicional a la comida moderna, en este contexto destaca que el consumo depende de la edad, nivel socioeconómico y tipo de población (Muñoz & Santos, 2015).

Objetivo

Determinar el patrón de consumo de carbohidratos y sus efectos en pH salival de niños de una escuela primaria rural del municipio del Centro, del estado de Tabasco.

Método

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa con diseño observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal. Se estudió una muestra no probabilística de 100 alumnos de la escuela primaria rural Miguel Hidalgo y Costilla, ubicada en carretera Villahermosa – La Isla, Centro, Tabasco obtenida a través de muestreo por conveniencia.

Se incluyeron en el estudio los estudiantes que cumplieron con tener entre 6 y 12 años de edad, de cualquier género, que hubieran respetado el ayuno solicitado, con presencia de caries y que sus padres aceptaran su participación a través de la firma de consentimiento bajo información. En este contexto no se incluyeron los estudiantes que tuvieran un tratamiento farmacológico u odontológico actual y que sus padres no aceptaran de forma verbal, el deseo de que su hijo se incluyera en la muestra. Por la característica longitudinal del estudio como criterio de eliminación se indicó que se eliminaría a los escolares que realizaran higiene oral después de desayunar.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Las variables de estudio se agruparon en demográficas, de salud bucodental y consumo de bebidas, que para su recolección, se diseñó un instrumento distribuido en 4 secciones la primera se destinó a la recolección de datos generales (edad y sexo), la segunda sección se destinó a la medición de la ingesta de los tipos de azúcares que consume en la dieta, hábitos alimenticios y la última parte permitía al investigador recolectar las variables de salud bucodental a través de un odontograma "ICDAS" y para la medición de pH salival.

Una vez aceptado por las autoridades competentes de la UJAT-DACS y de la escuela primaria Miguel Hidalgo y Costilla se fijaron 5 días para la obtención de los datos.

La recolección de información se sistematizó en 3 etapas. La etapa 1 inició con la habilitación de un sitio para realizar la exploración bucal física y mecánica para conocer la prevalencia de caries y la toma inicial de pH salival.

La etapa 2 se destinó a la aplicación de la sección del consumo de azúcares, del instrumento en forma de entrevista y se permitió el consumo de alimentos a libre demanda, según la dieta proporcionada por los padres.

En la etapa 3 fueron 2 tomas periódicas de pH, determinado por el tiempo después de finalizar la ingesta de alimento, programado a los 5 y a los 15 minutos.

El pH salival se obtuvo a través de una tira reactiva de marca HYDRION®, la cual se colocó debajo de la lengua y después de unos segundos, se comparó el color obtenido en la escala colorimétrica provista por el fabricante (HYDRION®) para finalmente registrarlo en el instrumento.

La información recolectada fue capturada en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel® y procesada con el software SPSS versión 21, donde las variables cuantitativas se analizaron a través de medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) y para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentaje.

Resultados

Se obtuvo una media de edad de 7.7 ± 1.6 años, en un rango de 5 a 12 años de edad. El género femenino representó el 54% (n=54).

Al determinar el patrón de consumo se encontró que las dietas eran ricas en carbohidratos y de estos el 99% consume sacarosa, el 95% lactosa, el 93% fructosa, y 92% algún tipo de edulcorante.

En la medición del pH inicial se encontró que el 67% (n=67) es ácido y el 33% (n=33) es neutro y en las mediciones posteriores (5 y 15 min) después de la dieta el pH se mantuvo ácido.

Con respecto a la prevalencia de caries según ICDAS se encontró una media de 14.0 ± 4.5 para el código 0, en 85% (n=85) de los escolares se encontró una media 3.3 ± 1.8 órganos dentarios con el código 4, en el 65% (n=65) de los escolares se encontró una media 2.3 ± 1.3 órganos dentarios con el código 5, en el 31% (n=31) de los escolares se encontró una media 1.4 ± 0.6 órganos dentarios [Tabla 1].

Tabla 1. Prevalencia de caries según ICDAS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
C0	100	6	23	14.0	4.5
C1	50	1	8	4.0	1.7
C2	6	3	6	4.3	1.3
C3	57	1	8	3.4	1.4
C4	85	1	8	3.2	1.8
C5	65	1	6	2.3	1.3
C6	31	1	3	1.4	0.6

Fuente: base de datos de pH salival y consumo de azúcar.

Conclusiones

En el presente estudio de salud oral de un grupo de escolares con distribución homogénea ligeramente mayor de mujeres, se encontró que la prevalencia de caries es de 85%. La evaluación del pH mostró que previo al consumo de alimentos la mayor proporción de los alumnos tuvo pH ácido, que después del consumo de alimentos permaneció el pH por debajo de 6. Con respecto a la dieta el patrón observado fue alto en carbohidratos, principalmente sacarosa.

Como se puede observar en nuestros resultados hay una alta prevalencia de caries y del patrón de consumo de carbohidratos la sacarosa es la más frecuente. En este contexto la sacarosa ha sido relacionada con la etiología de la caries ya que es fermentada por los microorganismos, principalmente por *St. mutans* ocasionando la desmineralización de las piezas dentales (Touger y Loveren, 2003), mientras que las dietas equilibradas ayudan a disminuir la gravedad de la enfermedad periodontal (Stookey, 2008).

En este mismo orden de ideas se reconocen los efectos de la dieta alta en azúcares su efecto en la disminución del pH salival, predisponiendo a la proliferación de la caries. Por los tanto, este trabajo demuestra la necesidad de desarrollar estrategias de marketing social para reducir el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido en azúcares con la finalidad de mejorar la salud oral, prevenir y controlar enfermedades crónicas en etapas tempranas, además de la utilidad del equipo multidisciplinario en el primer nivel de atención sobre la calidad de vida de la población tabasqueña.

Bibliografía

1. Godivkar SM., Gadbail AR., Godivkar RS., Sarode SC., Sarode GS., Patil S., Awan KH. (2018). Nutrition and oral health. *Disease a month*, (2018), 1-8. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011502918301287>
2. Muñoz-Cano JM., Santos-Ramos AJ. (2015). Personas de la tercera edad de comunidades rurales y la cocina tradicional de Tabasco, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21(1), 29-33. Recuperado de: [http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20\(INTERIORES\).pdf#page=33](http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTR.%20COMUN.%201-2015%20(INTERIORES).pdf#page=33)
3. Ramírez-Mendoza J., Rueda-Ventura MA., Morales-García MH., Gallegos-Ramírez A. (2012). Prevalencia de caries dental y maloclusiones en escolares de Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 11(1), 13-23. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305211>
4. Stookey GK. (2008). The effect of saliva on dental caries. *The journal of the American Dental Association*, 139(2), 11-17. Recuperado de: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)63877-0/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)63877-0/fulltext)
5. Touger-Decker R., Loveren C. (2003). Sugars and dental caries. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(4), 881-892. Recuperado de: <https://academic.oup.com/ajcn/article/78/4/881S/4690063>

Capítulo 19: Mercadeo social del condón para la prevención del VIH/sida desde la perspectiva de género. Centro Habana. 2018

Nery Suárez Lugo¹

María Regla Bolaños Gutiérrez¹ y Mariuxi Lizbeth Maza Jiménez¹

Introducción

El VIH/sida sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos. En Cuba existe una baja prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), a pesar de su ubicación en el Caribe, zona de alto índice de la epidemia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido directrices normativas y ofrece ayuda a los países para formular y aplicar políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para todas las personas que los necesitan.¹

Los datos indican que las formas de propagación del sida en Cuba constituyen una epidemia de transmisión sexual a través de relaciones sexuales desprotegidas. La proporción de casos, según esta forma de infección es del 96,1 % de los diagnosticados. El comportamiento por sexo define la epidemia cubana, como mayoritaria del sexo masculino, 80% de todos los infectados son hombres y el otro 20% corresponden al sexo femenino. La proporción de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), constituye el grupo más vulnerable.²

El uso correcto y sistemático del preservativo masculino o femenino en el curso de la penetración vaginal o anal puede proteger de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex, usualmente denominados condones, tienen un efecto protector contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que llega como mínimo a un 85%.

Una estrategia de mercadeo social para promover prácticas sexuales protegidas, pretende lograr el posicionamiento de una idea y conducta sexual segura, con un producto tangible, el condón masculino. Aunque se trata de un producto que se comercializa no persigue fines de lucro, de ahí que se enmarque en un propósito eminentemente social. Es una tecnología de comprobada efectividad en el cambio de conocimientos, actitudes y conductas en salud que se respalda en una tecnología sanitaria confiable.³

En los documentos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), y los proyectos con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el mercadeo social del condón (MSC), se centra en el manejo logístico de condones de calidad, a precio accesible, con disponibilidad del producto. Este tipo de estrategia, se complementa con distribución gratuita de condones y la campaña de comunicación para promover su uso en las relaciones sexuales, la cual se realiza de forma directa a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) y proyectos intersectoriales, en puntos de venta y medios de comunicación social. Los grupos meta son la población sexualmente activa, con énfasis en los grupos vulnerables y/o de riesgo: la juventud, HSH, las personas que practican sexo transaccional (PPST), y las personas viviendo con VIH/SIDA (PVsida).

¹ Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

En Cuba la epidemia de VIH/SIDA está caracterizada como concentrada de crecimiento lento pero sostenido. La Habana, capital del país, continúa siendo el territorio más afectado, con tasas de incidencia y prevalencia superiores a la media nacional. En la provincia de la Habana se concentra más de la mitad de los casos diagnosticados, enfermos de sida y fallecidos por esta causa. Centro Habana es uno de sus municipios que presenta un alto porcentaje de población afectada por este problema de salud. ²

La perspectiva de género ⁴ es una opción política para develar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres, en relación a los varones y permite ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa y obligatoria excluyente. El género transita silenciosamente en las representaciones con significados que se atribuyen a la sexualidad y atraviesan sus prácticas, fuertemente influenciados por el contexto social del cual emergen. Estas son cuestiones que deben tenerse en cuenta al planear programas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de las ITS/VIH/sida.

Desde esta perspectiva es importante reconocer, que aun predominan en la sociedad en general, y en particular en lo referente a la sexualidad, un orden de género dominante, que privilegia y coloca a las mujeres como objetos y reflejo de la biológica naturaleza humana. Numerosos proyectos para la prevención del VIH/sida, enfocados en el empoderamiento de la mujer, van encaminados a que emerjan formas de discusión y que genere cambios hacia la equidad de género. No obstante, muchos varones se muestran reacios a tomar parte activa en tales transformaciones y se convierten en obstáculos de las mismas.

Las prácticas y representaciones de la sexualidad es un tema muy debatido en estos tiempos y hay que valorarlo como un proceso, dinámico y complejo, que en cada contexto tiene sus particularidades, pero que aún con los avances que suelen percibirse en el contexto cubano, todo parece indicar que aunque la equidad de género está presente como claro ejemplo de democratización de las relaciones sociales de género entre mujeres y hombres constitucionalmente en la esfera laboral y profesional, no es así en la vida doméstica y en las relaciones de pareja estable o no, resulta aún difícil la negociación y en muchas ocasiones prevalece lo regulado socialmente como hegemónico, por supuesto sujeto a estereotipos convencionales de género y resistencias masculinas, sin dejar de vislumbrarse las exigencias femeninas de transformación y las expectativas de cambio por parte de las mujeres y en algunos casos por los propios hombres. El género es por tanto, una variable de segmentación distintiva. ⁵

La situación descrita apunta a la necesidad de obtener información sobre la aplicación de la estrategia del mercadeo social del condón para la prevención del VHI/sida y el enfoque de la misma, desde la perspectiva de género en el municipio de Centro Habana de la capital del país, que supera la tasa de incidencia provincial en el año 2018.

Objetivo

Caracterizar la estrategia del mercadeo social del condón masculino para la prevención del VHI/SIDA desde la perspectiva de género en el municipio Centro Habana en el 2018.

Método

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, tipo mixto por su carácter cuantitativo y cualitativo, empleando la revisión bibliográfica y documental, entrevistas y grupos focales a población, vendedores e informantes clave. Se definieron un conjunto de variables con sus indicadores.

El universo de la investigación es la población del municipio de Centro Habana de 15 años en adelante. Para la selección de la muestra se escogieron los centros de salud con mayor prevalencia de VHI/SIDA del municipio Centro Habana; se eligieron los consultorios médicos con más casos. Basados en el número de

la población que pertenece a cada consultorio, por muestreo probabilístico se seleccionó a 255 personas a encuestar, de las cuales 123 fueron hombres y 132 mujeres. De forma propositiva, se entrevistaron vendedores de farmacias e informantes claves de las áreas de salud donde se hizo la investigación.

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información, entrevista y grupo focal, fueron diseñados y evaluados por expertos y sometidos a su respectivo pilotaje en otro municipio de la capital.

Para el análisis fue elaborada una base de datos en SPSS 24 y la información fue resumida en frecuencias y porcentos en tablas estadísticas, que muestran los resultados y permiten el análisis y discusión de los mismos.

Los entrevistados fueron informados de la importancia de esta investigación; que en todo momento se respetarían sus decisiones y la autonomía propia de cada uno. El consentimiento informado fue solicitado mediante una planilla, el instrumento para la recolección de datos es anónimo y los resultados publicados para fines científicos.

Resultados

De la población entrevistada 48.2% fueron hombres y 51.8% mujeres, el mayor grupo de edad es 30 a 34 años y el menor de 55 a 59 años; la escolaridad más alta es la media y la de menor presencia la universitaria; la ocupación de mayor frecuencia es la de trabajador y el 49.4% está casado.

Referente a los conocimientos, actitudes y prácticas de las población, se encontró que el 93.7% consideran que la forma de infectarse por VIH es por transmisión sexual y 94.5 % dijo, que se previene teniendo relaciones sexuales con una pareja estable no infectada y 88.2 % que el examen de laboratorio es la única forma de conocer la infección; 99.6 % mencionó que las ventajas de usar condón, es que evita el embarazo no deseado y protege de las ITS/VIH. Lo anterior, refleja un conocimiento adecuado acerca del tema investigado.

El 3.9% tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres; 29.4% usa condón con su pareja estable, con parejas ocasionales el 37.3% y el 31.4% con todas las parejas; usan en relaciones sexuales anales el 89.4 % y el 86.3 % en las orales. El uso del condón aun no alcanza el nivel requerido para lograr la prevención del VIH/sida.

El 85.9 % considera que con el condón pueden tener relaciones sexuales placenteras; 76.5% considera que no produce pérdida de sensibilidad; 75.3 % por decisión mutua plantea su uso; 84.7 % considera que una mujer que solicita usar condón es precavida; 91.4% piensa que las mujeres deben llevar condones; El 95.7 % dijo que ambos deben decidir el uso; 50.2 % prefieren la marca Vigor y 78.0 % la prefieren porque es de mejor calidad. Se mantienen estigmas con relación al uso, así como prevalece la figura masculina en la decisión de la pareja heterosexual. No fue factible determinar cómo se comporta en la relaciones de los HSH.

El 99.2 % prefieren comprar condones en farmacias, 50.6 % valora la calidad de los condones como buena; 40.4% ha tenido dificultades para comprarlos, el 95.3% no se ha sentido cohibido al hacerlo y 50.4% considera que la religión no limita el uso del condón.

En los grupos focales con la población, se ratifica la marca "Vigor" como preferida y que al no haber el gratuito es su opción. Quienes no lo utilizan manifestaron, tanto hombre como mujeres, es porque tienen parejas estables, pero si lo usan cuando la pareja es ocasional y la decisión es mutua para utilizarlo. Los hombres también indicaron que es muy incómodo, que ellos vienen de generaciones pasadas donde el uso del condón no existía. Se ratifica que la religión no es un impedimento para su uso.

En cuanto a la disponibilidad señalan, que siempre hay condones, aunque no sean de la marca preferida, propusieron retomar la venta en otros lugares, porque atienden a cualquier horario, además que mejoren la calidad y variedad de los condones.

La totalidad de los vendedores de las farmacias entrevistados venden las marcas de condones “Vigor” y “Momentos”. La preferencia de los compradores es a la marca “Vigor”; manifestaron que ambos sexos, compran las dos marcas y piensan que deben comprarlos tanto hombres como mujeres; consideran que una mujer que solicita el uso del condón es precavida; la totalidad de los clientes los compran como cualquier producto, no han notado diferencia cuando compran mujeres y tampoco les da vergüenza venderlos a las mismas; nunca han percibido conductas negativas en las personas, cuando una mujer solicita condones y consideran que la comercialización de condones en otros tipos de establecimiento que no sean farmacias no limita el acceso a mujeres.

Sobre la disponibilidad de condones, los informantes clave entrevistados señalaron en su totalidad, que sí les asignaron condones para distribución gratuita, el 54.5 % dijo que fue suficiente; todos entregaron los condones a la población y 54.5 % manifestó que se cumplió con el plan de distribución pero que no se encuentra acorde a la demanda. El 72.7 % considera como barreras para la promoción del condón la falta de materiales promocionales.

Los resultados descritos permiten identificar como barreras para la adquisición y el uso del condón las siguientes: poca disponibilidad y variedad del producto; baja calidad de los condones disponibles, horarios limitados en las farmacias y no ofertarse en otros lugares; ser mujer, también denota ser una barrera para el uso del condón, aunque tuvo una discreta mejoría con relación a estudios anteriores. (7) Sobre el proceso de aplicación de la estrategia de MSC, de la población entrevistada, el 69.4 % dijeron que sí le han entregado condones gratis; 82.7 % han observado propaganda de condones; 98.0 % en las farmacias; 83.2 % consideran que la promoción del condón es para ambos sexos y 81.2 % dijo lo mismo sobre los mensajes educativos del condón.

Desde la perspectiva de los informantes clave, se encontró que 81.8 % declara haber recibido materiales promocionales; 72.7 % que las acciones para promover su uso son las charlas y 45.4 % disponen de recursos financieros.

De los vendedores entrevistados, la totalidad consideran la falta de material como dificultad para las acciones de promoción del condón; así como, que debe haber más abastecimiento y variedad.

Estos resultados se acercan a una valoración positiva de la población, con relación a la estrategia de MSC desde su componente de promoción y comunicación, pero no así, por los que tienen que realizarla, esto es, vendedores, promotores y trabajadores de la salud.

La capacitación, como componente del MSC, dice no haber sido recibida por el 90.9 % de los informantes; mientras que los vendedores declaran que sí, pero que no disponen de material promocional para poner en práctica lo aprendido.

Como acciones que pueden mejorar el uso del condón, el 36.4 % de los informantes, consideran información y promoción; 18.2 % cree que hay que unir a las campañas la variedad de condones.

En el caso del municipio estudiado, que a la vez es reflejo de la situación nacional, la variedad de condones y los precios diferenciados, no ha podido lograrse como parte de la estrategia de MSC, lo que se identifica por la población y los informantes, como una dificultad para lograr el posicionamiento del uso de condón.

Referente al enfoque hombre / mujer en el MSC, 90.9 % mencionan que la estrategia sí incluye actividades para promover el uso del condón en ambos sexos y el 81.8 % dijo que los mensajes educativos incluyen a la mujer; el 90.9 % manifestó que el tema mujer y uso de condón, así como masculinidad, se abordan de forma natural y la totalidad considera que la comercialización en otros lugares que no sean farmacias, no limita el acceso a las mujeres.

Desde la perspectiva de género, en la población entrevistada se evidencia, que los hombres están más informados sobre el uso correcto del condón. Considerar la decisión de usar el condón como mutua, es inferior a la mitad de la población estudiada, siendo menor en los hombres que en las mujeres, lo que indica que en la pareja no prevalece este comportamiento. Se percibe que el hombre considera la supremacía en la relación sexual, porque predomina el criterio de que la mujer que solicita usarlo es muy experimentada y liberal, mientras que las mujeres consideran que si solicita su uso es precavida.

Sin embargo, en lo que se refiere a comprar el condón, los vendedores de las farmacias no perciben diferencias ni se sienten cohibidos; no se distinguen prejuicios con relación al género, dado que consideran que ambos deben comprarlo y que la mujer que lo hace es precavida.

Por su parte, los informantes, tanto hombres como mujeres, consideran que la estrategia del MSC tiene enfoque de género porque incluye a la mujer; y el tema condón y masculinidad se aborda con normalidad.

De manera general, la estrategia de mercadeo social del condón, en el municipio de Centro Habana en el periodo analizado, refleja que el componente de comunicación, información y promoción ha dirigido su interés hacia la perspectiva de género y se ha centrado en promover el condón y su uso, lo que constituye un avance en relación a periodos anteriores estudiados. No obstante, se aprecia la carencia de materiales actualizados para realizar la misma y la capacitación no ha incluido a todos los involucrados en las acciones. Los resultados del estudio permitirán acercar más a las insuficiencias en cuanto a conocimientos de cada uno de los segmentos de la población y actuar en particular en función del empoderamiento, fundamentalmente de las mujeres, para lograr prácticas sexuales más seguras.

La principal dificultad se concentra en la no disponibilidad del condón de la marca de preferencia para las mujeres y los hombres, que precisamente es la posicionada en la estrategia de MCS, lo que coincide con lo que ocurre a nivel nacional, debido al retraso de la compra de condones y entrega a las instituciones encargadas de su distribución.

Existe una política nacional sobre el mercadeo social del condón contemplada como parte del Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/sida, del Programa Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida y del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional Multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba con el Objetivo 3: Mejorar la calidad y manejo logístico del condón a través del mercadeo social, el cual tiene contemplada sus acciones en la provincia de La Habana y municipio Centro Habana; sin embargo, aunque existen los documentos que lo reflejan, los resultados obtenidos revelan que no siempre se cumple de acuerdo a lo establecido.

Los resultados obtenidos se asemejan a otros estudios realizados en la región latinoamericana, pero se aprecia un mayor conocimiento sobre el uso del condón, aunque en relación a la disponibilidad, en esos contextos no se presenta como dificultad, existiendo amplia variedad en su oferta. (7), (8), (9).

La falta de disponibilidad apunta como el principal problema no superado en estudios anteriores, sino que se ha agudizado en los últimos tiempos, fundamentalmente en la capital del país, lugar de mayor concentración de la población y a la vez de la epidemia. (3), (10), (2).

Razones de orden económico pueden estar relacionadas con la situación referente a la importación, logística y comercialización del condón, las que no han sido consideradas en el presente estudio por tratarse de una investigación local, pero que requiere análisis para poder hacer coherente la estrategia de MSC en el país y por consiguiente en sus municipios.

Es interesante que a nivel mundial y en particular en el caso de Cuba, las estrategias de MSC para la prevención del VIH/sida, centren su atención en el condón masculino, que ya de por sí crea una desigualdad en cuanto al enfoque de género, dado que la decisión de su uso queda en última instancia a cargo del hombre. La poca disponibilidad del condón femenino y las incomodidades de su uso que se le atribuyen, apunta también a que tal desigualdad sea resuelta a nivel de las políticas y por consiguiente en el orden práctico.

Conclusiones

Aunque la población estudiada conoce sobre el condón, su uso, beneficios, el VIH/SIDA y su transmisión, prevalece la falta de empoderamiento y la presencia de mitos en el imaginario popular que propician una actitud estereotipada que no favorece su utilización en las relaciones sexuales para la prevención del VIH/sida.

La limitada disponibilidad de condones en farmacias, la ausencia de otros lugares con oferta; la poca variedad de las marcas posicionadas en la población, constituyen barreras para la accesibilidad y uso del condón y ocasiona un retroceso de la estrategia de Mercadeo Social.

La estrategia del mercadeo social del condón para la prevención del VIH/sida en general y en particular desde la perspectiva de género en el municipio Centro Habana en el 2018, muestra un discreto avance de acuerdo a lo establecido, siendo los problemas fundamentales derivados de los que se presentan a nivel nacional.

Bibliografía

1. ONUSIDA. Informe Mundial: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2013. [citado 6 DIC 2019]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf
2. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 14 DIC 2018]:166. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
3. Suárez N. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [Citado 6 DIC 2018]; 39: 950-60. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2_1429934014
4. Hendel L. Perspectiva de género. [Internet]. Argentina: UNICEF; 2018 May [Citado 20 DIC 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_Perspectiva_Genero_WEB.pdf
5. Bolaños MR, Rojo N, Hernández N, Molina I, Rodríguez N, et al. Avances y brechas en el Mercadeo Social del Condón en La Habana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep [Citado 6 DIC 2018]; 41(3): 476-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662015000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Capítulo 20: Prevención del embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual mediante una estrategia de marketing

Elena Dolores Domínguez Pérez¹, José Gabriel Silva Sánchez¹
Heberto Romeo Priego Álvarez¹ y Juan Antonio Córdova Hernández¹

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el intervalo entre la niñez y la edad adulta y se caracteriza por ser uno de los estadios de más importancia en el desarrollo del ser humano, debido que es aquí donde se realizan cambios a nivel biológico, social, interpersonal y psicológico, lo que produce incertidumbre y ambigüedad entre los jóvenes.¹

La incorrecta orientación sexual de los jóvenes, ligado a comportamientos sexuales adultos, anexados a las singularidades propias de la edad, la escasez de experiencia, y el intempestivo deseo de explorar, incita a los adolescentes a comportamientos sexuales de riesgo, sin conciencia de ello y sin los adecuados niveles de protección para la salud, acarreado como resultante complicaciones de salud y sociales como los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.²

A nivel global la incidencia de embarazo juvenil se aprecia en 46 nacimientos por cada 1.000, entre tanto que la tasa de embarazo adolescente en los países de América latina y el Caribe prevalece el aumento de jóvenes gestantes lo que las ubica como las segundas más altas a nivel global, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, la mayor incidencia ellos se registran en naciones en vías en desarrollo; las complicaciones del embarazo y parto son parte de las principales causas de muerte en mujeres entre los 15 a 19 años.³

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) refiere que en la actualidad residen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. De los cuales 23% de las y los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y los 19 años. La prevención del embarazo adolescente cobra cada vez mayor relevancia en la sociedad ya que los jóvenes representan la mayoría poblacional dentro de los grupos quinquenales.⁴

En el estado de Tabasco, durante el año lectivo 2017 se registraron 8,316 casos de embarazo adolescente, informó la Secretaría de Salud estatal. Datos obtenidos de la plataforma de vigilancia epidemiológica para el riesgo materno y del recién nacido (SIVE-MATER), tan solo en el municipio de Nacajuca hasta el cierre en 2018 se registraron 2,6668 embarazos de los cuales 17 corresponden a niñas de edades entre 10 a 14 años, y 574 del total de embarazos restantes corresponden a adolescentes de 15 a 19 años.⁵

El fraccionamiento Bosques de Saloya, perteneciente al municipio de Nacajuca, es la localidad elegida para realizar la estrategia de Marketing mix de “Empoderamiento para la prevención del embarazo en adolescentes mediante una estrategia de marketing”. Datos obtenidos directamente del área de salud preventiva del Centro de salud con servicios ampliados (CESSA) de la comunidad en mención durante 2018 registró al momento del cierre de reporte mensual noviembre 2018 un total de 55 embarazos.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Del total de embarazos 11 son correspondientes al grupo poblacional de alto riesgo, de los cuales se desprenden 6 embarazos en jóvenes de 15-18 años y 4 embarazos en niñas de 14 años, las cuáles al solicitar la información ya habían concluido con el ciclo del embarazo.

Análisis de la situación

Para potencializar las estrategias que se pretenden implementar y de acuerdo a los datos antes expuestos, se realiza un análisis FODA que nos permita conocer los aspectos de macro ambiente (entorno general) y microambiente (ambiente propio) del problema, como punto inicial para el diseño e implementación de un plan mercadológico. En un trabajo conjunto con el CESSA urbano Bosque de Saloya de la jurisdicción sanitaria 13 de la Secretaría de Salud, Nacajuca, Tabasco.

Análisis FODA de prevención del embarazo adolescente.

FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
1.- Existe un órgano institucional que es el sistema nacional de salud 2.- Existe un marco legal para la ejecución de programas (NOM 005 De los Servicios de Planificación Familiar). 3.- Existe una estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente 4.- Existe medios de comunicación para la difusión del programa	(Más específicos a la localidad) 1.- Escasez de métodos anticonceptivos en puntos de atención 2.- Falta de cobertura de los servicios de salud 3.- Falta de servicios especializados en salud sexual y reproductiva 4.- Falta de preparación del personal de salud para trabajar con adolescentes 5.- Falta de apoyo a la planificación familiar 6.- Falta de programas de educación sexual 7.- No todos los jóvenes tienen acceso a los medios de comunicación 8.- Deficiente accesibilidad a los métodos anticonceptivos 9.- Fragmentación del sistema de salud 10.- Falta de habilidad, destreza y conocimiento en el manejo del programa de planificación familiar
OPORTUNIDADES (O)	AMENAZAS (A)
1.- 2,570 adolescentes de 10-19 años concentrados en las escuelas. Correspondiente al 18.6% de la población total de Bosques de Saloya. 2.- Población joven idónea para un cambio de actitud 3.- Utilización de los medios de comunicación para el programa 4.- Relación intersectorial entre el sistema educativo y de salud 5.- Capacitación del personal de salud a los profesores en temas de planificación familiar 6.- Contar con sociedad de alumnos para atender temas de planificación familiar con los padres.	1.- Inicio de vida sexual activa a temprana edad 2.- Uniones entre mujeres adolescentes y hombres adultos 3.- Abuso sexual 4.- Estereotipo cultural 5.- Baja percepción del riesgo en los jóvenes 6.- Ausencia de proyecto de vida 7.- Falta de habilidades para poner en práctica conocimiento e información sobre sexualidad y protección 8.- Incapacidad para negociar relaciones sexuales con protección 9.- Libre acceso a material pornográfico en internet.

Objetivo

Diseñar una estrategia de marketing para la prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual en adolescente.

Meta: Aumentar el conocimiento en métodos de planificación familiar y actitud positiva hacia su uso en el 80% de los adolescentes.

Segmentación del mercado

Mercado potencial: 2,570 adolescentes de la localidad de Bosques de Saloya, Nacajuca, Tabasco. Mujeres: 1,243 Hombres: 1327.

Mercado meta: 80 adolescentes de 12 y 13 años de edad de 1er año escolar de la escuela secundaria de la localidad de Bosques de Saloya, Nacajuca, Tabasco.

Marketing mix		
Variable de análisis	Aspectos de la variable	Procedimiento
Producto	Curso “Desarrollo de los caracteres sexuales en la adolescencia” Curso-taller “Métodos de planificación familiar” Curso “Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazo adolescente”	Se acudió a la escuela secundaria de Bosques de Saloya para comunicar a las autoridades de la institución sobre la intervención a realizar. Se realizó un taller denominado “La caja de preguntas”, donde el objetivo principal fue que los alumnos expresaran sus inquietudes sobre métodos de planificación familiar y enfermedades. Posteriormente se acudió al centro de salud de la misma localidad, para informar sobre la actividad a realizar y los acuerdos establecidos con la institución educativa. Se envió a los padres de familia la carta de consentimiento informado, para hacer de su conocimiento y autorizaran que sus hijos participaran en las actividades planeadas. Se capacitará a un grupo de estudiantes sobre la biología de la reproducción, métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en el periodo de enero-abril del año en curso. Los adolescentes realizarán actividades dentro del aula que serán compartidas con los alumnos de otros grupos y grados de la misma institución.
Precio	No representa pago directo o costo para los usuarios, pero si incurre en otro tipo de costo alternativos o de oportunidad.	Costo de oportunidad: Permiso a su profesor
Plaza	Escuela secundaria Manuel Campos Payró, ubicada en el Fracc. Bosques de Saloya, turno matutino.	Se asignarán dos aulas en las que dos alumnos, previamente capacitados y supervisados por alumnos de la maestría en Salud Pública, llevarán a cabo las actividades del curso-taller. La clausura de este se realizará en la plaza de la misma institución, donde se presentarán los productos realizados por los adolescentes. En un horario de 8 de la mañana a 1 de la tarde.
Promoción	Redes informales de comunicación (rede sociales), medios impresos (volantes, carteles)	Se realizará a través de videos, presentaciones visuales, carteles y material impreso.

Evaluación

La campaña contará de tres fases, de diagnóstico, diseño y ejecución. Antes de iniciar los talleres, se evaluó (evaluación diagnóstica) a los adolescentes con un instrumento denominado “Cuestionario sobre conocimiento y actitudes sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos” el cuál fue elaborado por Rojas y Valle (2017), en base al instrumento elaborado por Navarro y López en el 2012. El instrumento cuenta con dos secciones, en la primera cuenta con 20 ítems dicotómicos (“si”, “no”) para evaluar el conocimiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (10 ítems) y métodos anticonceptivos (10 ítems), esta sección obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.704. La segunda sección está constituida por 30 ítems tipo Lickert con 5 alternativas de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Y consta de 3 dimensiones: área cognitiva (10 ítems), área afectiva (10 ítems) y área conductual (10 ítems) para evaluar la actitud hacia el uso de los métodos anticonceptivos. Esta sección obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.847. Siendo la confiabilidad del instrumento Alfa >0.6. Al concluir los talleres se realizará una evaluación final con el mismo instrumento. Se considerará que la campaña fue exitosa, si superamos un nivel de conocimiento $\geq 80\%$ en la primera sección y una actitud favorable con una puntuación ≥ 132 puntos.

Resultados

Se encontró que el 100% (25) de los adolescentes presentaron bajo conocimiento en las dimensiones de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, el 72% no tiene conocimiento de que es la abstinencia sexual, un 60% informó que el preservativo no es un método de planificación familiar, el 68% refirió que es necesario usar preservativo solo en el momento de la eyaculación para evitar contraer una ITS. En la variable actitud, el 60% (15) presentó una actitud desfavorable hacia el uso de los métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual y el 40% (10) presentó actitud neutral. El 76% está totalmente de acuerdo y de acuerdo que no es necesario recibir información sobre preven-

ción de ITS, el 52% está totalmente de acuerdo que las ITS se transmiten solo por vía vaginal. El 44% está totalmente de acuerdo y de acuerdo en no sentirse a gusto hablar con sus padres sobre métodos anticonceptivos.

Conclusiones

Los adolescentes de educación básica presentaron un nivel de conocimiento bajo y una actitud desfavorable y neutral sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, este diagnóstico nos permitirá diseñar y aplicar una intervención de marketing en una segunda fase.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Felipe Hurtado Murillo; Felipe Francisco Donat Colomer; Julia Colomer Revuelta; Eduardo Pla Ernst; Ana Sánchez Guerrero; Silvia Sarabia Vicente; Juana Cantero Llorca. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. Revista iberoamericana psicósomática. 2014.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América latina y el Caribe. 2018. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF
4. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Mayo 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
5. Sitio institucional de la Secretaría de Gobernación. 2018. Consultado en: <https://tabasco.gob.mx/noticias/disminuyo-117-por-ciento-embarazos-de-adolescentes>

Capítulo 21: Relación en la construcción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios mediante una estrategia de mercadotecnia social

Miryam Villamil¹

Introducción

La imagen corporal es la forma como las personas se perciben a sí mismas y como por medio de ésta forman y se integran a sí mismas, adicionalmente adquieren elementos para relacionarse y desempeñarse en actividades cotidianas. La forma de valorar esta percepción del cuerpo, es por medio de la figura y a través de mediciones de parámetros antropométricos como son el peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal y la cantidad de grasa que almacena en el cuerpo, se puede lograr un acercamiento más real del constructo de la imagen corporal.

Los parámetros anteriores constituyen elementos que permiten realizar una valoración del estado de salud y realizar una categorización nutricional en relación con el peso de: bajo, normal, sobrepeso y obesidad, que admite determinar riesgos metabólicos, cardiovasculares, endocrinos que finalmente van a desencadenar enfermedades como hipertensión arterial, síndrome metabólico, obesidad, apnea del sueño y a nivel de salud mental, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios.

Según la OMS En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos, alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos; adicionalmente el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En el año de 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014, lo cual se convierte en un verdadero problema de salud pública.

La forma de valorar esta percepción del cuerpo se puede ejecutar por medio del análisis de la figura corporal y contrastarla con mediciones de parámetros como el peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal y la cantidad de tejido celular subcutáneo que se encuentra en áreas como región abdominal y extremidades. Todos estos parámetros constituyen variables que valoran el estado de salud y permiten clasificar a las personas en rangos como son: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad, de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para definir el sobrepeso y la obesidad, se utiliza el criterio de la OMS, del índice de masa corporal, en el cual se establece la relación entre el peso corporal, expresado en kilogramos, dividido por la estatura elevada al cuadrado expresada en metros, lo cual si es mayor de 25 y 30 respectivamente nos indican sobrepeso u obesidad. Siendo estos trastornos determinantes como factores de riesgo para enfermedades como hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, enfermedad coronaria, cáncer de seno. Además, se pueden relacionar con enfermedades y/o trastornos mentales como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos del comportamiento alimentario.

Si la persona realiza una valoración adecuada de su imagen corporal, no sólo si considera la aceptación estética del cuerpo, sino la considera como un todo, ello le permitirá un adecuado crecimiento y

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia

fortalecimiento de todas sus potencialidades por medio del autocuidado de la salud; por tanto si con campañas escolares podemos concientizar y afianzar los estilos de vida saludable que incluyan una alimentación equilibrada y realización de actividad física, podemos impactar a grandes grupos poblacionales y mejoraremos las tasas de supervivencia -años de vida saludable – lo cual influirá en mejoramiento de todas las generaciones y de las naciones, con una inversión económica muy baja.

En Colombia según el DANE (El Departamento Administrativo Nacional de Estadística) en el año 2011, reportó que la tasa de obesidad era de 16.5% y la de sobrepeso del 34.6%, lo cual demuestra que aproximadamente el 50% de la población colombiana, está en riesgo de enfermedades cardiovasculares asociadas con problemas nutricionales y con disminución de la actividad física.

La construcción de la autoestima y la forma de la figura corporal, son elementos, percepciones y sentimientos que tienen que ver con la salud física y mental, cuyos aportes ayudan y fortalecen la construcción de las relaciones sociales y de hábitos de vida saludable, que van a prevalecer durante toda la vida y que tienen diferentes elementos que lo integran. En la adolescencia es donde existe la tendencia al incremento y refuerzo de los constructos de autoestima y de imagen corporal aceptable para la sociedad; por tanto se hace indispensable, detectar alteraciones de la percepción de la figura corporal y su relación con el desarrollo de la personalidad y evitar problemas de depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento alimentario; de igual forma se requiere fortalecer los hábitos alimentarios y de actividad física para tener una salud integral, desde los aspectos cardiovascular, osteomuscular y finalmente mantener una vida saludable, que potencie todas las capacidades del ser humano. Es por tanto primordial poner especial cuidado en esta etapa, debido a que van emergiendo inseguridades y pueden detectarse las implicaciones que esto conlleva, es importante recalcar e identificar estos aspectos que le permite relacionarse con sus semejantes, ya que el cuerpo y su imagen es la carta de presentación inicial ante los demás miembros de sociedad ya sea a nivel familiar, escolar, institucional, Marrodan (2008).

La imagen corporal es la manera como las personas se perciben a sí mismas y cómo por medio de ésta, se forman conceptos y se integran a sí mismo, adquiriendo criterios y elementos para relacionarse y desempeñarse en las actividades sociales cotidianas. Schilder la define como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 2004); una visión más amplia la genera Chávez (2004) quien dice que la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético-corporales específicos para cada uno.

Los adolescentes y adultos jóvenes son un grupo susceptible para desarrollar sobrepeso y obesidad, debido a que cambian o abandonan estilos de vida saludable, lo cual puede influir en la construcción de su percepción y construcción de la imagen corporal, y que incrementa el riesgo para desarrollar trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia, la bulimia y de enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la diabetes, por lo cual es el grupo poblacional donde debemos impactar para disminuir las tasas de morbi-mortalidad impactando en los factores de riesgo modificables.

En Colombia un estudio en adolescentes demostró que el IMC guarda relación con la autopercepción del peso corporal, lo cual ratifica que las personas tienen conciencia de “como se sienten y como se ven” y como esto ayuda en la construcción de su imagen corporal (Herazo E, Villamil M, 2013,), de otra parte cuando la persona realiza una valoración adecuada de su imagen corporal, no sólo considera la aceptación estética de su cuerpo, sino también la analiza como una unidad, la cual le permitirá un adecuado crecimiento y fortalecimiento de todas sus potencialidades, por medio del autocuidado de la salud. Lo cual puede lograrse con estilos de vida saludable que incluyan una alimentación equilibrada y la realización de actividad física.

Estudios han demostrado que existen cambios en los hábitos alimenticios, cuidado del cuerpo y realización de actividad física en relación con el ingreso a la universidad (Graham y Jones, citados por (Pulido Rull, M A; Coronel Villalobos, M; Vera García, F; Barousse Martínez, T, 2011) encontraron que hay un incremento de 7 kilogramos en el primer año de educación universitaria, el 15,16% de sus estudiantes tenían sobrepeso y 3% obesidad y que existía diferencia en el cuidado de la salud más en facultades de derecho, e ingeniería de sistemas en relación con áreas de odontología y diseño gráfico.

Objetivos

Identificar los factores que contribuyen en la formación y aceptación adecuada de la imagen corporal.

Potencializar la mercadotecnia social para que se generen campañas de hábitos de vida saludable en los escolares.

Método

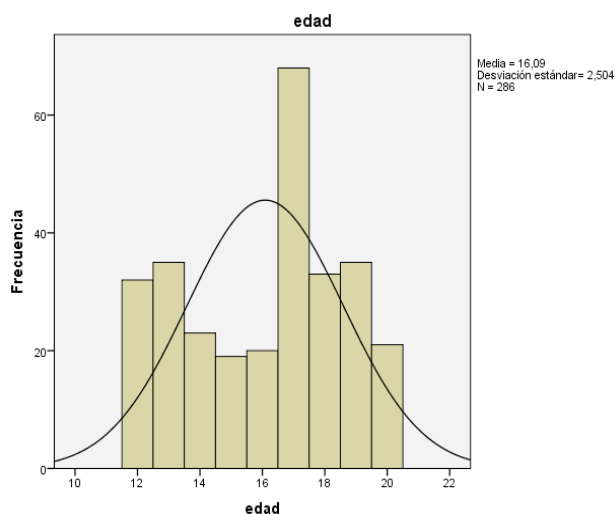
Participaron 287 estudiantes entre 12 y 20 años, de una institución de educación básica media de población de Funza y estudiantes universitarios y de carrera tecnológica de la ciudad de Bogotá y Cajicá; quienes contestaron tres instrumentos de auto reporte para evaluar: imagen corporal Body Shape Questionnaire, cuestionarios de actividad física y de hábitos alimentarios de la encuesta de salud de la OMS; además se registraron mediciones de peso y estatura para calcular el índice de masa corporal, la cantidad de grasa abdominal en brazo y abdomen, las circunferencias abdominal y de cadera, para generar una figura de la imagen corporal.

Resultados

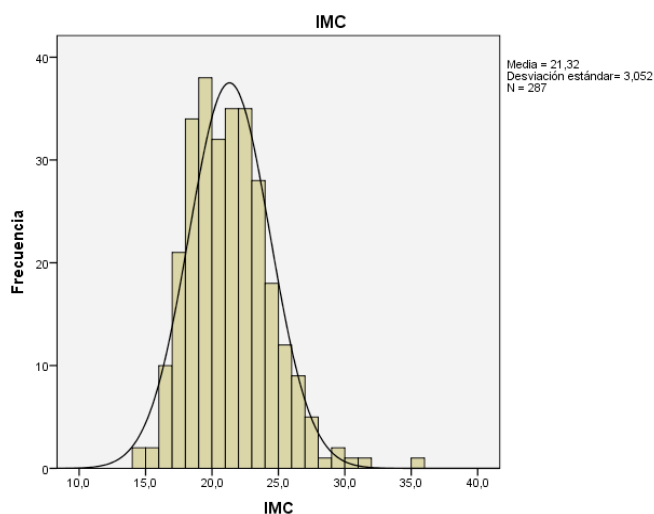
Del total de participantes 287, el 54.4% (156) fueron mujeres y el 45.6% (131) fueron niños, los cuales se distribuyeron por rangos de edad, como se observan en la gráfica número 1, lo que demuestra que tenemos una distribución normal de la población, que para los efectos de nuestra campaña sobre imagen corporal puede ser dirigida a toda la población estudiantil, sin enfatizar en un rango específico de la población.

La población analizada se distribuyó 51.3% población universitaria, 6.2% nivel técnico y 42.5% de educación básica secundaria, de la cual, como lo muestra la gráfica número 2 es que el 68% de la población está en un rango de normalidad respecto al peso, lo cual nos puede ayudar para que con ejercicio y dieta saludable no pase a tener sobrepeso u obesidad y que la campaña puede impactar al 95% de la población para cambiar los estilos de vida.

Gráfica número 1

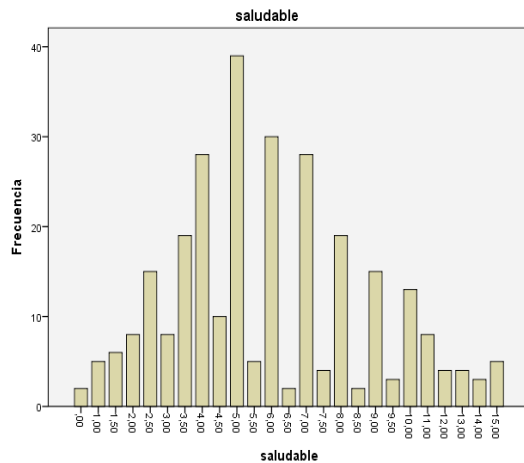


Gráfica número 2

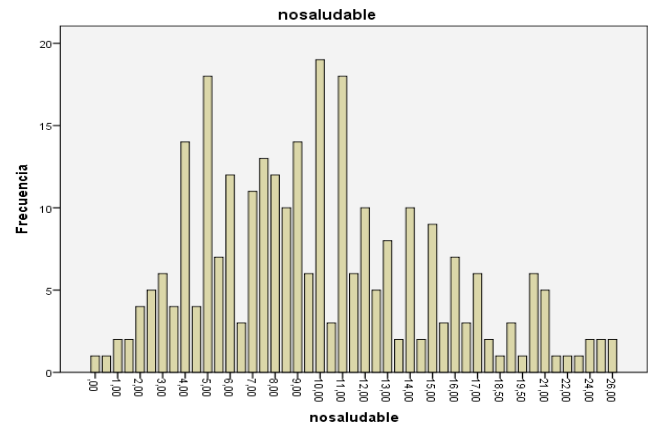


Basándonos en la encuesta de la OMS, se reorganizaron las preguntas para definir si los estudiantes tenían hábitos de vida saludables o perjudiciales, identificando cuál de estos es más fácil de impactar para nuestra campaña, encontrando que la mayoría de los participantes tienen hábitos saludables como son comer frutas, verduras, caminar, comer lácteos y consumir alimentos preparados en caso, por el contrario la frecuencia de hábitos no saludables como consumir gaseosas, bebidas azucaradas, paquetes, alimentos preparados industrialmente. como se observa en la gráfica número 3 y 4.

Gráfica número 3

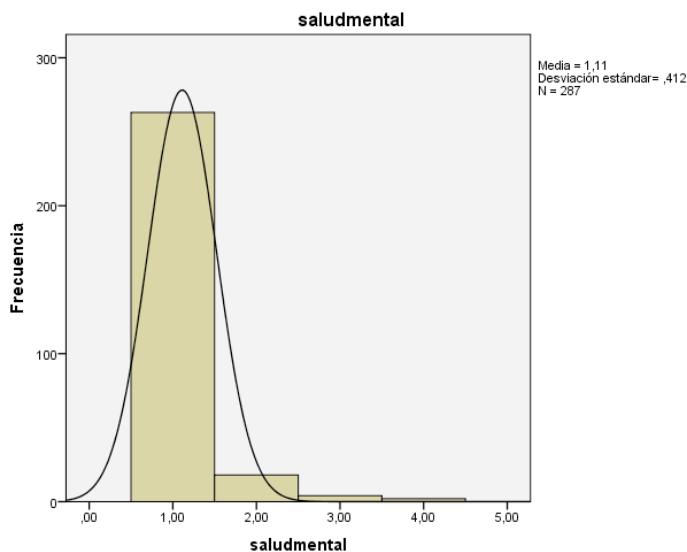


Gráfica número 4



En la gráfica número 5 y basado en Cuestionario de la Figura corporal (BSQ) de Cooper (1987), el cual consta de 34 ítems que evalúan la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. Basados en estos criterios se clasificaron las puntuaciones en 4 categorías, para determinar los niveles de insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso en: No preocupado ≤ 80 , ligeramente preocupado 81-110, moderadamente preocupado 111-140, extremadamente preocupado ≥ 140 ; obtuvimos que más del 96% de la población se preocupa en forma moderada por su figura, lo cual está en relación con su constructo adecuado de su imagen y la relación con su IMC y que es muy bajo el porcentaje de estudiantes que tienen una preocupación excesiva por su figura, que podría ser considerada como patológico.

Gráfica número 5



Finalmente, y de acuerdo a las consideraciones de Philip Kotler define a la Mercadotecnia Social como: “el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, re-

chazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad.” Consideramos que cuando generamos elementos conceptuales acerca de los hábitos de vida saludable, podemos modificar positivamente la construcción de una imagen corporal sólida y minimizamos los riesgos de enfermedades cardiovasculares y mentales en la población estudiantil, disminuyendo el matoneo y las tasas de suicidio de este grupo de personas.

Conclusiones

A medida que vamos incrementando nuestra edad, por las múltiples actividades vamos disminuyendo nuestras actividades de ejercicio: caminar, subir escaleras, permanecemos mucho tiempo sentados lo cual acrecienta la posibilidad de sobrepeso, obesidad y va transformando nuestra figura corporal ; de igual forma nuestros hábitos alimenticios se van tornando más rutinarios y tendemos a consumir menos frutas y verduras e ingerir alimentos con una mayor carga calórica lo cual amplía la probabilidad de alteraciones metabólicas , las cuáles se pueden disminuir y evitar con muy poco dinero y con fuertes campañas educativas para lograr transformar nuestra imagen y figura corporal, afianzando nuestra autoestima y protegiendo e incrementando nuestra calidad de vida y los años de vida saludable.

Bibliografía

1. Chávez, H. A. M., Macías, G. L. F., Gutiérrez, M. R., Martínez, H. C. &. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Acta Universitaria* , volumen 14, 17-24.
2. Herazo E, Villamil M. (2013,). Relación entre síntomas depresivos, Índice de masa corporal y auto-percepción del peso en adolescentes escolares. *Salud Uninorte*, 368-373 volumen 29 #3.
3. Marrodán, M^a D; Montero V. Mesa, M^a S; Pacheco, J. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal, condicionantes biológicos y socio culturales. *Zainak*. 30, 2008, 15-28.
4. Pulido Rull, M A; Coronel Villalobos, M; Vera García, F; Barousse Martínez, T. (2011). Salud física hábitos alimentarios y ejercicio en estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, volumen 13 paginas 65-82.
5. Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*, volumen 22, 15-27.

Capítulo 22: Estrategia de marketing nutricional en personas con diabetes *mellitus* tipo 2 en Tabasco

Nínive Gil López¹, María José León Méndez¹
Heberto Romeo Priego Álvarez¹ y Juan Antonio Córdova Hernández¹

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, estima un incremento de pacientes con diabetes de 108 millones, en 1980, a 422 millones en 2014. La Dirección General de Epidemiología registró que el estado de Tabasco ocupa el 1er. lugar a nivel nacional en detección de diabetes *mellitus* tipo 2 (DT2). Con base a lo anteriormente, se consideró realizar un análisis situacional, el cual nos permitió conocer aspectos generales y específicos propios del problema.

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos ha aumentado con mayor rapidez desde 1980 (4,7%) hasta 2014 (8,5%), principalmente en los países de ingresos medianos y bajos, soportando casi el 80 % de la carga de diabetes ¹. En México la diabetes es la segunda causa de mortalidad y está presente en más del 15% de adultos mayores. El 90% de los casos de diabetes se relacionan con el sobrepeso y la obesidad ². La diabetes tipo 2 (DT2) también es una de las principales causas de mortalidad en el estado de Tabasco, y en prevalencia está posicionada en el primer lugar. En conjunto con la obesidad es considerada una enfermedad crónico-degenerativa que afecta a las personas de manera física, psicológica, social y nutricional.

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE), Tabasco ocupa el primer lugar a nivel nacional en detección de diabetes tipo 2 (DT2), pues cada año se registran casi 3 mil 400 casos nuevos ³.

Las unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas (UNEMEs EC), otorgan servicios de control y autocuidado a personas con sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión. Cuentan con una población de 2,500 pacientes aproximadamente, atendidos en un lapso de 6 meses donde se les enseña a vivir con la enfermedad que presentan y logren cierto grado de control para que posteriormente regresen a su Centro de Salud a continuar con su tratamiento.

Uno de los componentes principales de las UNEMEs EC es la atención nutricional que se le brinda al paciente con diabetes. Aquí se les enseña que tipos de alimentos deben de consumir, como deben ser las preparaciones y las raciones que deben comer⁴.

La nutrición es conocida como un proceso involuntario a nivel fisiológico, el cual tiene como función transformar los alimentos en energía necesaria para el mantenimiento y funcionamiento correcto del cuerpo, es así como se relacionan la salud, la alimentación y los individuos. Una buena alimentación, acompañada de ejercicio físico ayudará a conseguir unos niveles de glucosa adecuados con el fin de reducir o retrasar en lo posible las complicaciones de la enfermedad.

El objetivo principal del tratamiento nutricional en pacientes con diabetes tipo 2 (DT2) es disminuir complicaciones de la enfermedad alcanzando y conservando niveles de glucemia normales. Para ello es importante aprender conductas y actitudes del estilo de vida como el ejercicio, la modificación conductual de los hábitos de alimentación y el apoyo psicológico⁵.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Estudios científicos demuestran que los pacientes que acuden a terapia nutricional la abandonan, en algunos casos se debe a que los pacientes no son acompañados por familiares a sus terapias y en otros casos porque el paciente no asiste frecuentemente a sus terapias.

La falta de apego a los tratamientos, repercute en el escaso o nulo control de las enfermedades lo que favorece la aparición de complicaciones, así como en términos económicos; por ejemplo, se calcula que más de 10% de las hospitalizaciones es por esta causa.

Análisis de la situación:

En el caso particular de las UNEMEs EC del Municipio del Centro (una de las seis existentes en Tabasco), y con base a lo planteado anteriormente, se consideró realizar un análisis DOFA, el cual nos permite conocer aspectos generales y específicos propios del problema para incidir en la mejora de los procesos.

ANÁLISIS DOFA		
MICROAMBIENTE (Entorno propio de la mercadotecnia)	(+) FORTALEZAS	(-) DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • Las UNEMEs ayudan a adoptar hábitos de vida saludables. • Cuentan con especialistas. • Llevan su tratamiento durante 6 meses. • Dan capacitaciones a los familiares. • Enseñan a vivir con su enfermedad. • Toman conciencia del autocuidado. • Tienen mayor conocimiento de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda de pacientes. • Que los familiares no los quieren acompañar. • Falta de información sobre las unidades. • Problemas en las instalaciones de la unidad.
MACROAMBIENTE (Entorno general de la mercadotecnia)	(+) OPORTUNIDADES	(-) AMENAZAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con 6 unidades de servicio en el estado. • Es gratuito. • Poca competencia. • Personal en continua capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad de la zona donde se ubica el UNEME • Alta demanda de lugares. • Bajo ingreso de los usuarios.

Objetivo

Diseñar una estrategia de marketing en pacientes con diabetes tipo 2 para concientizar el control nutricional.

Método

Se realizó una investigación de mercado de tipo descriptivo, analítico, con una población de 57 pacientes con diabetes tipo 2, mediante la aplicación del cuestionario Escala de conocimientos en diabetes, ligeramente modificado con opción de respuesta múltiple. Con los resultados obtenidos se diseñó la estrategia mercadológica: un taller titulado “Comer sano, vivir sano” (Producto), que se empleará en una Unidad de especialidades médicas en enfermedades crónicas del municipio del Centro, Tabasco (Plaza), no tendrá costo monetario, sin embargo, el costo alternativo para los participantes será el tiempo de convivencia (Precio), y se publicitará por redes sociales un video y flyers (Promoción).

Se desarrollarán cursos-talleres enfocados a temas que ayuden a las personas en el autocuidado, se dividirán en 6 talleres impartidos durante el lapso del tiempo; se solicitó al personal de la unidad, por oficio la autorización para llevar a cabo la intervención y ocupar las instalaciones, en el cual se contará con el respaldo de la coordinación de posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

La actividad dará comienzo mediante la colocación en sillas individuales a las personas, se explicará en qué consistirá dicha actividad, solicitando la firma de un consentimiento informado por escrito donde estén de acuerdo en participar.

Como segundo momento se iniciará con una bienvenida presentándonos con las personas que asistieron.

Posteriormente se dará un encuadre y una breve introducción sobre la importancia de esta actividad.

Después, se aplicará un cuestionario modificado con opción de respuesta múltiple, compuesto de dos apartados, el primer apartado contiene datos sociodemográficos, que incluirán: edad, sexo, escolaridad y desde hace cuánto tiempo se le diagnosticó la diabetes. El segundo apartado estará compuesto por 16 ítems, que se aplicará antes y después de la intervención, en donde se tomaron 6 ítems del instrumento “Escala de conocimiento en diabetes” (ECODI) sobre conocimiento nutricional y actividad física, 2 ítems sobre conocimiento nutricional del instrumento “Encuesta de conocimiento de nutrición de diabetes tipo 1” y 5 ítems sobre generalidades de la diabetes, 3 ítems sobre los servicios del UNEMEs EC”.

Se proyectará información audiovisual; diapositivas y video, sobre dieta saludable y signos y síntomas de la diabetes. Posteriormente se realizará una actividad integradora denominada “Semáforo de la buena alimentación en pacientes con diabetes controlados” que incluirá actividades de estimulación cognitiva (memoria, concentración y atención) e interacción social (comunicación).

Como estrategia a la temática se dará una muestra gastronómica de acuerdo a los requerimientos nutricionales en porciones, elaborados con alimentos de producción de traspatio y comercializadas de la región (preparación aun a escoger), que degustaran al término de una explicación de los beneficios de cada uno de ellos.

TALLER:

Objetivo General: Diseñar una estrategia nutricional adecuada a los individuos estudiados con diabetes tipo 2 para fortalecer y concientizar su permanencia en el UNEMEs EC del Centro, Tabasco.

En el participante:

- Aumentar el conocimiento del paciente en el tratamiento nutricional.
- Desarrollar factores que influyan en el paciente, para aceptar el plan nutricional como una opción terapéutica.
- Disminuir las barreras y expectativas del paciente, acerca de la nutrición saludable.

Dirigido a:

A personas con Diabetes tipo 2, que estén adscritos al UNEME del centro, Tabasco.

Contenido:

Módulo I

Generalidades

- I.1. Nombre
- I.2. Edad
- I.3. Sexo
- I.4. Nivel de escolaridad
- I.5. ¿Hace cuánto que se le diagnosticó la diabetes?

Módulo II

Generalidades de la diabetes

- I.1. ¿Qué es la diabetes?
 - Es una enfermedad crónica, que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

I.2. ¿Qué es la insulina?

- Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.

I.3. ¿Cuáles son los niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre?

- 70 - 140

I.4. ¿Por qué se produce la elevación de azúcar (o glucosa) en sangre?

- Demasiada comida

I.5. ¿Qué causa el bajo nivel de azúcar en sangre?

- Demasiada insulina o antibióticos orales (pastillas)

Módulo III

Servicios

I.1. ¿Cuándo inició su tratamiento en esta unidad?

I.2. ¿Conoce las actividades que se realizan en esta unidad en personas con diabetes?

I.3. ¿Con qué frecuencia asiste a la unidad (UNEMEs EC)?

Módulo IV

Conocimiento nutricional.

II.1. ¿Cuántas comidas al día debe hacer una persona con diabetes?

- 5

II.2. ¿Cuál de estos alimentos, no debe consumir nunca una persona con diabetes?

- Refresco y pan dulce.

II.3. ¿Cuál de estos alimentos puede consumir, pero no debe abusar una persona con diabetes?

- Legumbre y pasta.

II.4. ¿Cuál de estos alimentos es una buena fuente de fibra?

- Verduras.

II.5. ¿Cuál de los siguientes alimentos contienen grasas saludables para el corazón?

- Nueces.

Módulo V

Actividad física

III.1. ¿Por qué es importante el ejercicio físico?

- Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal

III.2. ¿Por qué es importante mantenerse en el peso ideal?

- Porque un peso ideal facilita el control de la diabetes

III.3. ¿Qué hace el ejercicio físico en su cuerpo?

- Baja el nivel de azúcar en sangre

Organización:

- El taller tendrá una duración de 1 hora 30 minutos, de tal forma que cada unidad determinará sus horarios, dependiendo sus necesidades y cargas de trabajo.
- Se sugiere que el número de participantes, no sea mayor de 25 personas.
- El taller se basa en exposiciones y desarrollo de técnicas didácticas.

Instalaciones y equipos necesarios:

Se decidirán de acuerdo a las necesidades y equipo de cada unidad, sin embargo, se sugiere lo siguiente:

- Aula amplia, con condiciones de iluminación y temperatura adecuadas.
- Mesas y sillas que puedan moverse se acuerdo a las necesidades del taller.
- Pizarrón

- Plumones
- Borrador
- Proyector (Cañón)
- Computadora
- Pantalla
- Señalador
- Lápices
- Snacks
- Material didáctico del taller.
- Holas de Papel

Esquema de trabajo:

El esquema de trabajo que a continuación se presenta, se realizó considerando los tres momentos que deben tomarse en cuenta para el desarrollo de cualquier actividad de capacitación.

I.- Actividades previas al taller:

1. Comunicarles a los directivos y mandos medios correspondientes de la importancia, objetivo, y organización del taller, dirigido a las personas requeridas para el taller, para su autorización y difusión.
2. Definir fechas y sedes para los talleres, en coordinación con las autoridades correspondientes.
3. Difundir el taller con los medios habituales (carteles, reuniones, etc.), entre las personas.
4. Organización de grupos.
5. Informar a las personas de la fecha en la que les corresponde presentarse al taller.
6. Preparar las sesiones del taller (organizar las actividades, los apoyos didácticos y los criterios de evaluación, etc.)
7. Se sugiere revisar las instalaciones y equipo previamente.
8. Comunicar a las autoridades correspondientes la hora en que deberán presentarse para inaugurar el taller (actividad opcional).

II.-Actividades durante el taller:

1. El instructor deberá presentarse preferentemente 30 minutos antes de la hora programada para asegurarse que esté todo listo.
2. Recibir a los participantes y realizar las actividades de registro (opcional).
3. Proporcionar el material del curso.
4. Realizar el taller.

III.- Actividades posteriores al taller:

- 4) Retroalimentar al directivo y mostrar los contenidos del taller a través de la aplicación de un cuestionario o la recopilación de comentarios, observaciones o sugerencias de los participantes.

Horario	Actividad
07:00-07:15 hrs	<p>Bienvenida Un hombre no está bien, hasta que es feliz, sano y próspero; y la felicidad, la salud y la prosperidad son el resultado de un ajuste armonioso del interior con el exterior del hombre. James Allen.</p> <p>¡Muy buenos días! En esta mañana les estamos dando una cordial bienvenida a esta actividad: “Comer sano, vivir sano” dando las gracias por su asistencia y participación.</p> <p>Presentación del presidium. Se encuentran con nosotros y a quien agradecemos su presencia:</p>
07:16 - 07:30 hrs	<p>Breve justificación de la intervención Después de haber tenido la presentación del presidium se dará un encuadre y una breve introducción sobre la importancia de esta actividad.</p>
07:31 - 07:50 hrs	<p>Colecta de datos y Aplicación de cuestionario pre-intervención Para continuar con las actividades, contestarán el cuestionario que tienen en sus manos, tomando en cuenta que si alguno de ustedes tiene dificultad para leer o escribir, puede pedir el apoyo.</p>
07:51- 9:00 hrs	<p>Presentación de los talleres y videos</p>

Resultados

Se encontró que la edad promedio fue de 55.8 años y DS de 10 años, en referencia al sexo, un 65% mujeres y 35% hombres, el nivel de escolaridad representativo fue primaria con un 54%. Los datos obtenidos en la pre-evaluación muestran que el 74% tiene conocimiento sobre el significado de diabetes tipo 2 (DT2), de los 57 pacientes encuestados el 79% asisten 1 vez al mes a la institución, el 67% conoce los alimentos altos en azúcar y el 46% identifica los beneficios del ejercicio.

Conclusiones

Se obtuvo un diagnóstico situacional que permitió el diseño de una estrategia de intervención con pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 (DT2) y fortalecer los conocimientos a través del marketing nutricional.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial de la Diabetes. Noviembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
2. Federación Mexicana de Diabetes (Página web en internet). 2018 Disponible en: <http://fmdiabetes.org/defunciones-diabetes-mexico-2/>
3. Hernández, D. Novedades de tabasco. (Página web de internet). 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://novedadesdetabasco.com.mx/2018/07/23/de-mas-de-160-mil-diabeticos-solo-40-mil-llevan-tratamiento/>
4. Tabasco.gob.mx. (Página web en internet). Unemes, unidades que ayudan a pacientes a vivir con enfermedades crónicas. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/noticias/unemes-unidades-que-ayudan-pacientes-vivir-con-enfermedades-cronicas>.
5. Hunot, C. Manejo nutricio del adulto con diabetes *mellitus* tipo 2.

Capítulo 23: Campaña de Marketing Social de educación psicoemocional para pacientes diabéticos en un Centro de Salud

Cynthia del Carmen Gómez Gallardo¹, Catherine Braqbien Noygues¹
Alba Cerino Soberanes¹ y Ana Quezada Barahona¹

Introducción

México ocupa primer lugar en sobrepeso y obesidad; diabetes y padecimientos de síndrome metabólico se encuentran entre las cinco principales causas de muerte. Prácticas alimentarias y estilo de vida provocan la prevalencia y aumento de estos padecimientos. El marketing social representa el esfuerzo organizado para planificar y dirigir el cambio conductual que contribuya a la salud.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en el mundo existen más de 200 millones de personas con diabetes, se pronostica que esta cifra, aumente a más del doble para el año 2030. En México, la prevalencia de diabetes en personas de 20 años y más, es del 9.2%, datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), en Tabasco la cifra es del 9.4%, información documentada a partir de diagnóstico médico.

En México durante los últimos 50 años, se han generado una serie de transformaciones en lo relacionado a las principales causas de muerte y discapacidad entre su población, es así como en la actualidad la diabetes *mellitus* tipo II resulta ser la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, aunado a esta morbilidad y mortalidad, tenemos como agravante del problema de salud pública, que el 70% de la población entre 30 y 60 años sufre de sobrepeso u obesidad.

En el estado de Tabasco el 40.3% de adolescentes hombres y mujeres presentan sobrepeso u obesidad (ENSANUT, 2012), prevalencia superior a la reportada en el ámbito nacional equivalente al 35%. Esta problemática también está presente entre la población de adultos de 20 a 69 años de edad los cuales muestran una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 83.5% en mujeres y 76.2% en hombres (ENSANUT, 2012).

En este trabajo partimos del principio de que estos problemas de salud pública pueden prevenirse, y hasta revertir sus efectos, a través de una serie de estrategias específicas de Promoción de la salud y estilo de vida saludable, que puede alcanzarse; es la propuesta de este trabajo, si la enfermedad y por lo tanto el organismo-cuerpo, deja de ser el refugio de las emociones y avatares negativos de la persona que enferma.

El objetivo principal de este trabajo es implementar en un grupo de adultos hombres y mujeres, diagnosticados con diabetes *mellitus* tipo II que reciben atención y seguimiento en el Centro de Salud de la colonia Delicias en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, un programa psicoeducativo para la expresión y manejo efectivo de las emociones y problemáticas psicoemocionales y así poder verificar si ésta educación y sensibilización logra impactar, de manera favorable en la adhesión correcta al tratamiento y recomendaciones médicas y por lo tanto a la disminución de los efectos y síntomas que el padecimiento puede generar.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

El grupo de trabajo tiene el interés de mostrar los beneficios sociales e institucionales que se pueden obtener al aplicar e incorporar el componente estratégico de la Mercadotecnia Social en Salud durante la práctica cotidiana de los programas de salud pública que se implementan en un Centro Comunitario de Primer Nivel, mediante esta propuesta metodológica concreta para su implementación y desarrollo, pero flexible para adaptarla a las necesidades estratégicas y a las realidades sanitarias, culturales y socio demográfica de esta localidad.

Objetivo General

Diseñar y lanzar una campaña de Mercadotecnia social para educar, sensibilizar y empoderar en el manejo de las emociones a los usuarios diabéticos del Centro de Salud de la Col. Delicias en Villahermosa, Tabasco.

Objetivos Específicos: Realizar un diagnóstico para conocer la situación psicoemocional y socio demográfica de los usuarios diabéticos y con sobrepeso del centro de salud.

Diseñar una campaña de Mercadotecnia social con el propósito de empoderar al paciente y lograr el apego al tratamiento.

Diseñar una campaña de Mercadotecnia social para promocionar los beneficios de una alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico.

Método

La metodología que se utilizará es la de investigación cualitativa porque proporciona técnicas especializadas para obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. Esto nos va a permitir conocer y comprender las actitudes, emociones, creencias, valores, significaciones, motivos y comportamientos de esa población.

La técnica que se utilizará en el diagnóstico y la aplicación de la campaña educativa es el del grupo focal, se llevaran a cabo dos sesiones de grupo para el diagnóstico y seis para la campaña de educación: tres sobre el manejo de las emociones y tres sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio cotidiano. Las sesiones serán grupales con una dinámica donde los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones. En el mundo de la mercadotecnia, las sesiones de grupo son una herramienta muy importante para recibir retroalimentación de diversos temas concernientes a la mezcla del marketing, en particular se utiliza para detectar percepciones, deseos y necesidades. Esta herramienta da información invaluable acerca del potencial de un concepto y/o producto en el mercado en este caso el concepto es la educación emocional y el producto a vender es una vida saludable. El grupo focal con el que se trabajará son los jóvenes, adultos, hombres y mujeres con sobrepeso y /o diagnosticados con diabetes mellitus que acepten participar libremente, las sesiones serán de dos horas en el auditorio del Centro de Salud de la colonia Delicias, estarán coordinadas por los integrantes del proyecto y cuatro alumnos de la licenciatura en psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. La primera sesión será la presentación del proyecto e invitación a participar en las sesiones tanto del diagnóstico como de la campaña de educación y sensibilización sobre el manejo de las emociones, la alimentación saludable y la práctica de activación física. Al concluir las primeras dos sesiones se diseñará la campaña de Educación psicoemocional y promoción de una vida saludable. La campaña de intervención se diseñará con los postulados del Marketing Social está orientada hacia los propósitos de mejorar o incrementar la adhesión al tratamiento médico, el manejo positivo de la vida psicoemocional y el cumplimiento de las recomendaciones sobre la alimentación saludable y la práctica cotidiana de una actividad física. El grupo de participantes serán quienes validen la propuesta del material, contenido y mensajes de la campaña. Se va a elaborar e integrar una guía de temas y tópicos, el cronograma para su aplicación Se definirá tipo de material para la aplicación de la campaña (video, audio, folleto, rotafolio, volante, etc.). Previamente y en base al número de sesión, se designarán los conductores de la sesión, el moderador, los observadores y relatores de la sesión.

Desarrollo

El proyecto retoma el principio rector de la Mercadotecnia social en salud, en cuanto a disciplina, posee un gran potencial de aplicación en el campo de la Salud Pública para atender aquellas enfermedades, trastornos y padecimientos de gran morbilidad entre la población como es el caso de la obesidad y la diabetes *mellitus*.

La propuesta de este trabajo es la de diseñar estratégicamente una campaña, para promover y reforzar hábitos y estilos de vida saludables, con un enfoque novedoso y diferente el cual es colocar en primer lugar, el manejo del estado emocional del público receptor de la campaña, que nos permita generar información motivadora y a la vez atractiva, orientada a la población obesa y diagnosticada con diabetes; con el objetivo de promover la adopción de hábitos, para el beneficio de la salud individual y colectiva, particularmente en el mediano y largo plazo, a través de la modificación del manejo y expresión de sus emociones con el fin de que las personas generen cambios en conocimientos, actitudes, creencias e intereses en cuanto a su persona, su enfermedad y su padecimiento.

El proyecto se compromete con los postulados planteados en la Conferencia de Ottawa realizada en 1986, en donde se difundió la necesidad de que la educación para la salud, fuese planeada, diseñada y evaluada. Es así como la comunicación e información que educa y la Mercadotecnia social, en combinación con otras disciplinas, permite implementar estrategias en diferentes temas de promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Este enfoque está apoyado en la participación comunitaria, debe realizarse con pequeños segmentos de la población; para ejercer un mejor control en las intervenciones educativas y brindar mayores posibilidades de éxito para los individuos y las instituciones de salud.

Philip Kotler y Gerald Zaltman se dieron cuenta que los mismos principios de la mercadotecnia que se usan para vender productos, se pueden usar para “vender” ideas, actitudes y comportamientos. Philip Kotler define a la Mercadotecnia Social como: “el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad.” Alan Andersen en 1995, señala que la Mercadotecnia social es la aplicación de las tecnologías de la mercadotecnia comercial para el análisis, planeación, ejecución y evaluación de los programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la audiencia meta tratando de mejorar su bienestar personal y el de su comunidad.

Aplicando la mercadotecnia social se establece un plan, se diseña una estrategia, con el propósito de crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario.

Las estrategias de mercadotecnia social en este proyecto estarán, dirigidas a la psicoeducación, para que los diabéticos y personas con sobrepeso, aprendan a manejar positivamente sus emociones y esto contribuya a un manejo más adecuado de su tratamiento médico, para no continuar con un comportamiento, que pone en riesgo su calidad de vida, bienestar y seguridad individual.

El concepto de mercadotecnia social se traduce en la aplicación y mezcla de las 4 P's: Producto, precio, plaza y promoción; para generar el cambio voluntario de comportamientos. Producto: es la modificación del comportamiento hacia prácticas alimenticias saludables. Precio: se publicitarán alimentos nutritivos de bajo costo. Plaza: la representa el Centro de salud. Promoción son las actividades de campaña de publicidad, los talleres educativos de promoción de un estilo de vida saludable. El Producto deseado lo representa el cambio en la alimentación, abandono del sedentarismo y adhesión al tratamiento.

Resultados

Debido a que la Mercadotecnia social no es un proceso rápido ya que se trata de lograr una acción individual y colectiva a partir de un plan integrado, que promueve mejores prácticas de intervención, orien-

tadas hacia la obtención de un beneficio social en la salud. El proyecto ha logrado identificar, analizar y documentar las emociones que predominan en el grupo de pacientes que están participando en la campaña; esto representa la primera parte; la aplicación de las actividades psicoeducativas representan la segunda parte del proyecto y están diseñadas para que mediante una campaña publicitaria, se oriente al público objetivo para la modificación de sus comportamientos, promover el cambio voluntario en relación a su alimentación, estilo de vida y adhesión al tratamiento.

Conclusiones

La mercadotecnia social proporciona una metodología para diseñar campañas de promoción de la salud y empoderamiento de usuario de los servicios de salud; el proyecto que se presenta podrá alcanzar un cambio en el comportamiento de los pacientes diabéticos del centro de salud, si continuamos realizando el trabajo con los lineamientos que marca el marketing social.

Bibliografía

1. Giraldo A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Rev Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1): 128 – 143
2. Kotler P, *Marketing Social: Estrategias para cambiar la conducta pública*. [Internet] 2ª Edición. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 1992.
3. *Manual de Mercadotecnia Social en Salud*, primera versión, primera edición, julio, 2010 Secretaría de México, D.F. Impreso y hecho en México.
4. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. *Promoción de la Salud: Una nueva cultura* 1ª Edición. México 2008
5. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. *Manual de Mercadotecnia Social en Salud* 1ª edición, México, 2010

Capítulo 24: Estrategia de Marketing en Salud para el cambio transformacional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Janet García González¹
Lilia Maricela Mendoza Longoria¹

Introducción

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico crónico caracterizado por concentraciones persistentemente elevadas de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción, acción (o ambas) de la insulina. Se clasifica como una enfermedad crónico-degenerativa con complicaciones asociadas y se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad.

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que, a nivel mundial, la cifra actual estimada en más de 422 millones de personas con diabetes, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Las muertes por diabetes podrían multiplicarse por dos entre 2005 y 2030 (Deusto Business School Health, 2015).

En México, existen, al menos, 6.6 millones de personas con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, otras 3.6 millones de personas sin diagnosticar, y más de 40 millones de personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 al tener en cuenta la población adulta que se clasifica como con sobrepeso u obesa (Hernández et al., 2013), es uno de los problemas más graves de salud pública en México. Alrededor de 10 % de la población padece la enfermedad y esta cifra, podría duplicarse por las personas que aún no han sido diagnosticadas oficialmente (Estrella et al., 2010).

Desde el punto de vista económico, se estimó que, en 2013, se gastaron aproximadamente MXN 179.5 mil millones en la atención de la diabetes (costos directos). Vale la pena mencionar que esta estimación de costos, no tiene en cuenta los costos indirectos, como la pérdida de la productividad de las personas con diabetes, los cuidadores y las familias. Además, aparte de estos costos, también se genera un deterioro de la calidad de vida (Hernández et al., 2013).

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública (2015) señaló que el 13.9 % de la población adulta tiene diabetes. Lo preocupante es que de éstos, sólo el 71 % contaba con un diagnóstico médico; en otras palabras, 29 % de la población con diabetes, no sabe que tiene esta enfermedad, por lo tanto, no está tomando ninguna acción para controlarla, lo cual aumenta su riesgo de complicaciones como ceguera, amputaciones y daño renal.

Este panorama nos obliga, a realizar nuestro mejor esfuerzo por controlar más efectivamente la epidemia de enfermedades crónicas que enfrentamos. En este sentido, todos los expertos coinciden en la necesidad de un manejo integral: educación de la población, comenzando por los niños y cambios en el entorno. Gran parte de los determinantes de la prevalencia de diabetes en México tienen que ver con conductas que pueden ser mejoradas con educación, incentivos, regulación y políticas integrales basadas en evidencia. Es aquí donde las estrategias de marketing en salud, cumplen un rol fundamental en la promoción de la salud, diagnóstico temprano, prevención de la enfermedad y concientización de la población.

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

En el ámbito de la promoción de la salud, el modelo Transteórico (MT) se posiciona como una de las propuestas más innovadoras, por las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar intervenciones, a partir de características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones. La premisa básica del MT, dice que el cambio de comportamiento, es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, y de intención de cambio. El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de individuos, según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas, procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto eficiencia (Bueno & García, 2014).

Cabe mencionar que a través de modelos como éste, se han logrado implementar intervenciones en la promoción de la salud, en temas como: 1. El lavado de manos en niños para prevenir epidemias virales; 2. La vacunación de niños para evitar el resurgimiento de enfermedades infectocontagiosas; 3. El cumplimiento de un esquema de antibioticoterapia para reducir la resistencia bacteriana; 4. La implementación de dieta sana para mejorar los hábitos alimenticios en niños. El explicar a los participantes un marco teórico coherente respecto a las recomendaciones sanitarias, ha mostrado grandes promesas a través de estas explicaciones basadas en teorías en comparación con el listado de hechos, información y consejos sin base en teorías como la transteórica. Se ha encontrado que estos argumentos basados en teoría, han desarrollado motivación y seguridad en los pacientes para actuar con base a su nuevo aprendizaje (Bueno & García, 2014).

Objetivo

Por lo tanto, el objetivo del trabajo es identificar una herramienta estructurada y validada (PAM) que permita evaluar las etapas del modelo Transteórico de cambio en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, para valorar los cambios de hábitos en salud por medio de intervenciones educativas. Y de esta manera, tener una segmentación de población/mercado para conocer qué estrategias de comunicación/marketing son las más útiles.

El PAM, es un instrumento que ayuda a dirigir el enfoque de los profesionales de salud, conociendo el nivel de activación de los pacientes, ayudando a evaluar la efectividad de las intervenciones para la mejora de la autogestión e incentiva de conductas saludables. Se ha probado y validado en 11 países, se ha utilizado en varios contextos, observándose buenos resultados en referencia a la triple meta. Es una herramienta que mide la activación del paciente, en una escala de cuatro niveles y que ha sido validada en numerosas enfermedades crónico-degenerativas como asma, hipertensión, EPOC, diabetes, esclerosis múltiple, Parkinson, cáncer, osteoporosis, artritis, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardiaca congestiva, entre otras.

Método

Mediante 13 preguntas, se interroga a los pacientes sobre sus creencias, confianza, y conocimientos autoevaluados acerca de su salud y de los cuidados que reciben. La encuesta se estructura en forma de la salud del paciente y de los cuidados que recibe, en forma de enunciados sobre la gestión de su salud. La respuesta refleja el grado de acuerdo o desacuerdo de cada sujeto con el enunciado. La medición se expresa como una puntuación de 0 a 100, la cual determina la clasificación del paciente en un nivel entre 1 y 4 donde 1 significa “muy poco activado y el 4 “muy activado”.

Resultados

Los pacientes del nivel 1 de PAM tuvieron una puntuación PAM cruda de 47.0 o inferior. Los de nivel 2 de PAM tuvieron una puntuación entre 47.1 y 55. 1. El nivel tres incluyó puntajes entre 55.2 y 72.4. Finalmente, el nivel cuatro incluyó puntajes de 72.5 o más. El PAM se ha traducido a 28 idiomas diferentes, y la confiabilidad y validez de varias de esas traducciones, se ha confirmado en publicaciones revisadas por pares, lo que indica que el concepto y la medición son válidos a través de la lengua y la cultura (Hibbard y Greene, 2013).

Conclusiones

Tomando como punto de partida, la transición epidemiológica que México ha tenido en las últimas dos décadas, de un marco infecto contagioso a uno crónico degenerativo, se destaca la importancia de un enfoque preventivo en salud con especial atención en la erradicación de factores de riesgo, modificando conductas y comportamientos, que generan los estilos de vida que predisponen a este tipo de enfermedades.

Por lo que el PAM, cobra importancia en nuestro ámbito actual de salud pública, como un modelo que individualiza el cambio y lo conceptualiza como un proceso en etapas, sobre una línea de tiempo, que puede “avanzar” o “retroceder”, hasta finalizar en el cambio definitivo de un comportamiento. De este modo, se logra presentar asistencia adicional a quienes realmente la necesitan, contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad crónica como la diabetes *mellitus*.

Bibliografía

1. Bueno, A. G. L. R., & García, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes *mellitus* Tipo I. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 49-58.
2. Danet Danet, A., Rodríguez, P., & March Cerdà, JC (2017, agosto). La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 40, No. 2, pp. 247-257). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
3. Estrella, S. W. P., Baeza, J. E. B., & Pren, M. J. R. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. *Revista de Especialidades médico-quirúrgicas*, 15(4), 211-215.
4. Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública de México*, 55, s129-s136.
5. Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.

Capítulo 25: Aplicación de la mercadotecnia social, para mejorar el estilo de vida de los pacientes hipertensos, vinculados al programa de crónicos de la subred de servicios de salud centro oriente - Bogotá D.C

Andrés Felipe Rojas¹

Fabián Sanabria¹ y Claudia Liliana Sánchez Camargo¹

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible de alta prevalencia e incidencia a nivel mundial. Con el paso del tiempo se ha convertido en un problema de salud pública, dado que presenta alto costo el tratamiento crónico de esta patología, para los sistemas de salud mundial, las cifras de la OMS, muestran que 1 de cada 3 personas sufre de esta enfermedad y lo desconocen, actualmente las enfermedades crónicas han sobrepasado las cifras de mortalidad de las enfermedades infecciosas, donde las comorbilidades de la HTA llegan a causar 9,4 millones de muertes anualmente, siendo la hipertensión, la causa de al menos el 45% de las muertes por presentar patologías secundarias como lo son cardiopatía isquémica, seguido de la enfermedad cerebro vascular.

En Colombia, se estima que el 80% de la población mayor a 60 años sufre de esta enfermedad, los departamentos con mayor incidencia de HTA fueron Dinamarca con un 19,39%, Cauca y Antioquia con un 17,84%, y en el Valle del Cauca con un 13,12%, (MinSalud, 2016) esta se caracteriza por el aumento sostenido de la tensión sistólica por encima de 140 mm.Hg. y diastólica por encima de 90 mm. Hg. solo después de dos o más lecturas en dos visitas médicas en un intervalo de 1 semana para su diagnóstico, también tiene como característica, una inadecuada adherencia al tratamiento por parte del paciente, que junto con otros factores de riesgo, la mayoría modificables, ayudarían a evitar la progresión de la hipertensión arterial a complicaciones como el infarto agudo al miocardio, eventos cerebrovasculares e insuficiencia renal crónica.

Se ha observado que la HTA, ha tenido un aumento en cuanto a los años de sobrevivencia de los pacientes diagnosticados; lo que la convierte en una de las enfermedades de mayor costo para las entidades prestadoras de salud.

El estilo de vida, es un proceso completamente innato, el cual se inicia desde que se adoptan decisiones propias en la niñez hasta la vejez, lo que puede favorecer o no la aparición de la enfermedad; por lo anterior, la responsabilidad del individuo de promover su estado de salud. (Páez, 2011).

Un abordaje de los factores determinantes sociales tales como: el ámbito psicológico, social, y biológico, son de gran importancia para llegar a comprender y así intervenir sobre los aspectos que afectan al individuo (Páez, 2011), y de tal forma evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud, con mayor prevalencia para la enfermedad de la población a estudio, y de esta forma se logrará realizar un modelo con un adecuado impacto, adoptando todas las variables que se hayan encontrado de mayor prevalencia que interfirieren en el factor que repercute en el paciente para llevar un mejor estilo de vida y de tal manera disminuir los riesgos para la enfermedad mejorando el éxito en los tratamientos de esta enfermedad para los ya diagnosticados, junto a una disminución de incidencia de la misma, en el entorno familiar de cada paciente, con lo que se esperarían llegar a impactar en tempranas edades, desde el núcleo familiar de personas ya diagnosticadas, generando un proceso de promoción y prevención, disminuyendo el riesgo de padecer esta enfermedad.

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia

La comunicación y estrategias de marketing entre los usuarios y los diferentes sistemas de salud, es fundamental para el control de los riesgos sanitarios, estas estrategias son realizadas para mejorar y garantizar que el individuo goce de condiciones adecuadas para vivir y que lleguen a generar un proceso formativo de autocuidado. La mercadotecnia en salud es importante en la HTA, ya que es desarrollada, para poder realizar la disminución de aquellas brechas encontradas, como lo son factores socioeconómicos y biológicos, prevención de riesgos, teniendo en cuenta cuidados que se deben adoptar por parte de los hipertensos, para la disminución de comorbilidades y se tengan condiciones adecuadas de vida.

Se ha observado un problema desde el ámbito social para el manejo y control de la HTA; por lo anterior, es necesario encontrar los principales factores que inciden en la poca adherencia para un adecuado manejo de la enfermedad y así adoptar buenas conductas de promoción en salud de cada paciente.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es caracterizar los determinantes sociales de los individuos hipertensos que asisten a la consulta de la Subred de servicios de salud Centro Oriente en la Ciudad de Bogotá D.C. – Colombia, y generar estrategias de mercadotecnia social que impacten en los determinantes sociales intermedios específicamente en los estilos de vida de esta población.

Método

Es un estudio descriptivo de enfoque retrospectivo.

Este estudio cuenta con el aval del comité de bioética de la Universidad Antonio Nariño y de la Sub red de Servicios de Salud Centro Oriente.

Se revisaron 178 historias clínicas de los usuarios del programa de crónicos de la Subred Centro Oriente, en donde se tuvo como criterios de inclusión, pacientes con diagnóstico de hipertensión primaria y que estuvieran inscritos en el programa de crónicos de la subred, las variables incluidas en la investigación fueron estrato social, nivel educativo, edades, tiempo de diagnóstico, sexo, observaciones de adherencia tanto a tratamiento farmacológico como no farmacológico, control de cifras tensionales, enfermedades concomitantes, antecedentes.

El análisis se realizó por medio de Microsoft Office Excel 2018.

Resultados

En total se revisaron 178 historias clínicas, de las cuales cumplieron de inclusión 150.

Los resultados preliminares de la población objeto de estudio muestran que el 52% de los participantes tiene solamente nivel de escolaridad básica primaria, 25% de los participantes con escolaridad básica secundaria y 23% de los participantes que no tenían escolaridad.

El 100% de la población se encuentra en régimen subsidiado de salud junto a que hacen parte del estrato socioeconómico 1, no fue posible obtener la información respecto a la ocupación, debido a la falta de diligenciamiento en la historia clínica, con un 62% de los participantes se encontró una mayor incidencia en el sexo femenino; 38% de participantes de sexo masculino entre los rangos de edades de 45 – 90 años de edad, con un promedio de edad 70 años.

Se evidenció que el 38,6% de los participantes presentan enfermedades concomitantes, que podrían llegar a deteriorar la evolución de la hipertensión arterial; el 61,4% de las personas que no tienen enfermedades concomitantes.

Se determinó que el 87,3% de la población tiene buena adherencia al tratamiento farmacológico y a los controles médicos; esto por medio de uno de los ítems de las historias clínicas revisadas, son clasificados en adherentes en cuanto al control médico si cumplen con todas las citas de consulta externa solicitadas, y al tratamiento farmacológico, por medio de cifras tensionales en el momento de la consulta externa, junto a terminación de tratamiento farmacológico.

Sin embargo, no es así en cuanto a la adherencia a las actividades de educación propuestas por el programa de crónicos que buscan generar cambios en el estilo de vida, esto debido a los controles médicos de consulta externa no se evidencia disminución de peso, y refieren no hacer el ejercicio necesario según su capacidad física.

Para mejorar la adherencia al tratamiento no farmacológico se decide hacer uso de las estrategias de marketing de la salud, luego de la revisión se propone diseñar una bitácora de campo con espacios informativos para que el paciente incremente el autoconocimiento de la enfermedad; la propuesta es que diligencie la bitácora de campo, registrando su control de cifras tensionales cada 3 días, junto a la regularidad y clase de ejercicio que realiza, hábitos dietarios, y control de peso, entre otros.

Conclusiones

Se cree que la propuesta de diseñar una bitácora de campo; facilitará la adherencia al tratamiento no farmacológico, permitiendo un mayor impacto en el autocuidado de la persona y un compilado de información para la cita de control por consulta externa.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Colombia – mayo 17 de 2017 Ficha Técnica. Colombia.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Análisis de Situación de Salud Colombia Bogotá Ministerio de Salud y Protección Social, pp.97-99.
3. Ministerio de Salud. 2007. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. 2nd ed. Bogotá.
4. Páez Esteban, Astrid Nathalia. 2011. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en la población de hipertensos de estratos 2 y 3 de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Maestría de Epidemiología. Págs. 25-37.

Capítulo 26: Conducta del consumidor universitario de tabaco. Caso: Estudiantes de la División de Ciencias Económico Administrativas de la UJAT

Olga Beatriz Sánchez Rosado¹

María del Carmen Navarrete Torres¹ y Cecilia García Muñoz Aparicio¹

Introducción

En diversos estudios, se ha manifestado que los años de estancia de los jóvenes en la universidad, son los más propensos para adquirir el hábito de consumir tabaco. De acuerdo con Sánchez-Hernández y Pillón (2011), los principales motivos para fumar de los universitarios son: la influencia de amigos, un ambiente diferente, el contagio y la vergüenza que sienten al rechazar una invitación para fumar. Por su parte Medina-Mora, et al. (2002) señalan que cuando una persona inicia antes de los 15 años el consumo de tabaco, corre mayor riesgo de hacerse adicto y posteriormente consumir otras drogas.

Zuzulich, et. al. (2008) encontró que la población de los universitarios muestra tendencia a acrecentar el consumo de tabaco, por lo que pudiera considerarse como un riesgo de salud pública para los estudiantes durante su estadía en las instituciones de educación superior. “Los años de universidad es una etapa que pudiera aumentar los riesgos de inicio de consumo o de convertir un fumador ocasional en un fumador diario, cambiando el patrón regular de consumo” (Stromberg et al., 2007, citado en Zuzulich, 2008).

Objetivo

El presente estudio se realizó con la finalidad de conocer los hábitos de consumo de tabaco de los estudiantes de la División Académica de Ciencias Económico Administrativas (DACEA) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), a fin de sentar las bases para un análisis situacional que permita proponer y posteriormente ejecutar una campaña de promoción de la salud en la citada institución para evitar el consumo de tabaco en los estudiantes y con la que además se fortalezca el Programa de Responsabilidad Social Universitaria.

Método

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo. El diseño de la investigación que se eligió fue, no experimental, transversal y de tipo exploratorio, ya que se pretendió indagar el problema con la finalidad de sentar las bases para estudios posteriores, así como indagar el problema, desde una perspectiva innovadora.

El universo de estudio que se seleccionó fue la población de estudiantes de la División Académica de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, posteriormente se eligieron, para ser encuestados, alumnos que presentaron gusto por el hábito de fumar. Para la selección de la muestra, se implementó un método no probabilístico denominado Muestras en cadena o por redes (Bola de Nieve), ya que se eligió a alumnos de la DACEA de la UJAT que aceptaban consumir o haber consumido tabaco y posterior a la aplicación de la encuesta, se les preguntaba si conocían a otras personas que pudieran también participar en la encuesta, una vez contactados, se les incluía también.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Para la recolección de datos se aplicó un instrumento con 12 preguntas. Cuatro preguntas estadísticas y ocho preguntas cerradas de opción múltiple. El cuestionario se construyó con ítems basados en Londoño, C., Rodríguez, I. y Gantiva, C. (2011).

Resultados

En la presente investigación, se encuestaron a 100 alumnos de la DACEA, que se identificaron como fumadores o que aceptaron haber consumido tabaco durante el año inmediato anterior. La distribución se recuperó de la siguiente forma: de la licenciatura en Contaduría Pública se hicieron 30 encuestas, de Administración 15, de Economía sólo 2 y de Mercadotecnia 50. En tres encuestas no se indicó la licenciatura cursada. De los encuestados el 67% fueron hombres, el 31% mujeres y 2% no respondieron.

En cuanto al semestre o ciclo cursado por los encuestados, los resultados se mostraron de la siguiente forma: 22 alumnos de noveno semestre, 16 de primer semestre, 14 de quinto, 9 de séptimo, 8 no contestaron, 8 de cuarto, 6 de octavo, 5 de tercer semestre, 4 de décimo, 3 de segundo, 3 de onceavo y 2 de sexto semestre.

De acuerdo a la edad de los participantes en la encuesta, los porcentajes más altos fueron los siguientes: 19 (19%) de 21 años, 19% de 22 años, 16% de 20 años, 12% de 18 años, 10% de 23 años y 7% de 19 años. Los resultados más bajos fueron: 4 alumnos (4%) de 25 años, 3% de 24 años, 2% de 26 años, 2% de 29 años y 2 más no contestaron la pregunta. Finalmente se encontraron un alumno (1%) de cada una de las siguientes edades: 17, 27, 28 y 30 años.

Con respecto a la conducta sobre cómo consumen tabaco o cigarros los universitarios de la DACEA de la UJAT, los resultados fueron los siguientes:

La mayoría de los estudiantes, 31 alumnos, (es decir el 31%) indicó haber comenzado a fumar desde hace 3 o 5 años, 24 aceptaron que iniciaron su consumo hace más de un año. 15 universitarios señalaron fumar desde hace más de 5 años, 11 dijeron menos de un año, 10 estudiantes reconocieron tener más de 7 años de haber comenzado el consumo de tabaco y finalmente 9 alumnos aceptaron tener un año de haber comenzado a fumar. En este rubro se puede observar que prácticamente el 90% de los estudiantes iniciaron el consumo de cigarros en los últimos años de preparatoria o bien durante sus primeros años de estudios universitarios.

La siguiente pregunta fue ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo? Esta contestada de la siguiente forma: 92 estudiantes (92%) dijeron fumar 10 o menos cigarros al día, 4 dijeron fumar de 11 a 20, 2 indicaron que 21 a 30 cigarros y 2 no contestaron la pregunta. Cabe señalar que en ésta pregunta no se tomó en cuenta la alternativa de "0 cigarros", situación que fue cuestionada por un par de entrevistados quienes señalaron que en ocasiones no fuman ningún cigarro al día.

En cuanto al tiempo que tardan en fumar su primer cigarro del día después de despertarse, 79 universitarios (79%) indicaron que más de una hora, 9 (9%) contestaron que menos de 10 minutos, 7 entre 11 y 30 minutos, 3 entre 31 minutos y una hora. Finalmente 2 no contestaron la pregunta. Es notorio que la mayoría indicó que tarda más de una hora y que la mayor parte lo hace cuando llega a su centro de estudios.

Con respecto a los lugares donde principalmente fuman los jóvenes, las respuestas fueron (40%) 40 (alumnos) en fiestas y reuniones sociales, 29% en la universidad, 12% en lugares públicos como parques, calles, paradas de autobús, etc. 8% dijo fumar principalmente en casa, 7% en casa de amigos, 3% en el trabajo y sólo 1 alumno 1% no contestó la pregunta. Cabe señalar que las respuestas de más alta incidencia como son: en Fiestas y reuniones sociales y en la Universidad, que juntas suman un 69%, son lugares en donde podemos inferir que se reúnen con sus pares provocando ambientes idóneos para socializar y fumar juntos.

La siguiente pregunta se enfocó a conocer los lugares dónde mayormente compran los cigarrillos que consumen los estudiantes. El 40% (40 alumnos) dijo adquirir cigarrillos con vendedores o puestos ambulantes, 39% dijo conseguirlos en tiendas abiertas 24 horas, 17% en tiendas de abarrotes, 3% en supermercados y 1% no contestó la pregunta. Como información adicional para comprender esta respuesta, es importante resaltar la existencia de cinco puestos distribuidos en las instalaciones de la DACEA de la UJAT, en donde los alumnos compran dulces y botanas y también cigarrillos principalmente al menudeo.

También se cuestionó acerca de la cantidad de dinero que gastan a la semana en la compra de cigarrillos, a lo cual 49 universitarios respondieron que desde 0 a 25 pesos, 20 indicaron que se gastan de 26 a 50 pesos, 10 encuestados dijeron que entre 51 y 75 pesos, otros 10 estudiantes dijeron que 101 pesos en adelante, 9 de 76 a 100 pesos y 2 no contestaron la encuesta. Los cigarrillos por menudeo tienen un costo de 5 pesos y de acuerdo con las respuestas se puede intuir que algunos alumnos podrían estar fumando sólo un cigarrillo aproximadamente al día. No obstante, de acuerdo a las respuestas, también podría suponerse que no tienen un registro exacto de sus gastos.

Una pregunta muy reveladora fue la que investigó acerca de la forma en cómo adquieren los cigarrillos, ya sea por cajetilla o por menudeo. En este caso, el 57% (57 universitarios), indicó que compra por menudeo, 39% dijo que por cajetilla y 4% señaló que de ambas formas. La información, entre líneas, que podemos rescatar de acuerdo con las respuestas es que como la mayor parte compra cigarrillos sueltos, no tienen oportunidad de ver, leer y/o fijarse en las leyendas e imágenes preventivas que vienen impresas en las cajetillas de cigarrillos. En virtud de lo anterior los fumadores no tienen oportunidad de recibir los mensajes que se envían a través de fotos donde se pueden observar los efectos en personas que abusaron del consumo de tabaco, así como tampoco leen las frases de advertencia como aquella que dice: "Fumar es causa de cáncer y enfisema pulmonar".

La respuesta a esta pregunta, es importante porque en las instalaciones de la DACEA de la UJAT, existen nueve puntos de venta. En cinco, los estudiantes pueden adquirir alimentos y bebidas y en los otros cuatro, dulces y botanas. En cinco de los citados puestos hay venta de cigarrillos (específicamente en los cuatro que expenden dulces y botanas y en uno de alimentos y bebidas). Se sabe de manera extraoficial que existe una prohibición para vender productos de tabaco, aunque no está oficializada en algún documento o reglamento. En ninguno de los locales, las cajetillas o cigarrillos se exhiben al público, por lo que pudiera decirse que la venta es de tipo clandestina.

Finalmente se indagó si los estudiantes conocían a más de cinco compañeros o amigos de la universidad que también fumarán. Al respecto 91 alumnos contestaron afirmativamente, 8 dijeron que no y 1 no contestó. En este sentido se puede observar que la costumbre de fumar es común entre los grupos de amigos o compañeros ya que la mayoría tiene conocidos a los que han visto fumar, ya sea en reuniones o fiestas o en las instalaciones de la Universidad.

La información recuperada coincide en gran medida con estudios realizados en diversas universidades. García del Castillo, Lloret y Espada (2004), encontraron que la prevalencia de consumo de tabaco en una comunidad universitaria de España, fue del 35%, aunque del 65% restante, el 13.6% había fumado en el pasado. Los mismos autores indicaron que la edad media para el inicio en el consumo de tabaco, en la población estudiada, fue de 16.5 años y quienes así lo hicieron se vieron propensos a comenzar a fumar diariamente dos años después, es decir aproximadamente a los 18 años y medio. García del Castillo, Lloret y Espada (2004), también indicaron que sólo el 7.9% de la población fumadora inicia después de los 22 años de edad.

Conclusiones

En la presente investigación se destaca que las conductas de los estudiantes universitarios de pregrado de la DACEA de la UJAT con respecto al hábito de consumir tabaco, son similares a las de otros contextos universitarios.

Tal como señala Zuzulich (2008), la etapa en la que podemos ubicar a los universitarios, es poco después de haber vivido la adolescencia y de haber enfrentado cambios físicos y emocionales, es un periodo que viven con estrés ya que en él se encuentran definiendo su propia identidad, por lo que sus respuestas conductuales les ayudan para neutralizar dichas sensaciones.

En éste sentido, Sánchez-Hernández y Pillón (2011) resaltan el hecho de que hay pocos estudios con respecto al significado de fumar para los jóvenes. Agregan que no se ha detectado con claridad si fumar en la adolescencia o juventud temprana, es utilizado para fomentar las relaciones entre los pares en las universidades, es decir que los cigarros son como un recurso en momentos de desajustes de tipo emocional.

No obstante, en la presente investigación sí se detecta que los lugares favoritos para fumar de los estudiantes de la DACEA-UJAT son las fiestas y en la universidad, con un 69% de incidencia, lo cual nos lleva a conjeturar que tienen más probabilidades de fumar cuando se encuentran en compañía de sus amigos o conocidos.

Es importante realizar nuevas investigaciones en donde se puedan apreciar otras características de los universitarios y de su gusto por el consumo de cigarros, ya que existen otros factores que influyen en sus conductas, tales como el ambiente familiar, las sensaciones y/o los sentimientos que se involucran al fumar y pertenecer a grupos sociales definidos.

Por otra parte Zuzulich (2008) enfatiza que a pesar de todas las facilidades para dar a conocer campañas antitabaco y de difundir información acerca de los riesgos, así como de las políticas públicas promovidas por organismos internacionales, un gran porcentaje de adolescentes y jóvenes se inician el consumo de tabaco.

En cuanto a la reglamentación, en el Estado de Tabasco existe una Ley de Salud aprobada el 15 de diciembre de 2015, en la que se plantea realizar acciones por parte de la Secretaría de Salud para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras adicciones. En el Artículo 227, específicamente se propone que se implementen pláticas, videos, terapias grupales, o cualquier método preventivo que sirva para advertir e informar a la población estudiantil de los planteles oficiales y particulares, de primaria, secundaria y preparatorias, los efectos nocivos del consumo de tabaco.

Es trascendental, tomar nota de las conductas de riesgo que presentan los jóvenes universitarios de la DACEA – UJAT con respecto a sus hábitos como fumadores. Aunque podría decirse que existe un gran porcentaje de jóvenes que no fuman, los que sí lo hacen se colocan en pasillos y áreas transitadas, de la institución educativa, lo cual provoca que exista un considerable número de estudiantes que pueden caer en la clasificación de fumadores pasivos. Al respecto de lo anterior es pertinente integrar en el Programa de Responsabilidad Social de la Institución, propuestas para la promoción social de la salud y evitar el consumo de tabaco.

Otro dato significativo encontrado en la investigación, es que el 57% (57 alumnos) de los encuestados admitió comprar cigarros por menudeo. De lo anterior se deduce que los jóvenes no se dan cuenta y no tienen acceso a la información de las imágenes o mensajes preventivos impresos en las cajetillas de cigarros, por lo que puede existir un bajo porcentaje de conocimiento de los riesgos que provoca el consumo de tabaco.

Finalmente se concluye que se debe realizar un seguimiento para poder conocer la opinión de los estudiantes, con respecto a cuáles fueron las causas que los motivaron a iniciarse como fumadores e intuir cuáles serían los principales argumentos o motivos que los llevarían a dejar de hacerlo. Una vez recuperada la información se proponer ejecutar acciones de mercadotecnia social para apoyar las medidas de control del tabaco propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

Bibliografía

1. García del Castillo, J.; Lloret, D.; Espada, J. (2004) Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. Salud y drogas, vol. 4, núm. 1, 2004, pp. 19-38 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83940103>
2. Londoño, C., Rodríguez, I. y Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. Diversas Perspectivas en Psicología. Vol. 7 No 2. 2011. pp. 281-291 Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000200007
3. Medina-Mora, M.; Peña-Corona, M.; Cravioto, P.; Villatoro, J. & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? Revista Salud Pública, México; 44 supl1:S109-S115. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44s1/a16v44s1.pdf>
4. Sánchez-Hernández, C., Pillon, S. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. Revista Latino-Am. Enfermagem. May-June 2011; 19 Spe No:730-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000700010&script=sci_abstract&tlng=es
5. Zuzulich, M. (2008). ¿EL PASO POR LA UNIVERSIDAD AFECTA EL CONSUMO DE TABACO? Does going to UNIVERSITY affect tobacco consumption? Revista. Horizonte de Enfermería, 19, 1, 29-43 http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-1/paso_por_la_universidad.pdf

Capítulo 27: Marketing Social como estrategia desde el enfoque médico para la prevención de amputaciones en América Latina

María del Pilar García Reyes¹, Youhanna Mato Martínez¹,
Yajaira Gutiérrez Serna¹ Teresa de Jesús Brito Cruz¹, Rubén Díaz Sibaja¹,
Ligia Luque Pérez Pérez¹ y Joaquín José Parra Pérez¹

Introducción

Hoy en día en América Latina nos enfrentamos al incremento de casos clínicos de úlceras varicosas, las cuáles sin un tratamiento adecuado generan complicaciones tales como infecciones, necrosis, amputaciones, septicemia e incluso la muerte, por lo anterior, las úlceras varicosas constituyen un gran reto para los profesionales de la salud hoy en día.

Es importante considerar que las úlceras varicosas también son conocidas en el mercado de índole médico como úlceras venosas o flebostáticas, por tanto las úlceras de esta nomenclatura nos dan apertura a concebirlas como la pérdida de la solución de continuidad cutánea lo que quiere decir que está comprometida la integridad del tejido cutáneo, en la cual, dependiendo del grado de la lesión y profundidad puede comprometer elementos tales como: piel, tejido celular subcutáneo, músculo y estructura ósea dependiendo de la gravedad de la lesión, de su irregular evolución y respuesta del paciente.

Cabe destacar que la identificación de la presencia de una úlcera se lleva a cabo desde la identificación del área de aparición, los casos médicos nos refieren a la zona interna-externa del maleólo, es decir el tobillo, cuyas manifestaciones clínicas son: la tendencia a la hiperpigmentación cutánea, refiriéndonos a los cambios de coloración de la piel, manifiestos en una colorimetría que oscila entre el color marrón, rojizo y negruzco, así mismo la textura de la piel se torna áspera, presentando resequedad y agrietamiento, en ciertas zonas de la lesión, se genera una percepción de brillo, por la presencia de inflamación o edema, una característica principal en esta patología, es que los pacientes no refieren dolor. Estos elementos nos brindan un punto de partida para realizar un diagnóstico oportuno de la úlcera varicosa.

La Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (2017), señala que la prevalencia de casos de úlceras vasculares, que incluyen las úlceras varicosas y arteriales oscila entre 3 y 5 nuevos casos por cada 1000 personas y cada año esta cifra se duplica en mayores de 65 años, destacando su alta cronicidad y recidiva, de los cuales entre el 40 y 50 % permanecerán activas entre 6 meses y un año y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.¹

Teniendo como referencia dichas estadísticas, los profesionales de la Salud. ante dicha problemática buscan dar aportes que beneficien a la sociedad, haciendo uso de la Mercadotecnia en Salud, considerando que el principio fundamental de la mercadotecnia, es proyectar y ofrecer un servicio de salud que satisfaga las necesidades de los pacientes, con la finalidad de preservar la salud, a través de la búsqueda de alternativas e implementación de tratamientos novedosos, como la aplicación de la Pentoxifilina intradérmica para la prevención de amputaciones en América Latina, acciones enfocadas a un tratamiento, que mejore la calidad de vida de las personas e impacten de forma positiva a la sociedad, en base a costos de inversión para el tratamiento de úlceras varicosas, coadyuvando en la inserción de los sujetos en las diversas esferas como seres biopsicosociales.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Por tanto es necesario generar un abordaje en la sociedad, a través del Marketing Social para empoderar a las personas con información sustancial de la patología para prevenir y abordar de forma efectiva el tratamiento de la enfermedad que se presenta en toda América Latina, especialmente en México por la presencia de altos índices de casos que culminan en la amputación.

Objetivo

Empoderar a los usuarios mediante estrategias de marketing Social, sobre la efectividad de la aplicación intradérmica de pentoxifilina, para la prevención de amputaciones en América Latina, brindando un conocimiento actualizado y basado en evidencia científica, sobre las mejores actuaciones preventivas y curativas en las úlceras varicosas, además de ofrecer información sobre las medidas diagnósticas y terapéuticas para de esta manera mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados, desde una perspectiva global e individualizada.

Método

Considerando el Marketing Mix, (Producto, Precio, Plaza y Promoción) deseamos retomar el elemento Producto. Como proyección de la innovación en tratamientos para el abordaje de úlceras varicosas, la Pentoxifilina, es un “producto”, fármaco considerado como un agente vaso dilatador periférico y agente antitrombótico perteneciente a la familia metilxantina que tiene diversas utilidades o diferentes aplicaciones en la medicina bajo condiciones tales como: úlceras varicosas y otros síntomas que conllevan a los trastornos circulatorios.

Hoy en día los profesionales de la salud han incursionado en la aplicabilidad de la Pentoxifilina intradérmica, siendo ésta una innovación, debido a la aplicación focalizada en la zona, la cual genera una regeneración celular, una revascularización y una oxigenación del tejido tisular, de forma más rápida en comparación con el uso de la pentoxifilina por vía oral o por vía intravenosa.

Una característica principal de dicha innovación médica, radica en la retención prolongada del fármaco a nivel del tejido celular subcutáneo debido a que la absorción es más lenta y genera mayor efectividad.

Ante este descubrimiento los profesionales de la salud nos enfrentamos al siguiente cuestionamiento. ¿Cómo puedo comunicar esta innovación médica para la prevención de amputaciones en América Latina?

La respuesta a este cuestionamiento, parte de la utilización de estrategias mercadológicas que nos brinden la oportunidad de lograr una penetración del mercado, mediante la utilización de diversos canales de comunicación, una herramienta esencial en nuestro proceso de sensibilización social ante la presencia de ésta patología, que va en incremento en América Latina, pero sobre todo en nuestro país, es el uso del Marketing Social.

Retomando a Mullins, Walker, Boyd y Larréché (2007) El Marketing es un proceso social que comprende las actividades necesarias para hacer posible que los individuos y las organizaciones obtengan lo que necesitan y desean a través de intercambios con otros y para desarrollar relaciones de intercambio actuales²

Es por ello, que las actividades de comunicación juegan un papel preponderante, ya que el objetivo final es conseguir que los consumidores, es decir la sociedad, adopten determinados comportamientos direccionados al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos que poseen un acercamiento a la patología.

El enfoque del intercambio social contempla tanto los aspectos económicos como sociales (eficiencia del mercado, calidad de vida, aspectos humanos e impacto social)³

Adquiriendo esencialmente mediante el proceso de promoción de la innovación de la aplicabilidad de la pentoxifilina los atributos esenciales del tratamiento mediante la comunicación.

La información oportuna y confiable es condición fundamental para la acción en Salud, sin embargo, a menudo esta información no se encuentra disponible, debido a que no se realiza una adecuada inversión para la producción, recolección, procesamiento, análisis, difusión y uso de la información.⁴

Por tanto como profesionales de la salud mediante el Marketing Social nos hemos propuesto informar, educar y empoderar en el tema de salud con base en la experiencia clínica, mediante el desarrollo científico de técnicas innovadoras en el método de aplicabilidad de la Pentoxifilina, siendo una solución innovadora para los problemas que generan las úlceras varicosas en nuestro país y los índices de amputación que imposibilitan a los sujetos en su vida de forma integral.

Las estrategias metodológicas van enfocadas a la realización de mensajes significativos que repercutan en el comportamiento de la comunidad a través del desarrollo de conferencias, talleres, foros; así como material impreso que se distribuya a los profesionales de la salud en formación, a los profesionales en proceso de educación continua en el área de la salud y a la comunidad en general, con el propósito de generar una difusión masiva y una difusión selectiva con mayor profundidad para aquellos que se encuentran involucrados directamente con la patología.

Resultado

El involucramiento de la sociedad a través de los diversos segmentos de mercado mediante su participación colectiva genera un involucramiento en la toma de decisiones relacionadas con la Salud Pública, comprometiéndolos en el ejercicio, seguimiento y control de su salud.

La innovación estratégica desde el Enfoque médico para la prevención de amputaciones en América Latina. Es incidir en los diversos segmentos de mercado, para la formulación de mejores prácticas médicas para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y continuidad de las indicaciones médicas para el abordaje de la úlcera varicosa, como medio de prevención para las amputaciones en México, siendo las amputaciones, el resultado de una mala evolución del tratamiento en el paciente, tomándose como medida estratégica y terapéutica aplicada en situaciones en que se encuentre en riesgo la vida del paciente.

Conclusiones

La Mercadotecnia en Salud nos brinda la oportunidad de comunicar a los pacientes, un método clínico farmacológico capaz de disminuir los efectos adversos del fármaco utilizado por vía oral o intravenosa, así como adquirir beneficios tales como: facilitar la accesibilidad al tratamiento mediante la minimización de inversión en costos y la pronta recuperación.

Educar y empoderar al sector salud mediante la aplicación de esta nueva técnica como alternativa terapéutica eficaz en el tratamiento de úlceras varicosas es una de las principales acciones, impactando así mismo en el ámbito científico, para motivar a los profesionales de la salud, en el desarrollo de nuevas tendencias enfocadas a la implementación de nuevas técnicas para el tratamiento de las úlceras varicosas en nuestro país, teniendo siempre en cuenta, el propósito de salvaguardar la integridad física del paciente como medida de prevención para las amputaciones en América Latina y brindar un tratamiento que mejore la calidad de vida y la pronta recuperación de los sujetos. Es relevante considerar que el propósito global de un sistema de información de salud, es mantener informada a la comunidad, a sus representantes políticos, a los trabajadores de la salud, a los gerentes y en general a los proveedores de servicios de salud, en todos los aspectos relacionados con el origen y la dimensión de los problemas de salud de la población ⁵ Postulando que la colectividad en materia salud pública a través de un Marketing Social, genera un mayor involucramiento en pro de la promoción de la salud.

Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería vascular y Heridas. Guía de Práctica Clínica Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. Pág. 5
2. Ortis Velásquez, Mauticio; González Ortiz Domingo Jaime; Giraldo Oliveros Mario. Marketing 2014 Universidad del Norte ISBN 978-958-741-494-3Pág17
3. Santesmases Mestre Miguel, Marketing 2012 Difusora Larousse - Ediciones Pirámidel SBN 9788436817133 Pág.60
4. Malagón Londoño, Gustavo; Moncayo Medina, Álvaro. Salud Pública. Perspectivas 2011 Médica Panamericana. ISBN 978-958-845-08-9 Pág. 143
5. Malagón Londoño, Gustavo; Moncayo Medina, Álvaro. Salud Pública. Perspectivas 2011 Médica Panamericana. ISBN 978-958-845-08-9 Pág. 144

Capítulo 28: Necesidades sociales para la modificación de patrones de consumo de alimentos inflamatorios

Raquel López Peregrino¹, Juan Antonio Córdova Hernández¹
Crystell Guadalupe Guzmán Priego¹ y Juan Manuel Muñoz Cano¹

Introducción

Una dieta adecuada constituye una de las fuentes más importantes para la obtención de nutrientes considerados esenciales para un adecuado funcionamiento del organismo; sin embargo, con el paso del tiempo y sobre todo durante el siglo XX, con la llegada de la revolución industrial, la dieta ha ido sufriendo modificaciones que han influido en la salud del ser humano (López y Carmona, 2005), dicha transición nutricional, es decir, la sustitución de la dieta rural, “tradicional” por una dieta moderna, opulenta, “occidental” (alta en grasas saturadas, azúcares simples, alimentos ultraprocesados, proteínas de origen animal, baja en fibras, carbohidratos complejos y compuestos bioactivos); esto se debe a muchos factores tanto ambientales como sociales, pero también podría deberse a que la educación nutricional no ha sido la más indicada para esta población y todos sabemos que los buenos hábitos alimenticios son inculcados a través de una buena educación y que los programas nutricionales impartidos en los diferentes grados escolares resultan ser irrelevantes, pues el impacto que generan es mínimo y los resultados no son nada notorios.

Estos cambios alimenticios conllevan a su vez a una transición epidemiológica, en donde son comunes enfermedades relacionadas con la nutrición (Barquera y otros, 2005), conocidas también como enfermedades crónicas no transmisibles “ECNT”: diabetes, hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, , cirrosis hepática no alcohólica, enfermedad renal crónica, varios tipos de cáncer, entre otras (Housni y otros, 2016); y se sabe que el sobrepeso y la obesidad, es decir un índice de masa muscular “IMC” elevado, es un factor de riesgo para padecer muchas de estas patologías, que se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes no solo por su cuadro clínico y la aparición de sus complicaciones, sino por los altos costos de su tratamiento y su prevención, que se resume en bajos niveles en la calidad de vida y muchos años de padecer en su mayoría enfermedades no reversibles, que resultan incapacitantes y degenerativas por falta de prevención, por desinterés por parte del paciente y familiares, diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

Estas enfermedades han experimentado un incremento importante en su prevalencia en el país, pues comenzaron a aumentar y a convertirse en causas importantes de muerte, en 2016, de acuerdo a datos reportados por la OMS, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso, en general, alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos, debido a que se ha demostrado que en aproximadamente un 70-80% de los individuos se produce un remodelado del tejido adiposo (adiposetissueremodelling) tanto a nivel estructural como funcional que provoca una reacción inflamatoria sistémica, que puede evaluarse mediante la determinación de marcadores como proteína C reactiva hipersensible, interleucina 6, NFkb, que son considerados parte de una modificación metabólica temprana, que antecede a las ECNT (Tabung y otros, 2018; 2017; 2016). Cuando la resolución de la inflamación aguda no se resuelve correctamente, se desencadena un estado inflamatorio crónico denominado de bajo grado y que se da a nivel local con repercusiones sistémicas, que termina alterando la homeostasis, es también conocida como lipoinflamación (metabolic-triggered inflammation”, “metainflammation”, o “adiposetis-sueinflammation”) (León y otros, 2015).

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Los estudios epidemiológicos muestran que la inflamación de bajo grado, es un elemento común a las enfermedades no transmisibles y que varios alimentos industrializados modernos se asocian a ese proceso, es decir, existe correlación entre el aumento de marcadores inmediatos de inflamación sistémica, con patrones de consumo de alimentos, por ello resulta importante también realizar un estudio de asociación entre los patrones de consumo de alimentos y su efecto retardado en valores antropométricos y valores de glucosa, colesterol y triglicéridos en jóvenes, pues son parte de la población blanco que puede hacer posible la prevención de las enfermedades no transmisibles, que constituyen uno de los grandes desafíos de la salud pública mundial, ya que este tipo de enfermedades causan 41 millones de muerte cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo(OMS, 2018).

Esta investigación aporta datos que nos ayudan a darnos cuenta que el consumo de alimentos altamente industrializados, proporciona un incremento de masa corporal y de diferentes marcadores, aún en personas con un índice de masa corporal menor de 25.

Dichos resultados nos dan la pauta para darnos cuenta del poco impacto de las estrategias de mercadotecnia actuales y nos abren áreas de oportunidad para poder modificarlas en pro de la salud de la población.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el consumo de alimentos inflamatorios y su asociación con biomarcadores en jóvenes del estado de Tabasco.

Objetivos específicos

Evaluar las medidas antropométricas de los alumnos de nuevo ingreso.

Promover una adecuada orientación alimentaria que repercuta en mejorar la salud de nuestra población.

Encontrar áreas de oportunidad para establecer nuevas herramientas de prevención o modificar los programas de mercadotecnia de la salud actuales.

Métodos

Es un estudio observacional, analítico, transversal, no probabilístico que se realizó con un total de 3559 estudiantes nuevo ingreso de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, H= 1519 (43%) y M= 2040 (57%). (Figura 2).

Este estudio contenía mediciones antropométricas (peso, talla, cintura, cadera) y de química clínica (glucosa, colesterol total, ldl, hdl, triglicéridos), al igual que estudios de laboratorio como biometría hemática y química clínica, que incluía glucosa en ayunas.

Para la determinación del índice de masa corporal de acuerdo a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (WHO 2011) se empleó una balanza clínica con estadímetro de básculas Nuevo León®, México, con capacidad para 200 kg. La balanza se calibró cada día durante el tiempo que se recibió a los estudiantes. El índice de masa corporal se calculó de acuerdo a la PROY-NOM-043-SSA2-2011 de México (2012). Para las medidas del perímetro de la cintura y cadera se emplearon cintas de fibra de vidrio milimétricas no extensibles con longitud de 1.80 m y anchura de 1 cm de Vitamex® México. Para la población de la zona geográfica la medida para la cadera deseable para mujeres es 80 cm y 90 para hombres. El índice cintura cadera (ICC) se calculó al dividir el perímetro de la cintura entre el de la cadera en centímetros, donde un valor de 0.85 para mujeres y 0.90 en hombres se consideró el límite de corte. El índice cintura-talla (ICT) se calculó como cintura/talla en centímetros donde un valor menor de 0.5 se consideró deseable.

Las muestras de sangre de los participantes las obtuvo el personal del laboratorio de análisis clínicos de la UJAT posteriormente a un ayuno de 12 horas. Para ello se emplearon equipos estériles y la sangre se colectó en tubos Vacutainer® Serum (Becton Dickinson, Franklin Lakes, NJ, USA). Se midieron glucosa (GPA), triglicéridos (TG) y colesterol total (CT) mediante metodología analítica seca en el equipo automatizado VITROS® 250 (Ortho-Clinical Diagnostics Johnson & Johnson, Rochester, NY, USA).

Se les aplicó también el cuestionario FFQ/CDC de 139 reactivos de hábitos alimenticios. Se analizó la relación entre los valores antropométricos y de marcadores bioquímicos con los alimentos de acuerdo a la escala de la dieta inflamatoria (Shivappa y otros, 2013).

Para el procesamiento de datos se utilizó la versión 20.0 del Statistics Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas de tendencia central, así como tablas de contingencia. Se usó la prueba de muestras relacionadas para comparar las variables de los grupos, de acuerdo a los marcadores bioquímicos y el género. Se hizo también la prueba de correlación para comparar variables de glucosa, colesterol y triglicéridos en hombres y mujeres. Se consideró estadísticamente significativo cuando $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas. El estudio se sometió a la aprobación del Comité de Investigación y el Comité de Ética de la División Académica de Ciencias de la Salud, para su registro en la Secretaría de Investigación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. El estudio cumple con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El diseño se apega a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de México.

Resultados

En la tabla siguiente se muestran las características antropométricas del grupo de mujeres, cuyos valores promedios de dichas medidas fueron: peso 60.09 ± 13.32 (rango de 34.60-172.20 kg), cintura de 74.34 ± 10.40 cm (rango de 52.00-164.50), cadera de 97.48 ± 9.80 cm (rango de 61.00-197.50), IMC: $24.4 \pm 4.89 \text{ kg/m}^2$ (rango de 14.00-69.00), talla de $1.56 \pm .06$ metros (rango de 1.41-1.80), ICC 0.76 ± 0.07 (rango de 0.40-1.90) e ICT de $0.48 \pm .06$ (rango de 0.33-1.09).

TABLA. Características de antropométricas de la población de mujeres.(n=2040)

Variable	Media \pm DE	Mínimo – máximo
Peso	60.09 ± 13.32	34.60-172.20
Cintura	74.34 ± 10.40	52.00-164.50
Cadera	97.48 ± 9.80	61.00-197.50
IMC	24.40 ± 4.89	14.00-69.00
TALLA	$1.56 \pm .06$	1.41-1.80
ICC	$.76 \pm .07$.40-1.90
ICT	$.48 \pm .06$.33-1.09

Fuente: elaboración propia

En la tabla siguiente se muestran las características antropométricas del grupo de hombres, cuyos valores promedios de dichas medidas fueron: la media del peso fue de 71.74 ± 16.46 kilogramos (rango de 34.50-173.00), cintura de 80.99 ± 12.35 cm (rango de 55.00-156.00), cadera de 98.62 ± 9.83 cm (rango de 52.50-163.00) IMC $25.61 \pm 5.43 \text{ kg/m}^2$ (rango de 15.00-68.00), talla de 1.68 ± 0.07 metros (rango de 1.43-1.91), ICC de 0.82 ± 0.07 (rango de 0.60-1.30), ICT de $0.48 \pm .07$ cm (rango de 0.35- 0.92).

TABLA. Características de antropométricas de la población de hombres.(n=1519)

Variable	Media \pm DE	Mínimo – máximo
Peso	71.74 \pm 16.46	34.50-173.00
Cintura	80.99 \pm 12.35	55.00-156.00
Cadera	98.62 \pm 9.83	52.50-163.00
IMC	25.61 \pm 5.44	15.00-68.00
Talla	1.68 \pm .07	1.43-1.91
ICC	.82 \pm .07	.60-1.30
ICT	.48 \pm .07	.35- .92

Fuente: elaboración propia.

Resultados de valores de biomarcadores

Los valores de biomarcadores se muestran en la tabla de abajo y fueron para mujeres: GA 4.83 \pm 0.84 mmol/l (rango de 3.44-16.94), triglicéridos 1.23 \pm 0.56 mmol/l (rango de 0.53- 6.46) CT 4.15 \pm 1.09 mmol/l (rango de 0.84- 10.24), LBD 3.6 \pm 1.13 mmol/l (rango de 1.45- 10.09) y LAD 1.28 \pm 0.24 mmol/l (rango de 0.67- 1.55).

TABLA. Características de biomarcadores de la población de mujeres.(n=2040)

Variable	Media \pm DE	Mínimo – máximo
GA	4.83 \pm 0.85	3.44-16.94
Triglicéridos	1.23 \pm 0.56	0.53- 6.46
CT	4.15 \pm 1.08	0.84- 10.24
LBD	3.58 \pm 1.12	1.45- 10.09
LAD	1.27 \pm 0.24	0.67- 1.55

Fuente: elaboración propia

En la tabla siguiente se muestran las características de los biomarcadores, que para hombres fueron: GA 4.88 \pm 0.8 mmol/l (rango de 3.44- 17.72), triglicéridos 1.39 \pm 0.74 (rango de 0.53- 6.46) CT 3.82 \pm 1.11mmol/l (rango de 1.22- 12.63), LBD 3.34 \pm 1.15mmol/l (rango de 1.45- 12.08) y LAD 1.2 \pm 0.24mmol/l (rango de 0.67- 1.55).

TABLA. Características de biomarcadores de la población de hombres.(n=1519)

Variable	Media \pm DE	Mínimo – máximo
GA	4.88 \pm 0.80	3.44- 17.72
Triglicéridos	1.39 \pm 0.74	0.53- 6.46
CT	3.82 \pm 1.10	1.22- 12.63
LBD	3.32 \pm 1.14	1.45- 12.08
LAD	1.19 \pm 0.24	0.67- 1.55

Fuente: elaboración propia.

Patrones de consumo de alimentos

Al hacer la correlación entre alimentos inflamatorios y marcadores en mujeres se encontró correlación entre el consumo de jugo de tomate o jugo de verduras y vegetales con GA ($p= 0.0001$), LBD ($p= 0.001$), CT ($p= 0.002$) e ICC ($p= 0.003$). También entre el consumo de hamburguesa de carne de res o hamburguesa con queso con IMC ($p= 0.003$); mezclas de carne de res con peso ($p= 0.007$), cadera ($p= 0.006$) e IMC ($p= 0.009$); jugo de manzana con Ga ($p= 0.005$), LBD ($p= 0.007$), CT ($p= 0.002$); jugo 100% de fruta con Ga ($p= 0.0001$), LBD ($p< 0.0001$) y CT ($p< 0.0001$).

En hombres se encontró correlación entre el consumo de carnes frías con peso ($p= 0.009$) y cadera ($p= 0.006$); salchichas con peso ($p= 0.004$), cadera ($p= 0.001$) e IMC ($p= 0.009$); carne asada con peso ($p= 0.002$), cadera ($p= 0.002$) e IMC ($p= 0.003$); ensalada de lechuga con peso ($p= 0.009$), LBD ($p< 0.0001$) y CT ($p< 0.0001$); entre consumo de jugo de manzana con LBD ($p= 0.009$), LAD ($p< 0.0001$) y CT ($p= 0.004$).

Como en otras poblaciones se encuentra desviación a la derecha de los promedios de los biomarcadores. Esto es explícito en la proporción de estudiantes, independientemente de su masa corporal, que presentan valores de prediabetes y diabetes. Posiblemente sea debido a que el tipo de dieta que consumen no es saludable (Muñoz y otros, 2015) y a pesar de que en general se trata de la occidentalización de la dieta que ha dejado de ser completamente tradicional pero que se traslapa con la industrializada moderna, podemos también adjudicarlo a una falla en las estrategias de salud, y al poco impacto de las estrategias de mercadotecnia, pues los resultados muestran que las enfermedades no transmisibles aumentan rápidamente y se sabe que tres de ellas, son la principal causa de muerte (Soto, Moreno y Pahl, 2016).

Los patrones alimenticios son distintos a los patrones de consumo de alimentos de otros países, por esto las respuestas que se encuentran entre los participantes de las encuestas de otros autores respecto a las de los jóvenes mexicanos presentan diferencias en la respuesta respecto a los alimentos. Además los indicadores que se usaron en la elaboración de las listas de alimentos inflamatorios y no inflamatorios difieren en la posibilidad de ser detectados de manera temprana, como es el caso de la PCR ultrasensible, la IL-6 y al NF κ B indicadores directos de la inflamación de bajo grado (Tabung y otros 2018; 2017; 2016). Para el caso de esta investigación, las modificaciones en los marcadores, si bien muestran modificaciones en el patrón metabólico que sugiere estado de prediabetes y dislipidemia, no se presentan de manera tan explícita ya que son consecuencia de la inflamación de bajo grado.

Conclusiones

Se encontró un aumento de biomarcadores que se asocian al mayor consumo de alimentos inflamatorios. Esto muestra áreas de oportunidad en el nivel de educación terciaria para la aplicación de estrategias de consumo de alimentos saludables.

Bibliografía

1. Barquera, S., y Tolentino, L. (2005). Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México: una perspectiva de transición epidemiológica. *Papeles de población*, 11(43), 133-148. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n43/v11n43a6.pdf>
2. Goran, M. I., Ulijaszek, S. J., y Ventura, E. E. (2013). High fructose corn syrup and diabetes prevalence: a global perspective. *Global Public Health*, 8(1), 55-64. DOI: 10.1080/17441692.2012.736257.
3. Housni, F. E., González, C. R. M., Macías, A. M., Cervantes, V. G. A., y del Toro, H. B. (2016). La antropología nutricional y el estudio de la dieta. *Actualización en Nutrición*, 17(3), 87-93.
4. León-Pedroza, J. I., González-Tapia, L. A., del Olmo-Gil, E., Castellanos-Rodríguez, D., Escobedo, G., y González-Chávez, A. (2015). Inflamación sistémica de grado bajo y su relación con el desarrollo de enfermedades metabólicas: de la evidencia molecular a la aplicación clínica. *Cirugía y Cirujanos*, 83(6), 543-551.
5. Secretaría de Salud. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud: Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación.

Capítulo 29: Intervención mercadológica preventiva sobre Leptospirosis en el CESSA Tierra Colorada, Centro Tabasco

María Jesús Almeida Cerino¹

Luis Miguel Rodríguez Martínez² y Juan Antonio Córdova Hernández¹

Introducción

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa, causada por una espiroqueta del género *Leptospira sp* que comprende 24 serogrupos y 250 serovariedades. Los factores de riesgo para adquirir la enfermedad son la ocupación (cultivo de plátano, ganadería), contacto con animales, exposición recreativa con aguas contaminadas (cazar, nadar, campismo, deportes de aventura), viajar a regiones de clima tropical y subtropical. Tiene una tasa de letalidad reportada de hasta el 22%¹.

El subregistro en muchas áreas del mundo y en nuestro país lleva a un diagnóstico tardío y erróneo como ha ocurrido en ocasiones donde se ha confundido con fiebre hemorrágica por dengue ocasionando la demora en el tratamiento adecuado y la desfavorable evolución de los casos, así como por la falta de conocimiento de su magnitud y trascendencia¹; de ahí su importancia.

La leptospirosis ocurre mundialmente, pero es endémica principalmente en países con climas húmedos subtropicales y tropicales. Estimaciones indican que hay más de 500,000 casos mundiales de leptospirosis anualmente². En los Estados Unidos, se reportan aproximadamente entre 100 y 150 casos de leptospirosis al año³.

Desde de los primeros casos sospechosos en humanos en México en 1920, la secretaría ha demostrado su interés por desarrollar la capacidad nacional para poder identificar oportunamente y diagnosticar con pruebas de laboratorio, a cualquier sospechoso de padecer esta enfermedad zoonótica. Por eso se viene tratando de estimular, capacitar y agilizar la vigilancia epidemiológica y el control de esta enfermedad a nivel nacional, a través de la implantación de medidas adaptables a la realidad nacional⁴.

La situación epidemiológica de leptospirosis en México en el 2000, presentaba una tasa nacional de 0.65 y al 2010 0.45 casos por cada 100,000 habitantes, manteniéndose constante durante los últimos 10 años, los estados que presentaron una incidencia mayor son: Hidalgo, Sinaloa, Veracruz, Tabasco, Sonora y Yucatán, que oscilan entre 0.22 a 9.80 casos por cada 100,000 habitantes, la mayor tasa nacional se presentó en el 2007 con 0.21 casos por cada 100,000 habitantes, el grupo de edad más afectado fue de 50-59 años, predominando el sexo masculino⁵.

El presente trabajo de intervención contará con 2 fases durante su desarrollo, las cuales buscan realizar una estrategia de marketing para mejorar el conocimiento sobre la leptospirosis y cómo prevenirla mediante una intervención. Durante el transcurso del presente se determinará el nivel de conocimiento previo y posterior. Adicionalmente se buscará definir e implementar estrategias mercadológicas (segmentación del mercado y mezcla de mercadeo).

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

² Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México

Objetivo

Comparar el nivel de conocimiento a través de una intervención mercadológica preventiva que permita a la población vulnerable, conocer sobre leptospirosis y actuar oportunamente evitando complicaciones.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en un centro de salud de Tierra Colorada, Villahermosa. Tabasco durante enero 2019, a una población de n= 99, se aplicó una estrategia de mercadotecnia social y promoción de la salud pretest inicial, proporcionando materiales audiovisuales, trípticos y presentaciones, al terminar la primera fase se les aplicó el posttest para evaluar dimensiones: agente causal, transmisión de la enfermedad, aspectos clínicos, diagnósticos, tratamiento y prevención.

La ficha de recolección de datos constó de dos ítems, en el primero se recoge información general como edad, sexo, nivel de instrucción, si recibió información sobre leptospirosis, si le han diagnosticado leptospirosis, si le han diagnosticado leptospirosis, y si ha escuchado sobre la leptospirosis; en el segundo un cuestionario sobre algunos conocimientos sobre la etiología, epidemiología, clínica, prevención sobre la leptospirosis. La elaboración de cuestionario se basó en preguntas de los estudios de Berdasquera, García:

Las preguntas 1 a la 6 indagan sobre el agente causal, reservorio y factores de riesgo, de la 7 a la 10 sobre su transmisión, de la 11 a la 15 de su clínica, la 16 sobre el diagnóstico, la 17 su tratamiento y de la 18 a la 20 sobre prevención. Cabe mencionar que los valores aceptables de $p \leq 0.05$.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2pq}} = 99 \text{ DESTINATARIOS}$$

N = 155

z = 90%

pq = .50

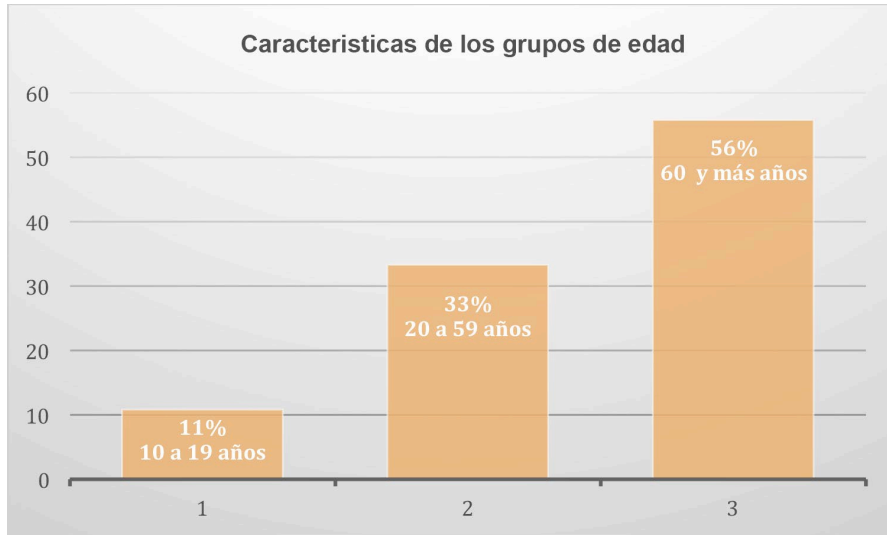
e = 5%

EVALUACIÓN: 20 ítems a escala Likert sobre el conocimiento de leptospira previos y posteriores.

Resultados

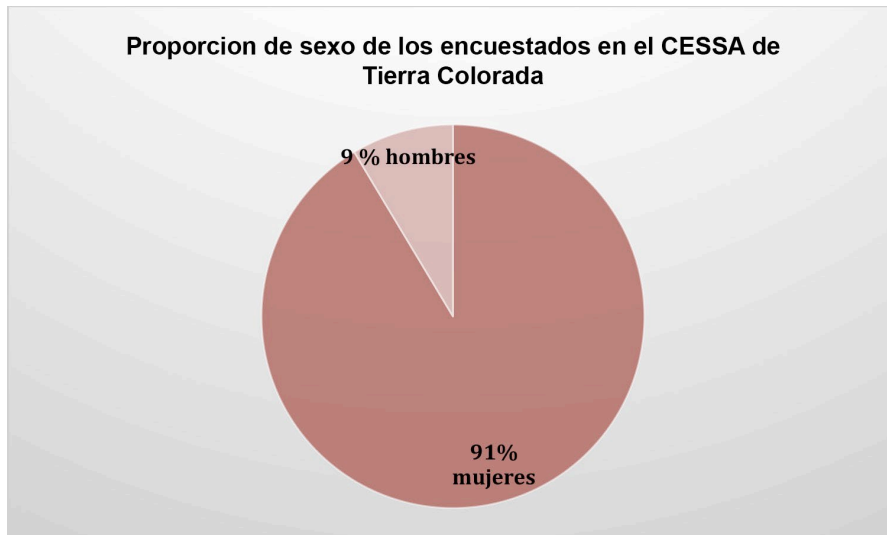
a) Características de los adultos atendidos en el CESSA en enero 2019

Se encuestaron a 249 adultos (suma de pre y post encuestados); el 11% de 10 a 19 años, 20 a 59 años 33% y 56% de 60 y más años.

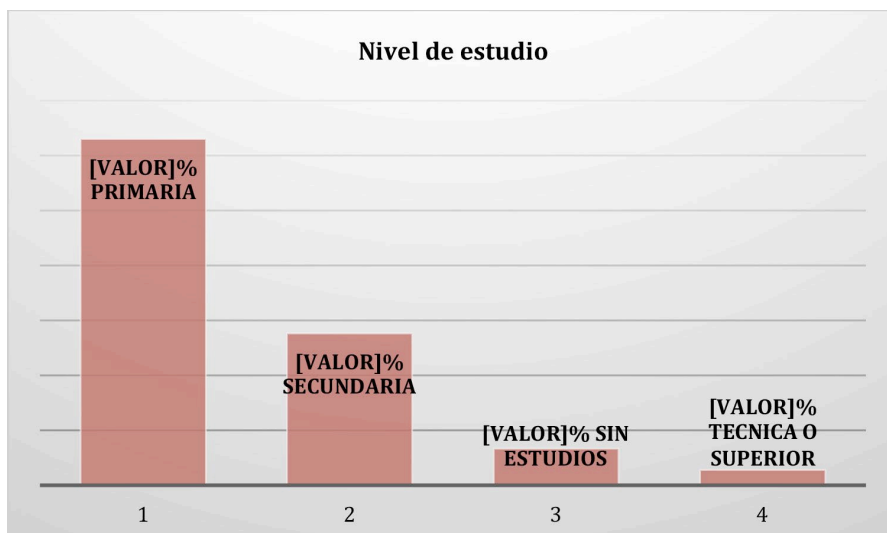


Grafica N°1 Edad de los adultos encuestados en el CESSA de Tierra Colorada

El 95% de los adultos encuestados en el centro de salud son del sexo femenino y el 9% del sexo masculino.



Grafica N°2 Proporción de sexo



EL 63% de los encuestados tienen nivel primaria y el 28% nivel secundaria.

Al realizar la prueba estadística t de student se observó que existe diferencias entre los grupos, para la dimensión de agente causal en el pre una $t=7.5102$, en el post una $t=11.9490$ con $p=0.001$, en el conocimiento de la transmisión se observó que el pre= 4.5816 , post= 8.5714 con $p=0.001$.

Se utilizaron las medias de dos variables dependientes con una prueba estadística de t para las variables de la dimensión clínica pre y post ($t= -14.286$) $p=.0001$, en cuanto el tratamiento pre y post ($t= -12.210$) $p=.0001$.

Conclusiones

El programa es efectivo cuando se aplica una estrategia de intervención mercadológica preventiva sobre Leptospirosis en el CESSA Tierra colorada de forma oportuna permitirán una mejor prevención, control y tratamiento y por consecuencia la no adquisición de la enfermedad.

Bibliografía

1. Raghavan U.M. Palaniappan, Ramanujam S and Chang YF. “Leptospirosis: pathogenesis, immunity, and diagnosis”. Current Opinion in Infectious Diseases 2007; 20: 284–292
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, información general de Leptospirosis, 2018. [Citado 2018-12-10], OMS (páginas 17-18); OPS (página 112), APHA (página 415-418) Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7821:2012-informacion-general-leptospirosis&Itemid=0&lang=es
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Hoja Informativa para médicos CDC, 2018 [Citado 2018-12-08], Disponible en:
<https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-esp-us-508.pdf>
4. Torres-Castro M, Hernández-Betancourt S, Agudelo-Flórez P, Arroyave-Sierra E, Zavala-Castro J, Puerto FI. Revisión actual de la epidemiología de la leptospirosis. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016;54(5):620-5.
5. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología, Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Leptospirosis 2012 [Citado 2018-12-08], Disponible en:
http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/14_Manual_Leptospirosis.pdf

Capítulo 30: Mercadotecnia Social basada en la educación para el desarrollo sustentable

Teresa de Jesús Brito Cruz¹
Gloria Esther Acevedo Olvera¹

Introducción

Dentro del contexto mercadológico, la mercadotecnia social se apertura con la concepción del Marketing educativo y ambiental, el cuál nos direcciona a la utilización de estrategias enfocadas a la educación ambiental, debido a la innegable importancia del marketing y la influencia que tiene en las personas para promover ideas y conductas que beneficien a la sociedad. La guía rectora del marketing debe ser satisfacer los deseos y necesidades de las personas.¹ Kotler sostiene que el concepto básico y fundamental del marketing es el de las necesidades humanas, una necesidad humana es aquella condición en que se percibe una carencia.² Por tanto, una de las necesidades básicas del ser humano es contar con recursos necesarios para subsistir; Los cuales emanan propiamente del medio ambiente.

El término desarrollo sostenible, perdurable o sustentable se aplica al desarrollo socio-económico y fue formalizado por primera vez en el documento conocido como informe Brundtland (1987), fruto de los trabajos de la comisión mundial del medio ambiente y desarrollo de las Naciones Unidas, creada en Asamblea de las Naciones Unidas en 1983.³ El consumidor quiere sentirse bien a la hora de comprar, sabiendo que, a la vez que satisface sus necesidades, colabora en la lucha por un mundo mejor.

Nos encontramos en un momento en el que la progresiva pérdida de los valores éticos y el nuevo enfoque de las necesidades de la sociedad en general hacia el consumismo desproporcionado, como única fórmula posible para conseguir el tan ansiado “estado de bien estar” han provocado la sobre-explotación de los recursos naturales, la degeneración del medio ambiente y el cada vez mayor distanciamiento de conciencia social.⁴

La Asociación de Scouts de México A.C. a través del Grupo 3 Xicalango perteneciente a la Provincia de Campeche llevó a cabo el Tapatón 2018. El Tapatón es un proyecto scout nacido a partir de una idea interamericana, que consiste en la colecta de tapas plásticas de todo tipo para donar el dinero de su reciclaje a ONG's que apoyen a niños con cáncer en nuestro país.

En esta línea de acción social el marketing social implica la generación de un pensamiento y comportamiento colectivo enfocado al logro de objetivos re direccionados a una causa social que se alinea hacia reciprocidad social con base a un fenómeno social como lo es el cáncer infantil, aportando desde el consumismo de los sujetos, tapas que pueden convertirse en un elemento reciclable, que genera un recurso económico para sustentar los tratamientos médicos que brindan apoyo en su proceso de tratamiento y recuperación para los niños inmersos en esta problemática.

En México se requiere cada vez más del involucramiento por medio del eco-marketing y marketing social, para generar una interconexión con los sujetos en materia del cuidado del entorno, así como la generación de ideas enfocadas al desarrollo sustentable y propiciar acciones direccionadas al desarrollo de instituciones socialmente responsables comprometidas con el medio ambiente y con la sociedad.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Objetivo

El objetivo del proyecto, es recolectar la mayor cantidad de tapas, permitiendo que más de un niño sea beneficiado con el donativo, creando con esta acción una conciencia ambiental en las personas a través del reciclaje de tapas plásticas.

Método

El mecanismo consiste en recolectar el mayor número de tapas plásticas, para posteriormente vender las tapas a una recicladora y obtener recursos para donar quimioterapias para los niños que las necesitan, cabe mencionar que todo lo recaudado será donado a la Asociación Mexicana de lucha contra el Cáncer A.C.

Por lo que el Grupo 3 Xicalango inició su labor exhortando a la población carmelita a unirse a esta noble causa social, una iniciativa llevada a cabo a nivel nacional por todos los grupos pertenecientes a la Asociación de Scouts de México A.C ante tal convocatoria la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, decide unirse a la causa e iniciar el proceso de Recolección de Tapas para apoyo a esta campaña denominada “Tapas por Sonrisas” por lo cual elaboró el siguiente plan de Medios.

- 1.-Selección de segmentación de mercado:

Universidad Autónoma del Carmen Campus III

Facultad de Ciencias de la Salud

P.E. Psicología Clínica

P.E. Medicina

P.E. Fisioterapia y Rehabilitación

P.E. Nutrición

- 2.-Selección del Comité de logística de la campaña

Se comisionó a un grupo de alumnas de 4° semestre de psicología clínica (Cornejo Figueroa Alpha Zyan-ya, Luna Pérez Jessica Concepción, Lozano López Leydi Norely, Salvador Córdova Diana Yarime) para la logística de recolección, separación y entrega de las tapas a la Asociación Scout, junto con la participación de los diversos semestres de los diversos programas educativos, actividad supervisada por la profesora de tiempo completo a cargo del proyecto Psic. Teresa del Jesús Brito Cruz en coordinación con el gestor del programa educativo de psicología clínica, Dr. Javier Rivera Domínguez con la autorización de la directora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. Lubia del Carmen Castillo Arcos.

- 3.-Se diseñó la publicidad (Flyers) impresos para colocar en los diversos niveles que integran la infraestructura de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Así mismo con apoyo del grupo de teatro de psicología “Mitos” y el grupo de emprendedores del “Uni Market Campus III” Se posteó en sus redes sociales (Página oficial en Facebook) la convocatoria para la participación en esta campaña.

- 4.-Se colocaron estratégicamente botes de basura con el señalamiento de la campaña para depositar las tapas, dichos recipientes fueron ubicados de la siguiente manera:

UNIDAD	ÁREA DE UBICACIÓN
1	Ingreso de la Facultad Ciencias de la Salud (Planta baja)
1	Descanso en escalera de la Facultad Ciencias de la Salud (Primer nivel)
1	Pasillo del área de Psicología clínica
1	Cafetería de Nutrición
1	Cafetería de Ingeniería
5	Total de botes de recolección

- 5.-El período de “Recolección” abarcó 15 días, del 30 de abril al 17 de mayo del 2018.

El día 17 de mayo se llevó a cabo la recolección de tapas de los depósitos para proceder a la separación de tapas por colores conforme estaba estipulado en la convocatoria para la entrega, dicho proceso se llevó a cabo con la colaboración de 15 alumnas del Programa educativo de Psicología Clínica.

- 6.-El evento de entrega se llevó a cabo en las instalaciones del Museo de la Ciudad Victoriano Nieves Céspedes, él cuál dio inicio a las 10:00 de la mañana con el registro de las instituciones participantes y el pesaje de la entrega de tapas. Al evento se dieron cita Instituciones Educativas, Empresas, Asociaciones Civiles y Familias.

GRUPOS DE INTERÉS CON PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA CAMPAÑA TAPAS POR SONRISAS- TAPATÓN 2018
Facultad Ciencias de la Salud UNACAR
Preparatoria Campus II UNACAR
Fundación Casa Grande Perforadora México
PROTEXA
LagunARTE
Asociación: Unidos hoy por un Sistema sustentable A.C.
Colegio Particular “Parvulitos”
Colegio Benito Juárez
Cardio Woman
La Playera
Cruz Roja Mexicana
Cruz Ámbar
Marinsa

Es así que, dicho proceso mercadológico, se enfoca al cambio de conductas en los consumidores, respecto al uso de sus desechos plásticos (Tapas), en pro de la generación de comportamientos colectivos enfocados al apoyo económico para el cuidado de la Salud de niños con Cáncer.

La intencionalidad primordial, es generar una conciencia social ante este tipo de problemáticas en nuestro país.

Resultados

La Facultad de Ciencias de la Salud hizo entrega de 54 Kg. De Tapas para la donación de Quimioterapias para Niños. Cabe mencionar que a nivel nacional con nuestra aportación contribuimos para recolectar 70,000 tapas. Por cada 1,000 tapas se donó una quimioterapia... Y regalamos 70,000 sonrisas

Conclusiones

Se deben seguir haciendo este tipo de campañas con mayor difusión, para que la sociedad se involucre y un mayor número de personas salgan beneficiadas, porque el reciclaje es una práctica muy importante

para la conservación del medio ambiente, ya que reciclando se puede mejorar mucho la condición de nuestro planeta y tener un estilo de vida mejor. La gente que cree que no es necesario reciclar, con este tipo de campañas logran visualizar el verdadero impacto social que propician sus acciones. Contribuyendo en la mejora de su calidad de vida y de los que se benefician directamente de ellas como lo son los niños de la Asociación Mexicana de lucha contra el cáncer A.C.

Bibliografía

1. Belz F., Peattie K. (2009): Sustainability Marketing: A Global Perspective. John Wiley & Sons
2. Mendive Daniel Ebert 1999 “El marketing social puede ser un instrumento de evangelización”. E-Libro. Net 1° edición pag. 25
3. Brundtland (1987), <http://www.unitedexplanations.org/2012/04/02/brundtland-donde-esta-nuestro-futuro-comun>
4. Recio Menéndez y Ortiz Sánchez Márketing y ventas ediciones de usto
5. Planeta de Agostini Profesional y formación SL Issn 1133-7672 Harvard Deusto Márketing y Ventas, ISSN 1133-7672, Nº. 36 (Ene-Feb), 2000, págs. 26-33

Capítulo 31: El cartel como estrategia de mercadotecnia social en el área de la salud

Diana Valeria López Zamudio¹

Joana Arely Carrera Barrera¹ y Shiray González Pérez¹

Introducción

La mercadotecnia o el marketing es el proceso de planear y ejecutar la concepción de precios, promoción de ideas, bienes y servicios con el fin de satisfacer las necesidades individuales y en grupos. Dentro de este ámbito, también se ven implícitos los beneficios que adquieren las partes que participan en la mercadotecnia, siendo estas quienes compran un producto o servicio y la otra parte las personas que lo ofrecen u organizaciones. (1, pag 2)

Implícitamente dentro de la mercadotecnia, se ve una parte muy importante que es la publicidad, es decir, la herramienta que se usará para llegar a los clientes o usuarios, la función de la publicidad o de los medios de difusión que emplea la mercadotecnia es reforzar la idea o el sentimiento de pertenencia que el individuo tiene hacia un producto o servicio determinado, por esto, es importante encontrar el medio más adecuado de promoción para cada producto o servicio y hacer un buen uso y manejo de este.

Ahora bien, algunos de las herramientas que se utilizan como recursos de difusión en la mercadotecnia son: (2)

- Publicidad en medios electrónicos: como se sabe hoy en día, el mundo está inmerso en la globalización y en los avances tecnológicos por lo que la tecnología avanza a pasos agigantados, por ello, este es uno de los medios más empleados hoy en día entrando en esta categoría los anuncios en la televisión, en redes sociales, en la radio, etc.
- Publicidad en medios impresos: este tipo de publicidad es más tradicional encontrándose en esta categoría los periódicos, revistas, carteles y posters, cabe mencionar que también es un medio vas selectivo ya que la información ira enfocada a cierto grupo de mercado.

Dentro de la mercadotecnia existen diferentes tipos como la mercadotecnia social, que es un principio de marketing ilustrado, que sostiene que una compañía debe tomar decisiones de marketing considerando los deseos del consumidor, los requerimientos de la compañía, y los intereses de largo plazo de la sociedad y de los consumidores. (1, pag 10)

En el área de salud, ésta contiene los mismos principios, pero dirigido a vender ideas, actitudes y comportamientos con información motivadora y atractiva orientada a los distintos grupos de población, identificando las necesidades individuales y colectivas, basada en mejores estrategias de mercadeo con el fin de mejorar el bienestar general, así que su propósito es llamar la atención o eliminar problemas sociales, relacionados con la salud pública, trabajo, educación, vivienda y nutrición.

Los medios utilizados para difundir la información han cambiado con el paso del tiempo, adaptándose al desarrollo y a la evolución de la tecnología; por ello los medios de la comunicación como la prensa, la radio, la televisión y el más utilizado por las personas en la actualidad, el internet, se han convertido en las plataformas fundamentales para la emisión de los mensajes de salud, para las denominadas campañas de salud pública. Sin embargo, a pesar de las nuevas tecnologías, existe una herramienta que ha subsistido a través de los años y sigue siendo un importante elemento de la comunicación y el marketing, el cartel.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

El cartel es un material gráfico que transmite un mensaje, está integrado en una unidad estética formada por imágenes que causan impacto y por textos breves. Ha sido definido por algunos estudiosos como “un grito en la pared”, que atrapa la atención y obliga a percibir un mensaje. También puede definirse como un susurro que, ligado fuertemente a las motivaciones e intereses del individuo, penetra en su conciencia y le induce a adoptar la conducta sugerida por el cartel así que en conclusión su función es lanzar un mensaje al espectador con el propósito de que éste lo capte, lo recuerde y actúe en forma concordante a lo sugerido por el propio cartel. (3)

Características. (3)

- El mensaje de un cartel debe ser global, percibiéndose como un todo en el que cada elemento se integra armónicamente y crea una unidad estética de gran impacto. Para facilitar el aprendizaje y el manejo de estos elementos los dividiremos en físicos y psicológicos. Los elementos físicos son aquellos que constituyen el arreglo o tratamiento estético y el atractivo visual y los elementos psicológicos son los que dentro del mensaje estimula al espectador para que se oriente hacia lo que se pretende en dicho mensaje. Su intención es causar el impacto para que perdure el mensaje.
- El texto cumple una doble función en el cartel, refuerza el mensaje implícito en la imagen y es en sí mismo un elemento importante en la composición que ayuda a dar la impresión de equilibrio.
- La redacción no debe ser muy extensa, sino más bien debe ser un destello al observador que la visualizará en segundos. Dicho en otras palabras, para que la percepción sea rápida los textos deben ser cortos, directos y claros.
- Tampoco debemos olvidar que su redacción estará determinada por el nivel cultural y social de las personas a las que irá dirigido el mensaje.
- El tipo de letra es también un elemento importante, pues a través de ésta podemos transmitir significados emotivos y sentimientos; combinada con la imagen pueden resultar más impactantes en su mensaje global.
- El color es otro aspecto relevante del cartel. Para éste hay que seguir ciertas reglas: usar pocos colores; aplicar los colores planos, sin matices, usar fondos contrastantes y usar colores claros.
- El tamaño del cartel deberá considerarse, pues dependiendo del lugar en que estará colocado y la distancia en la que pasarán los que lo observen, determinará sus dimensiones.
- El tamaño más común es el de 70 x 100 centímetros, de 50 x 70 cm, o el más pequeño que es de 35 x 50 cm. Este tipo de medidas son las más recomendables pues están en función de las medidas comerciales del papel, con lo cual se evitará el desperdicio.
- La composición es tan importante como las anteriores. Se refiere a la distribución de los elementos, tanto las figuras como los textos, en el área utilizable del papel.
- La composición debe buscar el equilibrio y la armonía, no sólo en lo referente a la imagen, sino también en cuanto a colorido y estética. El mensaje debe estar compuesto de forma integral, como si fuera una unidad perfectamente equilibrada.

Con esto nos podemos dar cuenta que para crear un cartel de calidad que llame la atención espontáneamente, es decir, independientemente de la voluntad del observador son importantes los elementos físicos que provocan este tipo de atención.

El cartel comenzó a tener una enorme relevancia a partir del desarrollo de técnicas de reproducción de la imagen, como la xilografía y posteriormente la imprenta, y la evolución de las artes gráficas permitirá que el **cartel** consiga ser considerado como un elemento artístico.

A pesar que ha sido utilizado desde hace años hasta el día de hoy, el cartel sigue siendo una herramienta de comunicación muy útil y demandada. Su presencia abarca diversos ámbitos, ya sea en grandes for-

matos por grandes empresas y campañas de información, o a menor escala en la comunicación local, al caminar por las calles nos encontramos con una gran variedad de carteles de cualquier tipo y temas, como por ejemplo en el comercio, en la política, la industria, la educación y por supuesto, en la salud.

La **medicina** y sus diferentes procedimientos, encuentran en la **creatividad visual** y el **marketing** un aliado infalible para crear conciencia en la población acerca de la importancia de los cuidados pertinentes para conservar la salud.

A través de **campañas visuales de gran impacto**, las instituciones médicas, las compañías farmacéuticas y los gobiernos buscan enterar a la gente, acerca de los cuidados que hay que seguir para prevenir enfermedades o evitar que sus consecuencias se agudicen.

En nuestra área médica, el cartel es uno de los medios más utilizados para la prevención y promoción de la salud. Lo podemos encontrar en todos los centros de salud con temas relevantes e importantes para la salud pública, así que los pacientes están en constante contacto con ellos y es un medio poderoso para llegar a ellos.

La OMS ha reconocido su importancia y el gran impacto que provoca en la salud. En 2010, con motivo de la celebración del 60^º aniversario de la OMS, dicha organización publicó un libro recopilatorio, *Campañas de salud pública: la transmisión del mensaje*, que ofrece una perspectiva histórica de los carteles publicitarios utilizados en campañas de salud pública a lo largo de los últimos seis decenios. En la evolución del diseño de los carteles se plasman las culturas locales, las modas publicitarias, las reglamentaciones gubernamentales y las prioridades sanitarias. La obra invita al lector a reflexionar sobre la evolución de las campañas de salud pública y el modo en que podrían mejorarse. (4)

Por lo que, en este trabajo, proponemos un cartel como opción para la promoción de la importancia del esquema de vacunación y disminuir los efectos del movimiento antivacunas. ya que es una herramienta útil y eficaz para la prevención de riesgos de salud relacionados con el movimiento antivacunas. Con él se busca dar la información adecuada para el aprendizaje, creencia y cambio de conductas que beneficien el estado de salud de quien lo lee, promoviendo e invitándole a seguir los esquemas de vacunación, mediante el uso de un canal visual y gráfico para transmitir el mensaje impreso.

La OMS considera al movimiento antivacunas como una de las diez mayores amenazas para la salud global en 2019 y el cartel es una herramienta útil para proporcionar información en los centros de salud.

Objetivo

Concientizar al personal médico sobre la importancia del uso de técnicas de difusión de información, como lo es el cartel, para promover temas actuales de salud.

Método

Mediante un cartel, se demostrarán las características que deben llevar para lograr el objetivo de exponer un mensaje al público. El tema que se expondrá es la importancia de seguir los esquemas de vacunación y los riesgos del movimiento anti vacunas, haciendo uso de información clara, concreta, usando imágenes adecuadas y llamativas, apoyándonos de una estadística que muestra la incidencia del sarampión a nivel mundial en el año 2018, sin dejar de mencionar los riesgos de este movimiento hacia la salud pública.

Resultados

Promover el uso del cartel como estrategia en los centros de salud, para reforzar la información relacionada con temas importantes de la actualidad, como lo es el esquema de vacunación.

Conclusiones

Como profesionales de la salud, debemos usar las diferentes estrategias de mercadotecnia para prevenir los problemas de salud que están emergiendo en la actualidad, como el movimiento antivacunas.

Bibliografía

1. Rodríguez Santoyo A. Fundamentos de la mercadotecnia. 1st ed. Guanajuato; 2013.
2. 6. Cabrera E. Publicidad y medios masivos en Marketing [Internet]. GestioPolis - Conocimiento en Negocios. 2019 [consultado el 19 de Febrero del 2019]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/publicidad-medios-masivos-marketing/>
3. Fernández Muñoz R. Cartel [Internet]. Previa.uclm.es. 1997 [consultado el 19 de febrero del 2019]. Disponible en: <https://previa.uclm.es/profesorado/Ricardo/Cartel.htm>
4. Salud C, Salud C, Salud C, Salud C, Salud C. Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud | Promoción y Educación para la Salud [Internet]. Blogs.murciasalud.es. 2019 [consultado el 20 de Febrero del 2019]. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/author/27429518v/>.

Capítulo 32: Percepción de la imagen corporal en adolescentes y su relación con el estado nutricional

José Rafael Villanueva Echavarría¹, Alejandra de los Ángeles Ake Balan¹
Lubia del Carmen Castillo Arcos¹, Gloria Guadalupe Rejón Lorenzo¹
María Amparo de Jesús Kantún Marín¹ y María Belém Gaytán Jaramillo¹

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años y viene condicionada por diversos procesos biológicos.¹ dichos cambios pueden estar relacionados también a un aumento del peso y la grasa corporal, por lo que este tipo de población debería ser monitoreada y objeto de estudio tempranamente para prevenir el sobrepeso y obesidad. En la actualidad se sabe que en México la obesidad y el sobrepeso son considerados como problemas de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, prevención, tratamiento integral y al control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Por otra parte, sabemos que la mercadotecnia en salud, es un ejercicio profesional y una disciplina administrativa cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión de cualquier institución de salud y su importancia se basa en el aporte al empoderamiento del ciudadano, que además son el paciente y el usuario de los servicios de salud que se deben gerenciar, hacia el entendimiento de que la promoción debe cambiar aspectos individuales que los protege de contraer enfermedades, pues genera una comprensión de su rol sanitario multiplicador y transformador de su realidad, al dar respuestas a todas las inquietudes de los pacientes/usuarios, toda vez que se puedan satisfacer las demandas con calidad, identificando y anticipando los requerimientos y transformándose en un agente de cambio dentro de la organización sanitaria.² Sin embargo, para lograr estos cambios es necesario concientizar primeramente a la población del problema que existe en nuestro país y a nivel mundial en cuanto al sobrepeso y la obesidad ya que a pesar de todas las campañas, información y estadísticas sigue sin considerarse para la persona que lo presenta como una enfermedad como tal.

Objetivo

Evaluar la percepción de la imagen corporal en adolescentes que asisten a la consulta externa de medicina preventiva en una institución de salud y su relación con el estado nutricional.

Método

Se evaluaron un total de 80 adolescentes que acudieron a la consulta de medicina preventiva del hospital general de la ciudad del Carmen, Campeche. Todos firmaron un consentimiento donde se les explicaba el procedimiento y los fines de la investigación. Se tomaron datos generales y medidas antropométricas. Para determinar la existencia de sobrepeso y obesidad en el adolescente se clasificó en base al Índice de masa corporal (IMC) y por último se aplicó una encuesta de percepción de imagen corporal Body Shape Questionnaire (BSQ) todos los datos se pasaron a una base de Excel y se transportaron al programa de Estadística Statistical package for the Social Sciences (SPSS) v. 23 para Windows.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Resultados

De los 80 participantes, el 59.5% fueron hombres y el 39.5% mujeres, con una edad media de 18 años. De acuerdo a las clasificaciones por el índice de masa corporal (IMC), no se encontró ningún caso de bajo peso, el 25% tuvo peso normal y el 75% presentó sobrepeso u obesidad. En cuanto a la percepción de la imagen corporal el cuestionario estuvo integrado por 34 preguntas con opción de respuesta una escala tipo Likert de 6 puntos. El puntaje máximo a obtener es de 204 y un mínimo de 34 puntos, los cuales se dividieron en los siguientes puntos de corte: a) ≤ 81 puntos, no insatisfacciones por la imagen corporal, b) 82-110 leve insatisfacción, c) 111-140 moderada insatisfacción d) ≥ 140 extrema insatisfacción. El análisis de estos datos demostró que el 65.4% tiene una insatisfacción moderada, el 28.3% una insatisfacción extrema y el 4.9% una insatisfacción leve y el 1.4% no tiene algún grado de insatisfacción.

Conclusiones

A pesar de que el 75% de la población adolescente no tiene un estado nutricional adecuado según su talla y peso; y el 98.6% tiene algún grado de insatisfacción en cuanto a su imagen corporal, lo cual sugiere que, aunque son conscientes de que están presentando sobrepeso u obesidad no están considerando modificar sus hábitos o su estilo de vida mismo que de continuar así podría llevar a futuras enfermedades en la edad adulta. Es por ello que este tipo de investigaciones son de gran utilidad en el área académica, pero sobre todo de gran impacto en el sector salud y con la difusión de los resultados, involucrar a los programas de prevención, educación y promoción de la salud y con ello originar los cambios que mejoren la calidad y el estilo de vida, lo cual es el principal objetivo de la mercadotecnia social y sobre todo tener en cuenta, que actualmente no debe considerarse el lanzamiento de un nuevo programa de salud sin un estudio previo de mercadotecnia, con base en una investigación de mercado, estudio de los consumidores y la selección adecuada de las estrategias.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud (OMS) "La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad". Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731s_pa.pdf. [Consultada el día 4 de diciembre del 2018].
2. Góngora L. Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud Social marketing: a necessary tool for the health promotion. Santiago de Cuba. 2014. [Consultado el 4 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445005012>

Capítulo 33: Mercadotecnia social y promoción de ambientes libres de mercurio: un análisis de política comparada en Iberoamérica

Horacio Alejandro Chamizo García¹

Introducción

A mediados del siglo XX, la salud de la población de la ciudad costera de Minamata, recibió una afectación severa a consecuencia de la contaminación por mercurio de las aguas residuales vertidas al ecosistema marino por empresas de la industria química. Los habitantes sufrieron daños diversos a su salud, más de 2,000 fallecidos y 30,000 afectados debido a enfermedades neurodegenerativas, malformaciones, alteraciones de conducta, entre otras. La principal catástrofe sanitaria de Japón y una de las más notorias a nivel planetario permanecería oculta a la opinión pública internacional durante décadas.

En el año 2001, el Consejo de Administración del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente invitó al Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) a iniciar un proceso evaluativo sobre la incorporación del mercurio y todos sus compuestos en la producción y en la vida cotidiana, con el fin de comprender los procesos de contaminación, exposición y riesgos a la salud. Es así como se inicia un programa sobre mercurio, solicitando a los países que emprendieran medidas voluntarias a partir del año 2007. En el año 2009, queda en evidencia que estas políticas no habían dado resultados suficientes, por lo que se convino iniciar acciones jurídicas vinculantes a nivel mundial, creándose un Comité Intergubernamental de Negociación que inició en el año 2010.

En enero de 2013, en su quinto período de sesiones, el Comité Intergubernamental de Negociación acordó el texto del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, que fue aprobado en la Conferencia de Plenipotenciarios, reunida en Japón el 10 de octubre de 2013, fecha en la que el documento rector quedó abierto a firmas. Todos los países de Iberoamérica son signatarios del convenio desde el año 2013 y casi todos lo han ratificado a la fecha, esperando que a través de la gestión de políticas públicas se logre reducir los niveles de contaminación y exposición al mercurio a partir de la reducción de emisiones y liberaciones antropogénicas al ambiente para controlar daños y riesgos a la salud.

Es claro que más allá de la voluntad expresa en documentos rectores de la acción colectiva, las acciones prácticas resultan decisivas para la transformación de la realidad. La brecha de gestión política, obstaculiza el avance en la solución de los asuntos públicos, por lo que se hace necesario en primer lugar, un análisis que permita su dimensionamiento. El análisis comparativo entre países, sobre la política pública y su gestión, permite comprender mejor la configuración de la brecha de implementación y sus determinantes, con el propósito de atender los déficits que deben ser intervenidos políticamente.

El análisis comparado de la política para la promoción de ambientes libres de mercurio, permitirá constatar en primer lugar, el estado de avance de los países en la formulación de una política de salud ambiental de extraordinaria relevancia, pero sobre todo dar cuenta de la gestión y sus determinantes. A partir del aprendizaje sobre el abordaje de un problema de salud ambiental común de los países iberoamericanos, será posible emitir lineamientos en el ámbito mercadotécnico y regulatorio ajustados a las distintas experiencias que capitalicen los esfuerzos y promuevan avances.

¹ Universidad de Costa Rica. Costa Rica

Objetivos

General

Proponer orientaciones desde la mercadotecnia social, que viabilicen el avance hacia las metas internacionales trazadas en el Convenio de Minamata, a partir del análisis de la gestión de la política de promoción de ambientes libres de mercurio en países iberoamericanos seleccionados.

Específicos:

1. Caracterizar el diseño de la política de promoción de ambientes libres de mercurio en países iberoamericanos seleccionados
2. Analizar la gestión de la política de promoción de ambientes libres de mercurio y sus determinantes, a partir de la comparación de la experiencia desarrollada entre países iberoamericanos seleccionados
3. Proponer orientaciones desde la mercadotecnia social para la gestión de la política en países iberoamericanos seleccionados

Método

A continuación se explica de manera sintética la articulación de los principales ejes teóricos del trabajo: promoción de la salud, mercadotecnia social y gestión de políticas públicas. Así mismo se define el posicionamiento epistemológico para el análisis de la gestión de la política pública.

La promoción de la salud es: un conjunto de estrategias integradas y complementarias como son la educación sanitaria, la comunicación y marketing social, la organización y el desarrollo comunitario, el cambio organizacional y la acción política. Para los efectos de esta investigación, interesa sobre todo la dimensión política. Esta última supone, que la salud debe ser una prioridad para los que toman decisiones y en función de lograr esto se trabaja. Hace referencia, a todas las actividades que tienen por meta, informar a los encargados de tomar decisiones, sobre problemas particulares, de influenciarlos en el sentido del mejoramiento de la salud (Nutbeam, Glossaire de la Promotion de la Santé. Health Promotion., 1986)

En el planteamiento anterior, se expresa la importancia de los determinantes colectivos y políticos, pero se muestra sobre todo, que el individuo no es solo un sujeto biológico y “vacío de cultura”, es un sujeto social y cultural con capacidad de modificar el contexto en el que se inserta, a partir de acciones individuales y colectivas. El carácter colectivo y social de la salud, se aprecia sobre todo en la medida que se jerarquizan los determinantes de acuerdo con su influencia orientada desde la dimensión estructural donde se encuentra la política.

Las políticas de salud son políticas públicas. Estas se entienden como conjunto interrelacionado de decisiones y no decisiones, que tienen como foco un área determinada de conflicto o tensión social. Las decisiones son adoptadas formalmente en un marco de instituciones públicas, lo cual les confiere la capacidad de obligar, porque han sido precedidas de un proceso de elaboración en el que participan una pluralidad de actores públicos y privados. Sin embargo, más allá de la obligación, se necesita que la atención de los problemas, se adapten a las particularidades del contexto en el que va a ser implementada la política, es por eso, que se demanda una capacidad para conciliar intereses generales y particulares. La mercadotecnia social se entiende como propuesta comunicacional que en el seno de la gestión de una política pública, se aplica como herramienta para constituir una red colaborativa de acción colectiva.

Se entiende a la mercadotecnia social como una de las dos dimensiones de la mercadotecnia (social y comercial). Mientras en la mercadotecnia comercial se persiguen metas de beneficio económico, en la

mercadotecnia social se busca mejorar la calidad de vida, el apoyo de una conducta social de un grupo de actores a partir de la aceptabilidad de una idea, articulando estrategias de comunicación y comercialización (Priego Alvarez & Cristina Remoaldo, 2012).

Se parte del supuesto, de que el ser humano posee cualidades limitadas para formular y resolver problemas complejos, en comparación, con la amplitud de los problemas que enfrentan las políticas públicas. Se presupone que los individuos no se comportan y toman decisiones absolutamente racionales en función de sus intereses personales y buscando optimizar sus beneficios como lo plantea el enfoque pluralista-racionalista.

Para estudiar la relación entre Estado y Sociedad a través de las políticas públicas se ha desarrollado como uno de los modelos teóricos el nuevo institucionalismo, situado en una posición intermedia entre las teorías pluralistas que suponen el racionalismo economicista y por otro lado el supuesto de la supeditación de la sociedad a un Estado absolutamente parcial y tomado por una minoría empoderada económicamente.

La investigación se ha planteado desde el modelo teórico neoinstitucionalista y sus vertientes teóricas sociológica, histórica, normativa y de elección racional. Se le concede una gran importancia a la estructura del Estado, a sus instituciones, así como a las reglas, procedimientos, organizaciones y actores que se integran al sistema político y conforman un marco dentro del cual se desarrollan las políticas públicas.

El punto de partida para comprender la gestión de una política pública (desde esta perspectiva teórico-epistemológica) es el diseño institucional imperante y sus relaciones interactivas con los actores sociopolíticos que ponen en práctica acciones. Se propone incorporar elementos teóricos que aporta la Teoría de Agencia, para comprender las motivaciones individuales de los actores que participan en la implementación de políticas públicas orientados por principios de eficiencia y relacionados a través de contratos. No es infrecuente la presencia de actores privados involucrados en la gestión pública, lo que implica el desarrollo de procesos contractuales que mezclan lo público con lo privado, por lo que los contratos para la gestión pública, forman parte de los instrumentos que dan cohesión a la red.

Se propone como complemento teórico el trabajo con la Teoría de Redes de Políticas Públicas que ilustra la complejidad en el sentido de la participación numerosa de actores y no solo la administración pública. Esto significa, que en el análisis del proceso de gestión, es necesario observar el comportamiento de las relaciones de poder y su dispersión en una red política.

El análisis de política comparada, en este caso de la gestión de las políticas para promover ambientes libres de mercurio, debe partir de la comprensión diseño institucional que sirve de marco a la política en cada país. En segundo momento se enfoca propiamente en la gestión que se hace para alcanzar los compromisos de Minamata, la configuración de la red de actores, incluyendo las relaciones entre ellos. La calidad de las interacciones resulta un determinante del éxito de la gestión, la que se construye o se obstaculiza a través de tres dimensiones (Cunill, 2010):

- a). Espacial: se refiere a los espacios de comunicación o deliberación entre actores que conforman la red de gestión, para compartir criterios y construir confianza.
- b) Instrumental: se refiere a la potencialidad de los instrumentos de planificación, presupuestación y evaluación. Estos espacios deben estimular la articulación de la red a partir del trabajo integrado.
- c) Valórica: a partir de las anteriores, se refiere a los valores en torno a la cooperación mutua y sus vínculos con los resultados esperados de trabajo.

Se parte del criterio, que en el caso de las políticas con enfoque de derechos humanos, se requiere del desarrollo de redes de actores, lo que a su vez demanda incentivos para el trabajo integrado. La propuesta que hace la mercadotecnia social, resulta fundamental para la constitución de redes de actores, que respondan a las metas definidas por la rectoría del gobierno, pero que permita articular intereses particulares y actores privados de cara al trabajo cooperativo.

Se advierte una comunión teórica entre los propósitos de la mercadotecnia social y la meta de alcanzar calidad en las interacciones entre actores, en una red de política pública en las tres dimensiones planteadas arriba. Desde esta propuesta, una estrategia de mercadotecnia, debería orientarse al diseño de espacios de comunicación e intercambio entre actores, así como, a la construcción de instrumentos de trabajo, que los acerque y facilite la interacción.

Al enfocarse la puesta en práctica de políticas como un problema por resolver, desde una perspectiva neoinstitucionalista, se cree que estos problemas tienen su origen en las interpretaciones que hacen los actores de la realidad, influenciados estructuralmente por paradigmas científico-técnicos (como son los de salud y los de gestión pública, por ejemplo) y por visiones de mundo. Es por eso que la realidad a investigar para resolver el problema, son precisamente esas interpretaciones, los significados.

La metodología que se propone, consiste en el diseño de casos múltiples, que considera dos etapas de trabajo: el análisis de caso y el análisis cruzado entre casos. El análisis cruzado buscará aumentar las abstracciones, comparando experiencias en principio diferentes. Se entiende como estudio de caso, una descripción y análisis intensivo de una única unidad (Vogel & Merriam, 1998). En esta investigación se espera desarrollar varios estudios de casos, con el propósito de establecer relaciones entre ellos, como elementos de comprensión del proceso de gestión de políticas públicas. Cada caso seleccionado será abordado a través del uso de metodología cualitativa que permita inducir elementos teóricos útiles para caracterizar y explicar esos procesos.

Este diseño se basa en el mismo marco metodológico de los estudios de casos únicos, pero consiste en comparar un caso con un entorno y con otro caso en otros entornos (Miles & Huberman, 1994). Se espera facilite la comprensión de la realidad y el desarrollo de teorías de rango medio, que establezca modelos analíticos de interacción sociopolítica, de utilidad para comprender la gestión de la política en cuestión.

El análisis cualitativo en el momento de la comparación de casos, consistirá básicamente en la contrastación de la estructura y el funcionamiento de las redes identificadas en cada uno, para así construir tipologías (conformadas por dos o más países) que aporten elementos comprensivos sobre las interrelaciones entre actores.

A continuación se plantean las categorías teóricas fundamentales que deberán ser desarrolladas en la propuesta de investigación:

Objetivo	Categorías
1. Diseño de la política	Nivel de conocimientos científicos sobre contaminación, exposición al mercurio y riesgo de enfermar. Metas trazadas en los documentos político-normativos para reducir exposición. Diseño de la red de actores (roles, espacios de interacción, instrumentos de trabajo conjunto, rol de la rectoría) en los documentos político-normativos.
2. Análisis de la gestión de la política	Conformación de la red de actores en la práctica (membrecías, roles, rectoría). Funcionamiento de los espacios de trabajo conjunto, capacidad de gestión. Articulación en instrumentos de trabajo generales de la política sanitaria y específicos para reducir contaminación y exposición. (vigilancia, diagnósticos, planes, evaluaciones). Modos de interacción entre actores. Percepciones sobre la contaminación, la percepción y el riesgo.

Se procederá a recabar información a partir de la revisión documental:

NIVELES DE GESTIÓN	PRINCIPALES DOCUMENTOS OFICIALES (políticas)
Político Normativo	Leyes y reglamentos, según escenarios de gestión, normas técnicas. Diagnóstico de situación. Planes anuales operativos. Documentos de orientación y conducción.
Técnico Gerencial	
Operativo	Diagnóstico de situación. Planes anuales operativos. Documentos de orientación y conducción. Contratos e informes de evaluación.

Las entrevistas individuales a informantes claves y los grupos de discusión con la red de actores deberán ser diseñados.

Un primer nivel de análisis se concentra en la comprensión del funcionamiento de la red, frente al contexto particular de las necesidades de acción en cada país. A partir de lo obtenido en cada caso de estudio y las comparaciones cruzadas, emergerán lineamientos mercadotécnicos orientados a cada caso específico. Esto se logrará a partir de la capitalización de experiencias en los distintos países.

La propuesta mercadotécnica se orienta fundamentalmente a tres niveles: 1.- conformación e integración de la red, 2.- roles y modos de interacción entre actores, 3.- fortalecimiento del papel rector en la red.

Resultados

Se evidenciará el diseño de la política y una tipología de redes de actores. A partir de las características de la red de actores quedará en evidencia sus debilidades de interacción lo que permitirá diseñar lineamientos desde la mercadotecnia social (resultado final de esta propuesta)

Conclusiones

Los resultados permitirán el diseño de lineamiento para una estrategia de mercadotecnia social orientada a alcanzar los resultados pactados en el Convenio de Minamata, a partir de la adecuación de la red de actores que funciona en cada país, a su contexto socio ambiental, su fortalecimiento y mejora en su desempeño.

Bibliografía

1. Cunill, D. (2010). Las políticas con enfoque de derecho y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CIAD Reforma y Democracia*.
2. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. New York: Sage.
3. Nutbeam, D. (1986). *Glossaire de la Promotion de la Santé. Health Promotion*. Oxford University Press.
4. Priego Alvarez, H., & Cristina Remoaldo, P. (2012). *Mercadotecnia Social en Salud. Teoría y Práctica*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
5. Vogel, E., & Merriam, S. B. (1998). Qualitative research and case study applications in education. En C. Jossey-Bass, *Observatorio de políticas de CARMEN*. Washintong DC: OPS/OMS.

Capítulo 34: Panorama retrospectivo contextual de la calidad en los Sistemas de Salud y la relación con la Mercadotecnia

Lizbeth Barrera Torres¹

José Alfredo Sánchez Priego¹ y Sergio Pérez Brito¹

Introducción

La calidad en la atención sanitaria se asocia en general con la calidad técnica o encargada del cumplimiento de las regulaciones y la adhesión a normas sanitarias, también tiene que ver con la efectividad de los servicios de salud. Esto quiere decir, que la calidad es técnica, cuando implica la prestación oportuna, eficiente y segura de la atención sanitaria y se percibe cuando las adecuadas condiciones físicas y éticas incluyen talento humano, entorno, avances tecnológicos y desarrollos en gestión de instituciones de salud. Para poder ser evaluado por los profesionales o los usuarios, este concepto multidimensional debe ser comprendido desde diferentes dimensiones, como desempeño técnico, acceso a los servicios, efectividad de la atención, eficiencia de la prestación de servicios, relaciones interpersonales, continuidad de servicios, seguridad, infraestructura física, comodidad y elección.⁽¹⁾ A nivel mundial la situación de la salud se encuentra en un momento de crisis, reflejada en los indicadores globales medidos en términos cuantitativos, tales como: tasa de mortalidad, tasa de letalidad, tasa de infecciones, entre otros. Cuba, a pesar de ser un país subdesarrollado, constituye un ejemplo de un sistema de salud con estándares superiores a la media mundial, como se refleja en el índice de desarrollo humano del PNUD en el 2008 donde ocupa la posición 51 dentro de 177 países estudiados.⁽²⁾

Objetivo

Análisis retrospectivo de literatura contextualmente relacionada con la calidad en los Sistemas de Salud y la Mercadotecnia.

Método

Descriptivo, transversal revisión exploratoria de artículos nacionales e internacionales del 2010 al 2016, de los países: México, Colombia, Israel, España y Medio Oriente.



Figura No. 1 Elaboración Propia Proceso Metodológico

Se establece el desarrollo de análisis de las variables que intervienen en cada artículo de la base de datos de Pubmed, ScienceDirect, SciELO, LILACS y Cochrane, dentro la descripción de cada modelo de cada país, se realiza una comparación descriptiva de cada uno de ellos, se determina la relación que pueda tener con la mercadotecnia en base a los resultados presentados de cada uno de ellos.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Es importante mencionar que uno de los grandes autores como Donabedian, hace mención dentro la Teoría de evaluación de la calidad asistencial, respecto a la evaluación de la prestación de los servicios de salud, afirma que se realiza en **función de tres pilares fundamentales: la estructura, el Proceso y los resultados.**

Resultados

Modelos	País, Año y Autor	Objetividad o Finalidad	Metodología utilizada	Conclusiones de cada artículo
Modelo (SERVQUAL)	Propuesto por Parasuraman, Zethaml y Berry. Validado por primera vez en Latinoamérica en 1992 por Michelsen Consulting y el Instituto Latinoamericano de Calidad de Servicio.	Propósito de evaluación de la calidad de los servicios contempla cinco dimensiones: Fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elemento tangibles.	Se realiza la obtención del Estado del arte en 4 etapas. A) Búsqueda bibliográfica. b) Sistematización de datos. C) Elección del artículo y análisis primario d) Evaluación y análisis final de los artículos	Se establece que la satisfacción del usuario respecto a la calidad de los servicios de salud es un tema complejo relacionado con los diferentes factores como edad, experiencias previas del Paciente estilo de Vida, ingreso y Educación.
Modelo (SERVQHOS)	Utilizado en Colombia Validado en Boyaca y Barranquilla	Finalidad Evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria, mide aspectos objetivos y subjetivos relacionados con la estructura tangible y el proceso intangible de la atención de salud	Se realiza la obtención del estado del arte en 4 etapas. A) Búsqueda bibliográfica. b) Sistematización de datos. C) Elección del artículo y análisis primario d) Evaluación y análisis final de los artículos	En los últimos años la percepción del paciente respecto a la calidad de los servicios se han convertido en un factor determinante para los planes de gestión en las Instituciones Salud.
Modelo Israelí Modelo Colombiano	El Seguro Nacional de Salud (SNS) israelí se promulgó en enero de 1995. La Constitución política de Colombia de 1991 en su artículo 48 establecer que la seguridad Social es un derecho. Se desarrolla reforma al Sistema de Salud, contenida en la Ley 100 de 1993. Con tres principios: Universalidad, equidad, y calidad (1993).	Revisar el sistema de medición de calidad en Colombia, basado en la efectividad de un Sistema Nacional y desde la perspectiva de la empresas promotoras de salud (EPS)	Estudio de tipo descriptivo mediante fuentes secundarias permitió visualizar la aplicabilidad de la Legislación Colombiana en el Sistema de Información para la calidad en la salud. Se realiza una comparación del modelo Israelí y modelo colombiano.	Se consideró que el modelo Israelí puede ser fácilmente adaptado a Colombia, debido a la similitud de las estructuras y a la naturaleza de los 2 sistemas.
Sistema de Información para la calidad en Salud. (2015)	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).- Es un sistema de monitoreo que constituye el eje central de los Programas de Garantía de Calidad.	Objetividad de evaluar la consistencia de los indicadores de monitoreo (4) y de alertas tempranas (5) y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. (SOGCS)	Estudio analítico retrospectivo con enfoque mixto en el que se contemplaron variables cualitativas y cuantitativas y se incorporó el componente descriptivo para el comportamiento de las variables de persona, proceso y sistemas que conforman la estructura del sistema de Información.	Refiere que las Instituciones analizan los indicadores pero no lo realiza de manera sistemática, no identifican el valor que aportan y no son tenidos en cuenta para la toma de decisiones a nivel directivo.

Tabla No.1. Elaboración propia, cuadro comparativo de los diferentes modelos relacionados con la calidad de los Servicios de Salud y la Mercadotecnia.

Conclusión

Dentro de las perspectivas encontradas de los modelos SERVQHOS y SERVQUAL, se consideraron de los más destacados, la tendencia de los estudios realizados en diferentes países, que se ubicaron en los años del 2012 al 2014. Se centralizaron a nivel mundial: España, Medio Oriente y Colombia con una mayor ponderación del modelo SERVQUAL. En relación a la comparación de las 2 brechas de los Modelos de Israel y de Colombia, permitió concluir, que Israel podría transferir a Colombia experiencia exitosa para la implementación de un Sistema de medición de calidad del Sistema de Salud en Colombia, que sea útil para el seguimiento de impacto sobre la salud, la toma de decisiones políticas públicas y privadas. En relación a la Calidad de los Servicios de Salud y la Mercadotecnia no se deben dejar desapercibido los Principios de Calidad, documento normativo emitido por la oficina Nacional de Normalización, como: El enfoque en el “Cliente”, que es el consumidor, Liderazgo, participación del personal, relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores, enfoques en Sistema para Gestión, enfoques basados en procesos, enfoques de la toma de decisión basada en los hechos y mejora continua. Establecer Sistemas de Gestión de calidad que permitan garantizar la validez y confiabilidad de los resultados, esto se construye con la objetividad de calidad específicamente en cada nivel de dirección, por cada unidad organizativa y para cada trabajador. Se requiere fortalecer que sea de una manera personalizada la satisfacción del consumidor y del mercado que se pueda presentar.

Bibliografía

1. Instituto del Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. MÓDULO 3 **“Desempeño y resultados del Sistema de Salud”**. **La Habana; 2009.**
2. PNUD. El indicador de desarrollo humano en el mundo [sitio en Internet]. 2008 [citado 15 de junio de 2008]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Content.pdf.
3. UNICEF-WHO. **Declaration of Alma Ata International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata**, URRS, 6-12 September, 1978. Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
4. Numpaque-Pacabaque, A., & Rocha-Vuelvas, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los Servicios de Salud. (Spanish). Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 64 (4), 715-720. doi:10.15446/revfacmed. v64n4.54839.
5. Jaramillo-Mejía, M. C., & Chemichovsky, D. (2015). **Información para la calidad del Sistema de Salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí.** *Estudios Gerenciales*, 31(134), 30-40. doi:10.1016/j.estger.2014.09.004

Capítulo 35: Percepción del clima educacional y la satisfacción académica como base del plan de marketing de una Institución de Educación Superior

Alejandro Jiménez Sastré¹
Saraí Aguilar Barojas¹ y Alejandra Anlehú Tello¹

Introducción

En el mundo globalizado, la economía de los mercados es el principal motor de las sociedades, por lo que el consumidor es el principal protagonista del uso y adquisición de bienes y servicios. En consecuencia, la calidad del ambiente educacional es un elemento estudiado desde diversas perspectivas, aunque su aprehensión siempre es motivo de debates, acuerdos y desacuerdos. En el ambiente competitivo de los últimos años es muy importante la percepción de la calidad de los servicios que se prestan en las universidades para atraer a los estudiantes aumentando su matrícula y retener a los ya inscritos, de ahí que se hayan diseñado varios instrumentos para evaluar la calidad.

Una de las escalas más utilizadas en las escuelas de medicina para proporcionar diagnósticos del clima educativo presente en el pregrado, es el Instrument Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM), diseñado por Roff y colaboradores (1997).

En el caso del clima educacional, el marco teórico establecido por Moss (1973) propone que el ambiente para lograr el aprendizaje, debe verse como dos sistemas interactuando, uno integral y otro individual, además de factores intermedios y los ajustes pertinentes.

Para la satisfacción académica que tienen los estudiantes, el abordaje es a través de la calidad, aunque este último es un concepto muy amplio, por lo que se utiliza el paradigma que considera a los estudiantes como clientes (Arambewella y Hall, 2006), quienes perciben la calidad de la educación recibida y ésta, a su vez, tiene una gran influencia en la satisfacción que tienen los estudiantes.

Por otro lado, la institución educativa, debe llevar a cabo una secuencia de pasos, al poner en práctica un enfoque de marketing, necesario para retener y aumentar su matrícula y de acuerdo con los resultados obtenidos, decidir qué imagen quiere que se tenga de ella y que el posicionamiento se apoye, en algunos de los atributos que pueden ser valorados por los alumnos potenciales. Para ello es preciso que se tengan en cuenta los puntos fuertes y débiles identificados y que se utilicen para hacer más atractiva su imagen (Kotler, 1993).

Objetivo

Identificar los factores del clima educacional que se relacionan con la satisfacción académica, para utilizarlos como base del plan de marketing de una institución de educación superior.

Método

Se realizó una investigación observacional, prospectiva y transversal mediante método de encuesta en el periodo de agosto 2016 a febrero 2017. El universo de estudio está constituido por 1,897 estudiantes matriculados en la Licenciatura en Médico Cirujano, de la División Académica de Ciencias de la Salud

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

(DACS), de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) donde se extrajo una muestra probabilística de 155 estudiantes. Se utilizó la escala DREEM para conocer la percepción del ambiente académico, la cual está constituida por 50 ítems agrupados en cinco dominios: 1) Percepción del aprendizaje de los estudiantes; 2) Percepción sobre los profesores; 3) Autopercepción académica; 4) Percepción de la atmósfera; 5) Autopercepción del ambiente social. Las respuestas son de tipo Likert, donde el 0 se consideró como puntaje para la respuesta de totalmente en desacuerdo; uno en desacuerdo; dos ni de acuerdo ni en desacuerdo; tres de acuerdo; y cuatro totalmente de acuerdo. El puntaje global es de 200.

Para conocer la satisfacción que tienen los estudiantes de los servicios que presta la institución, se utilizó la escala Higher Education Performance (HEdPERF), desarrollada por Abdullah et. al. (2016). El constructo está desarrollado en el instrumento en cinco dominios para un total de 38 ítems: 1) Aspectos académicos; 2) Aspectos no académicos; 3) Acceso; 4) Calidad de los programas; y 5) Reputación.

Se sumaron las puntuaciones obtenidas en cada uno de los dominios de las escalas. A los datos continuos se les calcularon medias y desviación estándar en general. Para la asociación de las variables de percepción del ambiente educacional con la satisfacción, se realizaron pruebas de correlación de Pearson, que identifican si las variables están relacionadas, aunque los resultados, no permiten conocer si la relación identificada es lineal, el poder de predicción del modelo, ni la fuerza de la asociación, por lo que, se realizaron pruebas de regresión lineal y Análisis de varianza (ANOVA). Después de haber sido traducidas las escalas utilizadas, se les realizó la validación de su fiabilidad, obteniéndose valores de alfa de Cronbach de 0.8454 (DREEM) y 0.8223 (HEdPERF).

Una vez aplicadas, interpretadas y relacionadas ambas escalas, se identificaron elementos, para realimentar el proceso de planificación del marketing de la institución educativa. Se consideraron como elementos a introducir para lograr una imagen atractiva los que obtuvieron una media ≥ 2.5 y no recomendables para introducir y necesarios a mejorar cuando la media resultó < 2.5 .

Resultados

De los estudiantes entrevistados inscritos en la Licenciatura en Médico Cirujano, un poco más de la mitad (53%) tenían entre 21 y 23 años y el 38.6% entre 18 y 20 años. El 54.8% eran del género femenino. El 36.8% cursaban 4º-5º semestre y el 31.3 % el 6º-7º semestre.

En el análisis descriptivo de los elementos del DREEM, los valores más altos en las medias, fueron en la autopercepción académica (=2.858) y la enseñanza (=2.638) (Tabla 1). Se identificaron valores atípicos de percepción desfavorable en los cinco factores, un poco más en la percepción de los profesores, aunque estos últimos también tuvieron valores atípicos de percepción muy favorables, como ocurre con la atmósfera.

Tabla 1. Resultados del DREEM.

Factor	Media	Error std.	D. E.	Q1	Mediana Q2	Q3
Enseñanza	2.6381	0.0331	0.4261	2.3333	2.6667	2.9167
Profesores	2.4858	0.0332	0.4281	2.2727	2.4545	2.7273
Autopercepción académica	2.8586	0.0373	0.4800	2.5000	2.8750	3.1563
Atmósfera	2.5668	0.0366	0.4717	2.2500	2.5833	2.833
Autopercepción Social	2.4372	0.0379	0.4883	2.1429	2.4286	2.8571
DREEM global	2.5946	0.0281	0.3621	2.3800	2.600	2.8400

En cuanto al HEdPERF, en los factores que integran la satisfacción de los estudiantes se observa que las medias más altas corresponden al acceso (=2.659) y los aspectos académicos (=2.633) y la reputación (=2.581) (Tabla 2). Hubo valores atípicos de percepción desfavorable en el acceso, calidad de los programas y reputación de la institución.

Tabla 2. Resultados del HEdPERF.

Factor	Media	Error std.	D. E.	Q1	Mediana Q2	Q3
Aspectos académicos	2.6339	0.0381	0.4909	2.3333	2.6667	3.0000
Aspectos no académicos	2.2410	0.0426	0.5483	1.9000	2.2000	2.7000
Acceso	2.6596	0.0468	0.4800	2.5000	2.7500	3.000
Calidad de programas	2.5226	0.0591	0.7612	2.0000	2.7500	3.000
Reputación	2.5813	0.0564	0.7268	2.2500	2.7500	3.000
Satisfacción global	2.4893	0.0358	0.4609	2.1935	2.5484	2.7823

Al establecer la ecuación de regresión del clima educacional con la satisfacción, el modelo lineal fue significativo, con un poder de predicción de 12.63%. Esto indica que la satisfacción que tienen los estudiantes es explicada en un 12.63% por la percepción que tienen del clima educacional. Lo anterior se confirmó con el ANOVA, pues al realizarlo de manera individual, la satisfacción con la percepción de la calidad de los servicios el resultado fue significativo ($F=53.3701$, $p=0.000$). Estos resultados nos permiten aceptar la hipótesis de que existen elementos suficientes para relacionar la percepción del clima educacional que tienen los estudiantes con la satisfacción.

Introducción de los resultados en un plan de Marketing. Con base en los resultados obtenidos de los valores de las medias, se presentan los elementos identificados para ser tomados en cuenta en el diseño del plan de marketing de la institución para lograr una imagen atractiva.

Tabla 3. Sugerencias de factores a utilizar para el plan de marketing.

Escala	Elemento identificado	Media	Uso en diseño de imagen atractiva
DREEM	Autopercepción académica	2.8586	Utilizar
	Enseñanza	2.6381	Utilizar
	Atmósfera	2.5668	Utilizar
	Profesores	2.4858	No utilizar (mejorar)
	Autopercepción social	2.4372	No utilizar (mejorar)
HEdPERF	Acceso	2.6596	Utilizar
	Aspectos académicos	2.6339	Utilizar
	Reputación	2.5813	Utilizar
	Calidad de programas	2.5226	Utilizar
	Aspectos no académicos	2.2410	No utilizar (mejorar)

Conclusiones

Se identificó una relación entre el clima educacional y la satisfacción que expresan los estudiantes de la licenciatura en medicina, con un poder de predicción del clima educacional calculado en 12.63%. El porcentaje restante se debe a otros factores no explorados en este trabajo.

De los cinco factores explorados con el DREEM se sugiere utilizar tres de ellos, la autopercepción académica, la enseñanza y la atmósfera. En el caso del HEdPERF, se sugiere utilizar los resultados de cuatro de los cinco que explora el instrumento, el acceso, los aspectos académicos, la reputación y la calidad de los programas, para introducirlos en el plan de marketing que podrían ayudar a mejorar la imagen de la institución.

Bibliografía

1. Ali, F., Zhou, Y., Hussain, K., Kumar, P., Neethiahnanthan, N. y Ragavan, A. (2016). Does higher education service quality effect student satisfaction, image and loyalty? *Quality Assurance in Education*, 24 (1): 70-94.
2. Arambewela, R. y Hall, J. (2006). A comparative analysis of international education Satisfaction using SERVQUAL. *Journal of Services Research*, 6, 141-163.
3. Kotler, P. y Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35, 3-12.
4. Moss, R.H. (1973). Conceptualizations of human environments. *American Psychologist*, 28, 652-665.
5. Santesmases, M. (1996). *Marketing, Conceptos y Estrategias*. Ed. Pirámide, Madrid. Recuperado de: <file:///Downloads/DialnetDisenoDeUnPlanDeMarketingEnElSenoDeUnaOrganizacion-2698859.pdf> sin ánimo de lucro.
6. Moss, R.H. (1973). Conceptualizations of human environments. *American Psychologist*, 28, 652-665.
7. Santesmases, M. (1996). *Marketing, Conceptos y Estrategias*. Ed. Pirámide, Madrid. Recuperado de: <file:///Downloads/DialnetDisenoDeUnPlanDeMarketingEnElSenoDeUnaOrganizacion-2698859.pdf> sin ánimo de lucro.

Capítulo 36: NUTRIALÍZATE: Comedor universitario enfocado a la salud nutricional

Ana Gabriela de la Cruz Díaz¹

Angel Esteban Torres Zapata¹, Juan Eduardo Moguel Ceballos¹

Degraí Zapata Gerónimo¹ y Hugo García Álvarez¹

Introducción

La alimentación es un aspecto fundamental de la vida humana, ya que es un pilar indispensable de la buena salud, si ésta es la correcta y adecuada para cada individuo según sus necesidades, se logrará una buena nutrición, por el contrario, si ésta se ve alterada de algún modo se hará presente en distintas enfermedades(1). Una de las más comunes es la obesidad, que en México es el problema nutricional más frecuente en la población escolar, adolescente y adulta; el aumento de este padecimiento durante las tres últimas décadas es preocupante por los efectos adversos en la salud, por lo que de acuerdo a la Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública (2010), el acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta es una tarea prioritaria.

Esto hace evidente la responsabilidad de la Universidad, ya que debe de contar con opciones saludables, que permitan un estado de completo bienestar a sus integrantes. Sin embargo, al ser concesionados los espacios disponibles para la venta de alimentos, las universidades tienen poco o ningún control acerca de la oferta, precios, inocuidad, calidad y aporte nutricional de los alimentos ofertados.

Para la creación de nuevas relaciones sociales en general, es necesario tener en cuenta la diferencia entre los términos “habilitar” y “empoderar”, para esclarecer qué se persigue cuando la intención es lograr resultados según las premisas que de estos términos se desprenden.

Es por eso que “habilitar”, en el sentido alimentario, requiere una buena comprensión, de qué es lo que impide a las personas tener acceso adecuado a los alimentos, a cuidados y a la salud, llegar a la identificación de las barreras para tratar de sortearlas como obstáculos

Sin embargo, “empoderar” es más que “habilitar”, va más allá de la comprensión de las causas y la identificación de barreras a vencer, se trata de ese sentido de pertenencia que se genera del compromiso, esa sensibilidad social, que facilita el trabajar “hombro a hombro” con el vecino, por un sueño en común, implica una transformación interna y un cambio de actitud que lleva a la empatía y a la búsqueda del *bien común* y a las mejoras individuales con preeminencia de lo colectivo(2).

Con el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud (UPS), cada vez más universidades se comprometen con la salud de su comunidad (alumnos, docentes y personal administrativo), en cuanto al tema de alimentos se refiere, se están desarrollando propuestas en torno a que la misma universidad promueva la ingesta de alimentos saludables, siendo ésta, quien tenga el control de éste establecimiento y se genere entre los futuros profesionales de la salud, un empoderamiento de su salud nutricional.

Por otra parte, de acuerdo con Centro-CRECE, 75% de las nuevas empresas mexicanas, deben cerrar sus operaciones apenas después de dos años en el mercado. La mayor parte de los fracasos se deben a una mala administración, según se desprende de estudios efectuados sobre este campo; en otras palabras,

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

el directivo carece de la habilidad necesaria para encontrar las soluciones requeridas, planear, organizar, dirigir y controlar su empresa(3), por lo que el éxito de ésta, queda fuertemente condicionado a la aplicación de conocimientos administrativos.

La cuestión, no solo es que exista una oferta de alimentos acorde con la responsabilidad de la universidad como una entidad promotora de salud, sino que además, ésta posea un esquema administrativo que permita el funcionamiento óptimo, que garantice la auto sustentabilidad, es decir que genere recursos propios con los cuales trabajar.

Objetivos

Habilitar un comedor universitario en la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), que promueva el empoderamiento social de la salud, bajo el rubro de alimentación propuesto en los lineamientos de Universidad Promotora de la Salud (UPS), con miras que pueda ser implementado en los distintos Campus con los que cuenta la universidad.

Método

Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño no experimental transversal, el cual estuvo dividido en dos fases fundamentales:

Fase 1) Evaluación de la salud nutricional de los estudiantes de la facultad.

En primera instancia, se solicitó autorización para tener acceso y analizar los expedientes clínicos de los estudiantes dentro del Programa Institucional de Salud Integral (PISI), de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la UNACAR. La muestra fue de tipo no probabilístico. Se utilizaron los indicadores antropométricos (peso, talla, edad e índice de masa corporal) y dietéticos (recordatorio de 24 horas (R24) de paso múltiples y Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA)) de los estudiantes de las generaciones vigentes (2014, 2015, 2016 y 2017), con el objetivo de conocer la prevalencia de malnutrición y las características de la alimentación dentro de los estudiantes de la facultad.

En la Fase 2), Planeación, diseño y adecuación de menú con base a criterios de la mercadotecnia social de calidad, precio y variedad.

Tomando en cuenta, las características del requerimiento energético o energía promedio de la población, se procedió a estimar el Gasto Energético en Reposo (GER), utilizando la ecuación propuesta por Harris-Benedict. Posteriormente, se determinó el 10 % de la Termogénesis Inducida por la Dieta (TID) y el 10 % por la Termogénesis Inducida por Actividad Física (TIAF), a partir del GER, obteniendo de ésta manera el Gasto Energético Total (GET).

A partir del GET, se procedió a realizar la distribución de nutrimentos, asignando el 55% de hidratos de carbono, 15% proteínas y 30% lípidos de acuerdo a las recomendaciones de distribución normal de una dieta equilibrada y suficiente para la población de estudio. La alimentación fue dividida en 5 tiempos de comida: desayuno (20%), colación diurna (10%), comida (40%), colación vespertina (20%) y cena (10%). Teniendo en cuenta que, en el servicio de alimentación propuesto, solo cubre con el 70% del requerimiento de los estudiantes durante su jornada escolar.

Los ingredientes utilizados para la elaboración de los menús, fueron seleccionados tomando en cuenta criterios: variedad, calidad y precio; buscando la proporción idónea de estos 3, que promuevan cambiar en el comensal, la idea de que una alimentación saludable es por defecto monótona y onerosa. Para reforzar la percepción de variedad en el menú, se diseñó un sistema de ventas donde el comensal selecciona los ingredientes y aderezos de acuerdo a sus gustos y acorde a las porciones establecidas en el cálculo nutrimental.

Y es que para que un alimento se adopte, no solo es necesario que esté disponible, sino que se “elija” consumirlo; en este “elegir” es que entran en juego una diversidad de factores sociales y culturales que determinan no solo la selección, sino también el consumo y la utilización. El consumo inicial de los alimentos producidos por una sociedad en particular, como forma de asegurar su existencia cotidiana y de esta forma cubrir un déficit, da paso luego al intercambio, con la finalidad de diversificar la dieta, de manera de satisfacer los gustos y permitir su permanencia dentro de un contexto socioeconómico particular. Es así como se crean los hábitos alimentarios de una comunidad(4).

Es importante mencionar que el diseño de la secuencia del servicio, se hizo en base a los principios de marcha hacia adelante, cadenas de frío-calor para facilitar el cumplimiento de los requisitos mínimos de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios establecidos en la NOM-251-SSA1-2009.

Para determinar el precio de venta se tomó en consideración el costo promedio de los alimentos expendidos en las cafeterías de la universidad, buscando únicamente cubrir el costo total de la materia prima, los costos directos e indirectos de producción y ventas; así como, una provisión para gastos de mantenimiento y reemplazo de los equipos utilizados. Lo que nos permite ofrecer un precio accesible para la comunidad universitaria.

El presente trabajo se apegó a los principios éticos nacionales dispuesto en la NOM-012-SSA3-2012 e internacionales para las investigaciones médicas en seres humanos, en la Declaración de Helsinki (2000). Para el análisis y procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.0 para Windows. Se usó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas) para el análisis del estado nutricional de los participantes.

Resultados

Durante la investigación, se obtuvieron datos confiables de 619 estudiantes de la FCS, de los cuales el 70% (n=432) pertenecen al género femenino y el 30% (n=187) masculino. En la tabla 1, se presentan las características de los sujetos de estudio en relación a la edad, peso, talla e índice de masa corporal (IMC).

Tabla 1.- Características promedio de los sujetos de estudio

Parámetros	Población total (n=619)				Género Femenino (n=432)				Género Masculino (n=187)			
	\bar{x}	$\pm DE$	V.M	V.m	\bar{x}	$\pm DE$	V.M	V.m	\bar{x}	$\pm DE$	V.M	V.m
Edad (años)	19.65	2.63	48.0	17.0	19.38	2.16	35.0	17.0	20.26	3.26	48.0	17.0
Peso (kg)	65.38	15.27	137.5	40.0	61.51	13.44	130.0	40.0	74.34	16.09	137.5	45.1
Talla (cm)	161.56	0.08	190.0	140.0	157.84	0.06	177.0	140.0	170.16	6.38	190.0	150
IMC (kg/m ²)	24.92	4.773	48.33	15.24	24.63	4.828	48.33	15.62	25.58	4.589	40.18	15.24

V. M: Valor máximo, V. m: Valor mínimo

Fase 1) Evaluación de la salud nutricional de los estudiantes de la facultad.

El estado nutricio se determinó usando el indicador antropométrico y dietético, el “IMC” (Índice de masa corporal), como criterio diagnóstico, el cual se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros, elevada al cuadrado. Permite clasificar al evaluado si presenta peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad (NOM-043-SSA2-2012). En la tabla 2, se muestra el diagnóstico nutricional a partir del IMC.

Tabla 2.- Diagnóstico nutricional a partir de IMC

Clasificación	Población total (n=619)				Género Femenino (n=432)				Género Masculino (n=187)			
	F	%	\bar{x}	$\pm DE$	f	%	\bar{x}	DE	f	%	\bar{x}	$\pm DE$
Bajo peso	29	4.69	17.48	0.84	20	4.63	17.42	0.775	9	4.81	17.60	1.002
Normopeso	334	53.96	22.24	1.72	250	57.87	22.15	1.712	84	44.92	22.15	1.732
Sobrepeso	177	28.59	27.02	1.38	116	26.85	27.07	1.408	61	32.62	27.07	1.326
Obesidad	79	12.76	34.25	3.72	46	10.65	35.06	2.453	33	17.65	35.06	2.453

Los resultados arrojados de la evaluación dietética, indican que el 3% de los sujetos de la muestra realizaron 1 comida al día, los 7 días de la semana; el 58% realizaron 2 comidas diarias; el 33% realizaron 3 comidas diarias; el 4% realizaron 4 comidas diarias y el 2% realizaban hasta 5 comidas diarias.

En relación con el patrón de consumo alimentario, los hombres respecto a las mujeres tenían un consumo significativamente menor de verduras, frutas, pescado y frutos secos y un mayor consumo en el caso de bebidas carbonatadas y/o azucaradas, repostería comercial, fastfood y carnes rojas y derivados. En relación con estos últimos, más de la mitad de los hombres consumían diariamente este grupo de alimentos. El hábito de moderar la sal de adición en las comidas, era más frecuente en las mujeres (42% frente a 34%).

Fase 2) Planeación, diseño y adecuación de menú con base a criterios de calidad, precio y variedad.

A partir de ésta premisa, se obtuvo una media general de ingesta de energía de 1577 kcal/día, para hombres (1710 kcal/día) y mujeres (1444 kcal/día), para planear, diseñar y estandarizar los menús.

Posteriormente, se realizó la distribución de nutrimentos de los menús en base a una dieta equilibrada, es decir que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí (tabla 4).

Tabla 4.- Distribución de nutrientes

Género	Hidratos de carbono (55%)			Proteínas (15%)			Lípidos (30%)		
	G	kcal	kj	G	kcal	kj	g	kcal	kj
Femenino	238	953	404	65	260	1092	58	520	2184
Masculino	282	1129	4742	77	308	1293	68	616	2586
\bar{x}	260	1041	2573	71	284	1192.5	63	568	2385

Y finalmente, se diseñaron los menús, tomando en cuenta los resultados encontrados durante la investigación en la evaluación dietética, a través de los R24 de paso múltiple y los CFCA, de manera que estos aseguren el suministro nutricional adecuado al grupo de estudio.

Conclusiones

Desafortunadamente, los problemas de peso no solo se encuentran en esta facultad, sino están presente a nivel local, nacional e incluso mundial; es tarea prioritaria para la universidad tomar cartas en el asunto y mostrar su compromiso para disminuirlos.

A lo largo de esta investigación, se fue desarrollando una estrategia para la problemática encontrada, presentando al final un esquema administrativo, basado en una alimentación equilibrada, listo para comenzar labores. Una ventaja para su implementación es que se cuenta con los P.E. en Administración Turística y Nutrición los cuales pueden trabajar directamente en la propuesta y con esto optimizar los recursos ya existentes, sin tener que realizar una gran inversión.

Para ello, uno de los puntos clave para su éxito, es la implicación y las sinergias de diferentes niveles académicos (rectoría, directores, docentes, personal administrativo y alumnado) creando un equipo multidisciplinario que aporte distintas perspectivas, se trata de hablar de salud desde una perspectiva participativa, activa, promotora y preventiva. Hoy en día, el desarrollo de estrategias que cuiden la salud y enseñen hábitos saludables, es invertir en el futuro y no un gasto. Por estas razones, este proyecto pretende actuar en salud, en un ámbito no solo deseable sino necesario en la Universidad, porque se busca generar una manera diferente de afrontar la salud individual y colectiva. Porque la UNACAR tiene activos que le permiten llevar a cabo acciones saludables como las que se presentan en este proyecto. Quizás existan otros proyectos de esquemas administrativos, por lo que la innovación y originalidad del presente proyecto radica en la coordinación de las acciones, para promover una alimentación saludable en los campus universitarios con la participación activa de la comunidad.

No será cuestión de una administración de pocos meses, sino más bien, del uso de una planeación estratégica, con base en la mercadotecnia social, que mantenga en función la propuesta, creando ingresos que aseguren su éxito y que lo logrado se mantenga a través del tiempo. Esto no es más que el primer paso para lograr convertir a la UNACAR en una UPS.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. [línea]. México; 2017 (25/06/2018). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
2. Acuña González IM, Guevara Rivas H, Flores Sequera M. El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40(3).
3. Velázquez Valadez G. ¿Las pequeñas y medianas empresas mexicanas requieren aplicar diagnósticos organizacionales? *Mundo siglo XXI*. 2008 Mayo; 4(13).
4. Lovera JR. *Historia de la alimentación en Venezuela*. 1ra ed. Venezuela: Monte Ávila; 1988.

Capítulo 37: Mercadotecnia social: Necesidades prioritarias de salud de los adultos mayores que trabajan como empacadores en tiendas de autoservicio en Villahermosa, Tabasco, México.

Isidra de la Cruz de la Cruz¹

Elsy del Carmen Quevedo Tejero¹ y Alejandro Jiménez Sastré¹

Introducción

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), en México el 10.4% de la población total tiene 60 años o más y 1 de cada 10 adultos mayores viven solos y “esta situación implica retos y limitaciones muy severas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo el 33.6 % de la población de 60 y más está ocupado, de estos 4 de cada 10 trabaja de manera subordinada y las condiciones laborales de estos no son muy favorables; 50.6% no recibe prestaciones, solo 38.0% tiene acceso a servicios de salud y únicamente el 38.6% cuenta con contrato de trabajo. El acceso a un trabajo para el adulto mayor, será más difícil al pasar de los años pues se espera que para el 2050. en México la población de mayores de 60 años supere los 33 millones de personas, esto llevará a aumentar las carencias que sufren este grupo de la población, donde “más de un cuarto” (62%) de estos adultos mayores en México no cuenta con acceso a servicios de salud “2.062772 adultos mayores presenta carencias en el acceso a servicios de salud” (Aguirre Quezada, 2011).

En México para fomentar el cuidado del adulto mayor, se fundó el Instituto Nacional de la Senectud (Insen) en 1979 y cambio a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM, en 2002, que promueve la inserción del adulto mayor en la vida laboral y esta es una de sus metas a través del programa “Empleo y servicios para el adulto mayor” y por medio de este programa, la iniciativa privada entre los principales Chedraui, Waldo’s, Soriana, Wallmart, casas Ley y Comercial Mexicana (Aguirre Quezada, 2011) conforman el programa de empacadores voluntarios. Y aunque según cifras de INAPAM y SEDESOL (quien también promueve la causa de trabajo para el adulto mayor) cada vez aumenta la posibilidad de empleo para el adulto de la tercera edad, gracias a la oferta de la iniciativa privada, aunque es de cuestionar la calidad de estas vacantes.

Los problemas para desarrollarse en un trabajo el adulto mayor, son debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que impactan en la calidad de vida y habilidades. Por mencionar algunas de las complicaciones relacionadas con la vejez, son en el aspecto social, pérdida del estado laboral y financiamiento, mayor rezago social, en el aspecto biológico, mayor índice de enfermedades físicas y en algunas clases la aparición de un deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Hay un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, y hay un incremento marcado de enfermedades crónicas, con el paso del tiempo y con el aumento de la edad de las personas. El crecimiento poblacional del adulto mayor es debido principalmente a dos factores: Avances en la medicina que aumentan la supervivencia y la disminución del índice de natalidad. Como contribución a la longevidad de este grupo de edad, están los avances en tratamiento de las enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos y desarrollo de nuevos medicamentos. Esto no deja de ser un reto ya que se tienen cada vez más pacientes ancianos con todo lo que esto implica comorbilidades y multimorbilidades.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

En México el aumento del envejecimiento, también ha aumentado las cifras en mortalidad de algunas enfermedades crónicas en mayores de 60 años, como se aprecia en los datos de INEGI 2015, donde en primer lugar se encuentran las enfermedades del corazón seguido de la diabetes *mellitus* y esto concuerda con los datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM (2015), donde la diabetes *mellitus* afectaba al 27.7% de los hombres y el 32.7% de las mujeres mayores de 60 años, otros datos que encontramos con respecto a las enfermedades crónicas, es que en el año 2014, según datos del INEGI, el 56% de egresos hospitalarios en este grupo de edad, fue por hipertensión arterial, que se acompaña de la enfermedad cardiaca hipertensiva que afectaba para el 2016 a 9.6% y 8.5% de mujeres y hombres respectivamente, de este grupo de edad.

Entre otras enfermedades crónicas que afectan al adulto mayor encontramos las enfermedades renales, artritis, tumores malignos (tercera causa de muerte en este grupo de edad), enfermedades cerebrovasculares, enfermedad obstructiva crónica y esto acompañado con los síndromes geriátricos más frecuentes, como el déficit auditivo, déficit visual, las caídas y la anorexia (Arango Lopera, Pérez Zepeda y Gutiérrez Robledo, s.f.).

Del total de muertes registradas en el año 2014, el 63.8% fueron de adultos mayores de 60 años y el 55% de las muertes en este grupo de edad fueron causadas por enfermedades crónicas entre las que destacan: la diabetes *mellitus*; las enfermedades isquémicas del corazón; las enfermedades cerebrovasculares; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; las enfermedades hipertensivas y las enfermedades del hígado (INEGI, 2016).

Objetivos

General: Identificar las principales necesidades de salud en adultos mayores que trabajan como empaques en tiendas de autoservicio en Villahermosa, Tabasco. México.

Específicos

- Caracterizar al adulto mayor según sus datos sociodemográficos
- Identificar los problemas de salud más frecuentes.

Método

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo y observacional. Ya que se limitó a la observación del fenómeno sin manipular las variables, se aplicaron encuestas de salud revisión de recetas y horarios de medicamentos en un período predefinido de tiempo sin darle seguimiento al comportamiento longitudinal del fenómeno.

Población de estudio

La población de estudio fueron el total de adultos mayores que trabajan como empaques voluntarios en la tienda Chedraui Selecto, Plaza Olmeca de Villahermosa Tabasco.

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, en la que se incluyeron a todos los sujetos que cumplieron con los criterios de selección durante el período del 1º. de Abril al 31 de Julio de 2018.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión: Adultos mayores que trabajan como empaques voluntarios en la tienda Chedraui Selecto de la Plaza Olmeca de Villahermosa Tabasco, México. durante el período del 1º. de Abril al 31 de Julio de 2018; que aceptaran participar en el estudio, sin importar sexo o edad, estado civil y que aceptaran firmar carta de consentimiento informado autorizando su participación en el estudio.

Criterios de no inclusión

Que no acepten participar en el estudio y/o que no firmen carta de consentimiento informado autorizando su participación en el estudio.

Variables

Sexo, Edad, Estado civil, Nivel educativo, Padecimiento del adulto mayor, Nivel socioeconómico.

Resultados

La población de estudio, estuvo integrada por 150 adultos mayores empacadores voluntarios de la tienda Chedraui Selecto Plaza Olmecca de Villahermosa Tabasco, México, durante el período del 1º. de Abril al 31 de Julio de 2018. De los cuales 127 fueron del género femenino (84.7%) y 23 masculinos (15.3%), con diferencia significativa $z=8.50$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%.

El valor máximo de edad es de 78 años, y el mínimo de 63 años. La distribución de la población según su estado civil fue: casados 74%, solteros 16.6%, viudos 4.7%, y divorciados 4.7%. El nivel educativo predominante fue la educación primaria 42%, seguido por el nivel licenciatura 34%, la secundaria 21.3%, y el nivel medio superior 2.7%, no hubo adultos mayores sin nivel educativo.

En cuanto al empleo extra, 52.7% de los adultos mayores no tienen otro trabajo. (se dedican a las labores del hogar) y 47.3% cuentan con un trabajo independiente de sus funciones como empacador voluntario, donde perciben una ganancia extra consistente en ventas de artículos de catálogo y artículos que les ayuda a mejorar su ingreso.

En cuanto a las personas con las que ellos viven en sus domicilios están: sobrino(a) 0.7%, hermanas(os) 1.3%, nuera(o) 3.3%, esposa(o) 18%, e hijo(a) 76.7%.

Las enfermedades padecidas por los adultos mayores empacadores voluntarios fueron: diabetes mellitus tipo 2 28%, hipertensión arterial sistémica 22%, cardiopatías 13.3%, osteoartritis 4.7%, trastornos circulatorios 4.7%, depresión 4.7%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 3.3%, aterosclerosis 9% y otras enfermedades 10.3%.

Conclusiones

A nivel mundial se espera que la población de adultos mayores se duplique, esto llevaría a la necesidad de conocer las morbilidades que afectan a este grupo vulnerable de la población, en México estas morbilidades son diagnosticadas tardíamente y en la mayoría de los casos no son tratadas adecuadamente, los adultos mayores de nuestro país tienen la carga del pensamiento negativo de la sociedad ante su edad y derivado de esto, el mal trato que reciben desde su hogar, además de esto, muchos de ellos aun ejercen el papel de jefe de familia, de ellos depende el ingreso económico para toda la familia, aunado a esto es la mujer (mayor de edad) quien tiene menos oportunidades de contar con un servicio médico en este grupo de edad según la OMS, ante este panorama no es posible imaginar que todos los adultos mayores tengan la posibilidad de tratar sus enfermedades crónicas. El trabajo es un método de inclusión para el adulto mayor, pero en México es una necesidad para estas personas ya que muchos no cuentan con algún otro tipo de ayuda económica, viven solos o necesitan ingresos extras para el tratamiento de sus enfermedades.

Pero dado el hecho de que muchas veces la sociedad considera a este grupo de personas no productibles o con muchas limitaciones, el tipo de empleo que se les oferta es muy deficiente. El Programa "Empacador Voluntario" que promociona el INAPAM, no supervisa la contratación de estas personas, ni las necesidades que tiene para aceptar este empleo, durante la investigación se observa que no hay ninguna supervisión gubernamental hacia el trato de los adultos mayores, mucho menos a las necesidades que ellos tengan.

La presente investigación pretende ofrecer información para la toma de decisiones, que permita ofrecer servicios de salud con un enfoque de mercadotecnia, considerando como público meta los adultos mayores, que sea inclusivo y de respuesta a las necesidades económicas y de salud encontradas.

Bibliografía

1. Aguirre Quezada, J. P. (2011). *El acceso al empleo de los adultos mayores*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. 1-57.
2. Arango Lopera, V.E., Pérez Zepeda, M. U., y Gutiérrez Robledo, L. M. (s.f.). *Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos: Impacto en la capacidad funcional*. Foro Envejecimiento y Salud.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad*. INEGI. 1-14.
5. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2016). *Vinculación productiva para personas adultas mayores*. Secretaria de Gobierno.

Capítulo 38: Necesidades de los servicios de salud en familias adoptivas: campaña de marketing

Gloria Ángela Domínguez Aguirre¹
Adriana Martínez Peralta¹

Introducción

Las familias que se crean por adopción, es decir, sin vínculos sanguíneos, presentan una dinámica particular y por tanto, tienen necesidades educativas, sociales y de salud específicas, que en muchas ocasiones no son cubiertas, debido a que el personal de salud a cargo no cuenta con los conocimientos ni con las actitudes requeridas para ello. Señala Wasongarz (2001) que la familia adoptiva enfrenta conflictos y problemáticas específicas en torno a la adopción y que estas difieren de las que experimenta la familia con filiación biológica.

En el caso de las necesidades de salud, sobresalen el aspecto médico y el psicológico. En el plano médico, la mayoría de las veces, no se cuenta con información genética o biológica sobre circunstancias y cuidado del embarazo, edad de la madre biológica, antecedentes heredofamiliares, estado de salud y cuidado de la criatura durante los primeros meses o años de vida, si es que el hijo o hija no ha vivido desde recién nacido con su familia adoptiva; mientras que en el plano psicológico, surgen amplios cuestionamientos sobre la manera en que se ha de afrontar esta condición con la propia criatura, con la familia de origen, entre las personas a cargo de la crianza, cómo y cuándo hablar acerca del origen, etcétera.

En ambos casos, las familias tienen derecho a ser atendidas por profesionales capacitados para afrontar esta carencia de información y el estrés que esto puede implicar. Si no se cuenta con tal capacitación, puede ocurrir que las personas adultas a cargo eviten hablar de la condición o no recurran a los servicios de salud, por evitar comentarios incómodos y falta de sensibilidad y conocimientos.

Algunas familias por adopción sí cuentan con información médica, o bien, se necesita descartar la presencia o el riesgo de alguna condición que merme la calidad de vida de la criatura, lo cual también amerita un abordaje y seguimiento especial.

Objetivos

Objetivo general:

Diseñar una campaña de marketing que promueva la atención asertiva en salud hacia familias adoptivas.

Objetivos específicos:

- 1) Explorar las necesidades de atención médica de familias por adopción.
- 2) Conocer las necesidades de atención psicológica de familias por adopción.
- 3) Elaborar una campaña de marketing dirigida a profesionales de la salud, para la atención asertiva a familias adoptivas.

Método

Se partió de un diagnóstico, para el cual se utilizó una metodología de tipo cuantitativa-exploratoria, con el fin de recopilar información sobre las necesidades de salud médica y psicológica de las familias adoptivas que dieran paso al diseño de una campaña de marketing.

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

Participantes

La muestra estuvo conformada por 87 personas, padres y madres por adopción, de edades entre 31 y 54 años, con un promedio de edad de --- años (DS=---). Del total de personas encuestadas, 86% fueron mujeres y 14% fueron hombres. Se eliminaron dos registros, debido a que las personas aún están en proceso de adopción y no tienen asignado un niño o niña. 40.22% de la población recibió a sus hijos cuando estos tenían menos de un mes de nacidos, 44.82% entre un mes y 5 años, 14.9% de más de 5 años. Las personas participantes tienen de uno a tres hijos/as por adopción, 25% además tiene hijos biológicos.

La muestra es no probabilística por conveniencia, ya que solamente se incluyó a personas que son padres o madres a través de la adopción.

Instrumento

Se empleó una encuesta autoadministrada en línea, a través de Google formularios, orientada a identificar las necesidades de atención médica y psicológica, así como la presencia de una red de apoyo que ayude a elegir al personal de salud, conformada por 26 ítems, de los cuales 25 son reactivos tipo Likert y uno con varias opciones de respuesta.

Procedimiento

Los participantes fueron contactados en comunidades virtuales, solicitándoles su participación, indicándoles que ésta sería anónima y voluntaria. El análisis de datos se realizó en el programa Excel.

Con base en los resultados, se diseñó una campaña de marketing dirigida a médicos y psicoterapeutas, para ofrecer una atención de calidad.

Resultados

Respecto al personal médico que ha atendido a sus hijos e hijas, 33% refiere que ha consultado pediatras que no saben abordar el tema de adopción, 70% refieren que les falta capacitación, 43% ha consultado médicos con experiencia en niños adoptados, 86% considera que debería haber pediatras especialistas en adopción, 18.4% manifiesta que no le explican las dudas que tienen, 26.4% ha recibido comentarios de médicos que se refieren a la familia biológica como “la verdadera”.

Sobre psicoterapeutas, hay referencias que 46% no saben abordar el tema, 94% opinan que psicoterapeutas infantiles deberían saber abordar este tema, 20.7% conoce psicoterapeutas que recomiendan no revelar la condición de adopción a los niños, 80% considera que la psicoterapia es un recurso importante en estos casos.

Respecto a las recomendaciones médicas y psicológicas con otras familias adoptivas, el 37.9% refiere que comparte casi siempre, mientras que un 17.2% muchas veces, 23% algunas veces y 21.8% casi nunca. A 75% le gustaría conocer a otras familias adoptivas.

Con base en este diagnóstico, se diseñó una campaña de marketing orientada a sensibilizar a médicos y psicoterapeutas, para identificar las necesidades de las familias adoptivas y brindarles una atención asertiva.

El mercado meta es:

1) Médicos pediatras y 2) Psicoterapeutas infantiles y familiares.

La estrategia de esta campaña, será diseñar flyers que contengan información útil sobre los niños y niñas adoptados, que serán distribuidos en redes sociales.

A continuación, se presentan cinco necesidades identificadas en la población investigada, seguida de la explicación que se quiere transmitir, así como un flyer que la transmita. Si bien se identifican contenidos

que son competencia de psicología, en algunos casos es el o la pediatra en quien se deposita la confianza o es quien podrá canalizar a la familia a psicoterapia.

1) Decidir si se revela la condición de adopción, la forma de hacerlo y cuándo es el mejor momento. Por temor a que la hija o hijo se sienta abandonado, la información sobre el origen se tiende a ocultar, sin embargo, más que resolver algo, esto conlleva dificultades relacionadas con los secretos. El derecho a conocer sus orígenes marca el desarrollo de cada persona adoptada, por tanto, la pregunta, entonces, no será si se dice, sino cuándo y cómo (Tomaello y Russomando, 2011).

Coincide Stoopen (2017), en que es importante decirle al hijo o hija que fue adoptado, aunque haya llegado a la familia desde el nacimiento; se sugiere hablar del tema desde el día uno de llegada, a pesar de que la criatura no comprenda aún, esto permitirá hacer que la adopción sea un tema común en el lenguaje de la familia. Estrategias para esto son cuentos, historias (puede ser la propia historia del niño o niña) y películas animadas.

#Adopción:LoQueLosPediatrasDebenSaber

¿Sabías que...

Algunos papás adoptivos piensan que es mejor ocultarle a su hijo o hija que fue adoptado?

Esto no es lo mejor, porque cada persona tiene derecho a conocer su origen.

¿Cuándo se le debe decir?


Desde el primer día que llega a casa, aunque sea un bebé, así el tema será común en casa.

¿Quién le debe decir?

Quienes más le aman: sus papás.

¿Qué puede hacer el pediatra?

- * Canalizar a psicoterapia a los padres
- * Brindarles confianza en el proceso



FAMILIAS
sin cigüeña

2) Comportamiento antisocial y/o comportamiento de excesiva confianza ante cualquier persona. En niños y niñas que han pasado por carencias físicas y/o emocionales, como violencia, maltrato, omisión de cuidados, hambre, falta de higiene o abandono pueden presentarse trastornos del apego. El trastorno del apego reactivo (TAR) hace que la persona oscile entre un comportamiento intimidatorio, violento y falta de destreza para aprender de experiencias sociales y entre mostrarse simpático y confiado hacia personas con quienes tiene contacto casual (Rygaard, 2008). El TAR puede combinarse con un síndrome

de estrés postraumático, trastorno de la atención con hiperactividad, síndrome de autismo postinstitucional o síndrome de Tourette. Es importante que el personal de salud que de atención, explore profundamente lo que pueda haber detrás de este comportamiento y canalizar con un psicoterapeuta especialista en adopción.

#Adopción:LoQueLosPediатrasDebenSaber

¿Sabías que...

los niños y niñas que han vivido carencias físicas y/o emocionales pueden presentar Trastorno del Apego Reactivo (TAR)?

Esto hace que tengan un comportamiento antisocial y/o de excesiva confianza ante cualquier persona.

El TAR puede combinarse con:

- * Síndrome de estrés postraumático
- * Trastorno de atención con hiperactividad (TDAH)
- * Síndrome de autismo postinstitucional
- * Síndrome de Tourette



FAMILIAS
sin cigüeña

¿Qué puede hacer el pediatra?

- * Identificar y atender el origen orgánico
- * Canalizar a un psicoterapeuta especialista en adopción

3) Temor por desarrollo tardío o temprano. Carecer de información genética propicia que algunos padres, preocupados por los antecedentes, por la institucionalización o por la ausencia de estimulación, pongan excesiva atención al desarrollo e interpreten como señal de retraso cualquier diferencia individual, así mismo pueden alertarse si perciben un desarrollo temprano. Es importante explorar a la niña o niño y si no hay evidencias de alteraciones, explicar con empatía que los temores son infundados. Para Tomaello y Russomando (2011) la adopción no elimina de golpe las huellas de un pasado diferente y habrá que ser paciente para respetar el ritmo del hijo o hija. Será clave la empatía del personal médico para explicar esto y dar tranquilidad a los padres.

¿Sabías que...

algunos padres por adopción tienen miedo de que su hijo o hija presente retrasos en el desarrollo?

Carecer de información genética y no saber si recibió buena atención antes de llegar a la familia, genera mucho temor.

La adopción no elimina de golpe las huellas de un pasado diferente. Estos niños no han contado con las condiciones para aprender al ritmo de los demás, por lo que necesitan más tiempo.

¿Qué puede hacer el pediatra?



FAMILIAS
sin cigüeña

- *Valorar y atender el aspecto orgánico.
- *Dar confianza a los padres.
- * Canalizar a un psicoterapeuta especialista en adopción

4) Dificultad para adaptarse a situaciones de la vida cotidiana. Algunos niños adoptados que han vivido en institución, pueden presentar dificultades para incorporarse a la familia, debido a tener diferentes hábitos alimenticios y de sueño, no acostumbrarse a una nueva escuela, presentar déficit escolar o tener dificultad para integrarse a la familia extendida. Esto, según Wasongarz (2017) si no existe un trauma que requiera una intervención especial, puede ser una de las mayores dificultades: la incorporación a la cotidianidad. La solución puede ser continuar con los hábitos que tiene: dejarlo en la misma escuela, conservar horarios de alimentación y sueño, conocer y respetar sus gustos alimenticios, no sustituir objetos transicionales, como muñecos o sábanas e ir incorporando poco a poco cambios.

¿Sabías que...

algunos niños y niñas que han sido institucionalizados o vivido en otras casas tienen dificultades en situaciones de la vida cotidiana como:

- Déficit escolar
- Diferentes hábitos alimenticios
- Diferentes hábitos de sueño
- Incorporarse a la familia extensa

Les cuesta trabajo acoplarse al nuevo contexto, porque echan de menos su cotidianidad.

¿Qué puede hacer el pediatra?



FAMILIAS
sin cigüeña

*Sugerir que se mantengan sus hábitos e introducir cambios lentamente.

*Indicar a los padres a qué deben poner atención

* Hacer revisiones periódicas

5) Dificultad para hacer de la adopción un tema recurrente. Muchas familias solo hablan de la adopción, cuando la revelan al hijo o hija, en ocasiones en la primera infancia y el tema deja de estar presente, sin embargo, se recomienda que pueda ser verbalizado en diferentes momentos de vida y cuando lo requiera, ya que el significado de haber sido adoptado, cambia con el tiempo. Para Pereda (1997, en Tomaello y Russomando, 2011) la identidad es un proceso a través del que la persona elabora una caracterización de sí misma que no se deja de reconsiderar nunca; esto implicará interés por conocer a la familia biológica, especialmente a la madre. El acompañamiento al hijo o hija y a la familia será determinante en que esta identidad se construya de manera sana. El personal médico puede contribuir a esto, si sugiere psicoterapia tanto al hijo o hija como a los padres, así como, incorporar el tema de adopción, de manera casual durante las consultas médicas.

#Adopción:LoQueLosPediатrasDebenSaber

¿Sabías que...

en algunas familias por adopción solo se toca el tema cuando se le revela al hijo/a su condición?

El significado de haber sido adoptado cambia con el tiempo, por eso la familia debe procurar canales de comunicación abiertos para que el chico/a sepa que puede acudir a sus padres cuando tenga dudas o quiera conocer más de su origen. Esto no significa que deje de querer a los padres adoptivos, sino que obedece a una necesidad personal de saber más de él/ella misma.

¿Qué puede hacer el pediatra?



*Canalizar a psicoterapia al hijo/a y a los padres.

*Contribuir a que el tema de adopción sea verbalizado durante las consultas pediátricas.

Se presentan también dos flyers introductorios.

#Adopción:LoQueLosPediатrasDebenSaber

¿Sabías que...

La atención pediátrica es determinante en la integración de un niño o niña adoptado a su nuevo hogar?

Los padres adoptivos ponen toda su confianza en el pediatra y esperan que les acompañe en el proceso de conocer a su hijo o hija.

¿Qué puede hacer el pediatra?



*Aprender más sobre las implicaciones médicas y emocionales de la adopción.

*Mostrar empatía con estas familias.

#Adopción:LoQueLosPediatrasDebenSaber

¿Sabías que...

la familia adoptiva enfrenta conflictos y problemáticas específicas en torno a la adopción y que estas difieren de las que experimenta la familia con filiación biológica?

¿Qué puede hacer el pediatra?



*Aprender más sobre las implicaciones médicas y emocionales de la adopción.

*Mostrar empatía con estas familias.

Conclusiones

Las familias adoptivas tienen necesidades de salud particulares que deben ser socializadas, esto puede lograrse mediante una campaña de marketing, promoviendo actitud empática e identificando temas importantes.

Se sugiere hacer una investigación con padres y madres adoptivos, para recabar datos de personal de salud empático hacia la adopción y con ello hacer un directorio, que pueda ser distribuido a través de las redes sociales de los miembros del colectivo Embajadoras de Adopción México, el cual tiene presencia en nueve estados de la República Mexicana.

Bibliografía

1. Stoopen, J. (invitada) (26 junio, 2017). La importancia del vínculo en la adopción. Programa. Marrón, A. Diálogos en confianza. Ciudad de México/México: Canal Once.
2. Wasongarz, A. (invitada) (26 junio, 2017). La importancia del vínculo en la adopción. Programa. Marrón, A. Diálogos en confianza. Ciudad de México/México: Canal Once.
3. Tomaello, F. y Russomando, M. (2011). Adopción, la construcción feliz de la paternidad. Argentina: Paidós.
4. Rygaard, N. (2005) El niño abandonado, guía para el tratamiento de los trastornos del apego. España: Gedisa.

Capítulo 39: Calidad y eficiencia de los Registros Clínicos de Enfermería Pediátrica y áreas de oportunidad

María Asunción Vicente Ruiz¹Alma Rosa Morales Merodio¹, Carmen de la Cruz García¹
Elías Méndez Mena¹ y Ramón Antonio Morales Navarrete¹

Introducción

Los expedientes clínicos, son documentos que se elaboran a todo paciente al ingresar a una institución de salud, mismo debe contener todos los datos generales y específicos de la enfermedad del paciente: diagnóstico del paciente, historia clínica, observaciones, etc. por lo tanto es un documento médico-legal clínico, porque con base en él, todo paciente tiene la oportunidad de utilizarlo como un respaldo en el caso de que se presente una negligencia médica (Méndez et al, 2001).

La Comisión permanente de Enfermería durante la 1ra Jornada Técnica celebrada del 1 al 2 de julio 2008, concluye que documentar los cuidados de enfermería, resulta imprescindible en una estrategia de calidad (Santiago, Grajales y Miranda, 2011).

El registro como tal, representa un alto grado de responsabilidad con implicaciones administrativas, profesionales, financieras y legales, son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones medico legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado. Así “Los registros de enfermería son el soporte documental, donde queda recogida toda la información sobre la actividad de la enfermera (Ruíz, 2006).

La Norma Oficial, mexicana del expediente clínico (Nom 168-SSA-1998) en su apartado 9.1 Citado por Santiago hace referencia a la hoja de enfermería señalando las consideraciones mínimas que debe contener; habitas exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos con la fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones de enfermería (Santiago et al, 2011).

El registro de la enfermera, deberá iniciarse con el ingreso del paciente al hospital; el registro se deberá escribir con “letra legible” usando tinta azul para las anotaciones correspondientes al día y tinta roja para las correspondientes a la noche. Se deberá anotar el método de admisión; ambulancia, ambulante, silla de ruedas etc., se anotan los signos y síntomas, objetivos y subjetivos; observaciones durante el día, color de piel, lesiones, así como depresión, inquietud, etc. (Méndez et al, 2001).

En este orden de ideas, los expertos señalan que la evaluación, es una de las mejores tácticas para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad. Por lo que se debe comparar la situación real del sistema de atención, con los objetivos propuestos por la gerencia, lo anterior, implica el monitoreo y seguimiento de dichos servicios, con base en estándares e indicadores de estructura, proceso y resultado para medir periódicamente la ejecución de actividades. Por su parte la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization citado por Santiago en 2011, ha establecido los criterios para evaluar el registro de la atención y seguimiento del paciente, por lo que exige la documentación en el contexto del Proceso de atención de enfermería, en particular, la educación dirigida al paciente y/o familiar y la producción del plan de alta si así lo requiriera (Santiago et al, 2011).

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

En el momento actual, se presenta una etapa de cambio en los sistemas de salud, sin embargo, existe todavía un colectivo de enfermeras que no dan la suficiente importancia a los registros de su actividad profesional, consideran la documentación como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. Diversas razones se esgrimen para seguir justificando su postura: la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, incluso admiten algunos, las dificultades de plasmar por escrito las intervenciones en su práctica profesional, por la falta de costumbre o por el desconocimiento del lenguaje adecuado (Potter, Perry, Stockert y Hall, 2002).

Investigaciones realizadas referentes a los registros que enfermería utiliza durante su práctica, sustentan que es necesario mejorarlos. Un buen registro es útil para el paciente porque mantiene y mejora la calidad de atención, es además una fuente de información para la toma de decisiones y un documento legal, que traduce los actos del equipo de enfermería y apoya la investigación. Sin embargo, la tecnología y la profesionalización de enfermería, resta importancia al trabajo que realiza durante la atención del paciente (Domic, 2004).

Las actividades y observaciones de enfermería, son una preocupación constante en el contexto de los servicios de salud. Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada. Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Estudios realizados reflejan, que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo sus informes después de cada turno (Estrella y Aparicio, 2011).

En México, algunos estudios han evidenciado, que los registros del cuidado de enfermería no se realizan correctamente, ya que existe una gran diversidad en la manera de anotar o registrar diariamente las acciones del actuar profesional, es evidente que el personal de enfermería, se basa más en los usos generales, que en la aplicación del método científico propio del proceso de atención de enfermería.

Objetivos

General

Evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería en los pacientes pediátricos hospitalizados.

Específicos

- Evaluar los registros clínicos de enfermería con el instrumento de SICALIDAD.
- Identificar los aspectos que presentan mayor oportunidad para la mejora continua del registro clínico.

Método

Se realizó un estudio con el método cuantitativo, de tipo trasversal, observacional y descriptivo, prospectivo el universo de estudio se conformó por las hojas de registros clínicos de enfermería de los pacientes hospitalizados. La unidad analizada fue la hoja de enfermería de los servicios urgencias, oncología e infectología. La muestra estuvo conformada por 103 registros clínicos de enfermería.

Criterios de Inclusión

Se consideraron las hojas de enfermería de los pacientes con más de un día de estancia hospitalaria en los servicios de urgencias, oncología e Infectología. Registros realizados por el personal de base y suplencia de la institución asignados a los servicios mencionados.

Criterios de Exclusión

No se consideran las hojas de enfermería de pacientes hospitalizados por menos de 24 horas en los servicios de urgencias, oncología e infectología.

Instrumentos de medición

La evaluación se realizó mediante el instrumento, del programa SICALIDAD, el cual está constituido por los siguientes puntos, nombre de la unidad, servicio evaluado y fecha, así mismo, contiene turno, género, clave de enfermería y número de expediente y se encuentra conformado por ocho preguntas, las cuales se contestan de manera dicotómica, para su evaluación fueron capturadas en el programa SPSS Ver. 22, con un valor de 0 a la respuesta negativa y 1 a las respuestas afirmativas.

Consideraciones éticas

Esta investigación cumplió con el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, en base al título segundo, capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, empleando los siguientes artículos (reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014) Artículo 17, Artículo 21, Artículo 22.

Resultados

Los registros clínicos evaluados urgencias 25.2% ($n=26$), oncología 38.8% ($n=40$) e Infectología 35.9% ($n=37$). El turno con mayor evaluación de hojas de registro clínicos de enfermería fue el turno nocturno con 36.9% hojas evaluadas, el vespertino con 30.1%, el matutino con 20.4% y la guardia especial con 12.5%, el 33% ($n=34$) de las hojas de enfermería son rellenas por enfermeras técnicas, el 28.1% ($n=29$) por auxiliar de enfermería, el 24.2% ($n=25$) por licenciada en enfermería, el 3.8% ($n=4$) por enfermera especialista y el 10.6% ($n=11$) no describió su tipo de clave de enfermería.

A continuación, se presentan las frecuencias y porcentajes del indicador

Variable	Sí		No	
	f	%	f	%
Cuenta con los datos de identificación de la persona	103	100	0	0
Datos objetivos de la persona	103	100	0	0
Documenta el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones	85	82.5	18	17.4
Plan de intervenciones	99	96.1	4	3.9
Describen en la nota de continuidad la evolución del tratamiento de intervenciones	32	31.1	71	68.9
Documentan los registros clínicos y notas de enfermería observando la continuidad por día y turno	62	60.1	41	39.8
Documenta las acciones orientadas a detectar los factores de riesgo	97	94.2	6	5.8
Documenta en la nota de egreso el plan de alta	55	53.4	48	46.6

Evaluación del indicador de registros clínicos de enfermería

En el análisis descriptivo del indicador de registros clínicos de enfermería SICALIDAD, se observó que califica con baja calidad 75% ($n=78$), nivel de calidad media 17.5% y con buena calidad 6.8% ($n=7$).

Áreas de oportunidad para la mejora continua instrumento SICALIDAD

Como resultado de la evaluación del indicador de registros clínicos, se identificaron las siguientes áreas de oportunidad, para la mejora continua de la documentación en los registros clínicos de enfermería: continuidad del cuidado, con datos de evolución al tratamiento de las intervenciones de enfermería con el 31.07 (32), continuidad del cuidado por turno y día con el 60.19% (62); así como la nota del plan de alta 21.36% (22).

Hallazgos en la evaluación de la calidad del sistema (SICALIDAD): los registros clínicos mostraron que la identificación de los pacientes se encuentra registrada en un 100%, mientras que en estudios previos Mateo, 2014 encontró que solo el 92% cumple con la identificación correcta del paciente, así mismo Méndez, 2001 reportó cumplimiento en identificación del 62.3%, pero más alarmante Gutiérrez, 2004 con un 3.3% en UCI, 12.2% en cuidados medios y un 10% en cuidados intermedios. Los datos objetivos se reportaron en un 100% siendo esto un resultado muy favorable, pero Mateo, 2014 en su estudio de

notas de enfermería solo reportó un 92%. En los registros clínicos de enfermería se encontró que 82.5% de las enfermeras documentan el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones, solo un 17.5% no lo documenta, en estudios previos de Méndez, 2001 reportó un resultado negativo del 99.8%, es decir no se presenta una documentación de aspectos psicológicos y el plan de intervención.

El plan de intervenciones fue registrado en un 96.1%, mientras que solo el 3.9% no lo realizó, en el estudio de Gutiérrez, 2004. Sin embargo, también se encontraron resultados desfavorables por Mateo, 2014 con 33% de registros del plan de intervenciones.

En los hallazgos encontrados cumplen la descripción de la nota de continuidad, evolución y tratamiento de intervenciones 68.9%. En contraste, Gutiérrez, 2004, reportó que 100% de sus registros clínicos de enfermería, cumplen los criterios; lo que sustenta, la forma precisa de documentar la continuidad del cuidado en los enlaces de turnos, entre servicios y fuera de la institución. Así como la evolución y tratamiento de las intervenciones, codificando la evolución del paciente ya sea con su estado de salud y los cambios de las intervenciones planificadas. Uno de los hallazgos encontrados en las investigaciones, es la documentación de los registros clínicos de la continuidad por día, en 60.2%, congruente con lo reportado por Méndez, 2001 con un 51.6% de registro, sin embargo, Gutiérrez, 2004, encontró que en cuidados intermedios el 100% cumple con los criterios. Una posible explicación es que cuando las enfermeras tienen un índice enfermero paciente menor, es más factible documentar estos datos. Otra posible explicación es que la codificación de este criterio de calidad debe estar explícito en el registro, y debe permitir su documentación fácil y práctica.

Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de SICALIDAD, se demuestra que medio a excelente y en los rubros documenta en los registros clínicos los datos de identificación de la persona, documenta en la hoja de registro clínico, datos objetivos de la persona, describe en la nota de enfermería de ingreso del paciente el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones, registra el plan de intervenciones y documenta en la nota de enfermería las acciones orientadas a detectar factores de riesgo, presentaron buen cumplimiento. De igual manera se demostró que existe una calidad insuficiente de los registros en los siguientes rubros, describe en la nota de continuidad de enfermería, los datos de la evolución al tratamiento de intervenciones de enfermería y en documenta, los registros clínicos y notas de enfermería observando continuidad por día y por turno. Así mismo se encontró una calidad deficiente en el rubro "documenta", en la nota de egreso de la persona el plan de alta.

Bibliografía

1. Domic, S. Importancia de los registros de enfermería. Medwave. 2004; 4 (4): e2793. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>
 2. Estrella, C. R. B., & Aparicio, M. L. S. (2011). Factores personales e institucionales relacionados a la calidad de las anotaciones de enfermería, en el servicio de cirugía del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, abril-junio, 2011. Revista Científica de Ciencias de la Salud, 4(1), 45-49. Disponible en https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/155
- Gobierno Nacional. (2015). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
3. Gutiérrez, M. (2004). Evaluación de los sistemas de registros en la atención de enfermería unidad de neonatología hospital clínico regional Valdivia (Doctoral dissertation, Tesis de Pregrado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile).
 4. Mateo, A. (2014). Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional De Mazatenango, Suchitépéquez, Agosto A Octubre 2014. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

5. Méndez-López, M. D. L. P., Castañeda, M. A. M., Calixto, G. M., Nuñez, M. R. R., Gonzaga, V. S., & del Carmen Jiménez, M. (2001). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista mexicana de enfermería Cardiológica*, 9(1-4), 11-17. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>
6. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2002). *Fundamentos de enfermería* (5ta Ed). Mosby.66-87, 512-535.
7. Ruiz, A. (2006). Calidad de los registros de enfermería en enfermería cardiovascular. Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. Recuperado de [http://www.saludycuidados/No, 7](http://www.saludycuidados/No,7).
8. Santiago, M. T., Grajales, R. A. Z., & Miranda, R. M. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería universitaria*, 8(1), 17-25. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111c.pdf>

Capítulo 40: Marketing social: Una propuesta para el abordaje de la promoción de la salud en la práctica del psicólogo

Sara Esther Castillo Ortega¹, Juan Pablo Sánchez Domínguez¹
Shiray González Pérez¹ y Merari Cristel Poso Osorio¹

Introducción

Desde hace varios años hay en boga un término fundamental que se comparte al interior de las distintas áreas que conforman las Ciencias de la Salud que es importante recuperar como política pública en el país: la “Promoción de la Salud”. Los antecedentes más claros a la actual promoción de la salud se inicia con Henry Sinergist quien fue pionero en utilizar este término para referirse a las acciones que se basaban en la educación sanitaria y las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida. La conferencia internacional de Atención Primaria de Salud realizada en 1978 en Alma-Ata fue el primer escenario internacional donde se planteó la urgente necesidad de que todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad mundial, realizaran acciones para promover y proteger la salud de la población (Gob, 2012). Posteriormente, la Carta de Ottawa (1986) establece que la promoción de la salud consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó, desde 1999, que la función de un *promotor de salud* es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (Gob, 2012). Partiendo de la necesidad de implementar cambios en los hospitales, con el objetivo de facilitar el intercambio de ideas y programas, constituyó en 1990 una *Red de Hospitales Promotores de Salud*. Los dos pilares sobre los que basó la idea fueron la Carta de Ottawa trazada en torno a la promoción de la salud y la declaración de Budapest basada en Hospitales Promotores de Salud en 1991 (OMS,1998). Los principios básicos de los Hospitales Promotores de Salud quedaron reflejados en las recomendaciones de Viena, aprobadas en 1997.

La Promoción de la Salud

La promoción de la salud, obliga a pensar en la multidisciplinariedad, que posibilita la articulación directa con otros espacios de conocimiento y la generación de nuevas formas de intervención, ante las distintas eventualidades que se presentan en las poblaciones. No obstante, lo amplio de su concepción también ha propiciado que su discurso generalmente pretenda cumplir con indicadores, metas y objetivos sociopolíticos vigentes, por ejemplo, impartición de pláticas comunitarias, alcanzar mayor bienestar con equidad social y mejoras en su calidad de vida sin modificar las condiciones socioeconómicas que posibilitarían esos resultados como una realidad tangible y no solo como una utopía. El objetivo es mirar de manera crítica a países, que aun con desavenencias económicas críticas, han podido sostenerse con muy buenos resultados en materia de salud como es el caso de Cuba, por ejemplo. Por tanto, la solución en términos de salud pública, no es homologar las particularidades de los sistemas políticos-económicos y salutogénicos de otros países (Yáñez, 2014), sino comprender su intersubjetividad. Por tanto, es menester, entender las particularidades y las implicaciones que tiene cada uno de estos sistemas, al interior de la articulación del discurso político-médico, con el binomio salud- enfermedad como proceso social e intersubjetivo. Elaborar cuestionamientos de los sistemas sanitarios de los países desarrollados y en vías de desarrollo, es relevante en el tema de la promoción y prevención de la salud, en

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

tanto que las políticas que se implementen en el orden social invariablemente dependen directamente de los gobiernos que las sustenten y sus acordes sistemas económicos que las generan. De ahí también dependen las mentalidades que las forjen y el apoyo económico que se brinde a los mismos, ya sea como recursos en infraestructura o de atención primaria.

Promoción de la salud y la formación de psicólogos

La relevancia que ha cobrado en la actualidad, el papel del promotor de salud en las sociedades, ha propiciado que el sistema educativo mexicano haya incorporado a los programas de estudios, especialidades en promotor de la salud e inclusive la licenciatura en promotor de la salud. La función del psicólogo como *promotor de salud* radica en resignificar el papel de la enfermedad y nuestra propia corporalidad en tiempos posmodernos, que con discursos cada vez más imperativos y generalizados, atentan con dejar sin sentido la propia práctica profesional. La época actual se caracteriza por la pérdida de sentido, que posibilita ordenar el mundo en que vivimos, haciendo imperante el discurso oficial de igualdad para todos, pero la evidente existencia de contradicciones, lo vuelve imposible y caótico. Puede parecer tan banal ser un promotor de salud, que incluso se ofrece formar promotores vía internet, como si sólo se tratara de seguir instrucciones desconociendo las particularidades de la población donde se va a incidir. Dicho lo anterior, ¿Cuál es la responsabilidad social en salud que tenemos como psicólogos, ante la promoción de la salud, en un campo tan inconsistente como lo es el área de ciencias de la salud, cuyo discurso médico, corona las prácticas de las demás disciplinas que lo integran y que constantemente intenta romper con la historicidad que caracteriza a los sujetos que enferman? Los tiempos actuales, presentan matices heterogéneos que traen consigo una base constante, pero peligrosa a la vez, las “modas”, que hacen que el sujeto formado para atender las demandas de la sociedad, en lugar de analizarlas se sumerja en ellas. Lo mismo sucede con respecto al análisis de las políticas públicas en el país, como formadores de futuros profesionistas en el área de la salud, constantemente criticamos a los sistemas de salud públicos en México pero los discursos al interior de las aulas, giran en torno a repetir las mismas políticas que sustentan nuestro ineficaz sistema y no en el análisis crítico que contribuya a mejorar sus insuficiencias y las políticas que lo sostienen.

Es alarmante que se considere que un promotor de salud es algo que cualquiera puede hacer, empero, más preocupante, es el hecho de que se considere que ser promotor, es ser solo un difusor de información, incluso por los propios promotores de salud, en donde no se ha dimensionado con toda la complejidad social que se nos presentan diariamente, la exigencia de un compromiso mayor para con las comunidades y la población en general. Lo verdaderamente significativo de la labor de un promotor de salud, es saber mirar entre líneas problemáticas reales, es decir, redondear una situación real, al planear una estrategia de intervención; para esto, es necesario tener un pensamiento crítico y analítico que posibilite dimensionar los alcances y limitaciones de los planteamientos actuales o las nuevas propuestas que se generen. Es inevitable enfatizar que: “Promoción de la Salud, no es sinónimo de Educación para la Salud”, esta última pretende únicamente mantener informados a los ciudadanos sobre temas relacionados con su salud, para que posteriormente lo utilicen como base para su acción, mientras que la promoción pretende generar impactos también en otros ámbitos, organismos públicos, privados, o voluntarios para apoyar una causa común: la salud. (Gob, 2012).

Educar para la salud

Desde 1987, la OMS resaltó el valor de la educación, como proceso vital para capacitar a la población en el control y mejora de salud, es pertinente identificar que hay diferentes modelos de aproximación a la realidad y en este rubro impera el modelo sanitario que le da todo el poder al gobierno, de tomar cartas en el asunto sobre la salud de los ciudadanos, con la finalidad de dictarles lo que tienen que hacer, no obstante, existen modelos autónomos que invitan a sus ciudadanos, a decidir sobre sus propias prácticas saludables.

El Marketing Social y la Promoción de la Salud

De acuerdo con la Asociación Americana de Mercadotecnia (AAM), ésta consiste en: el proceso de planear y ejecutar la concepción, fijación de precios, promoción y la distribución de ideas, bienes y servicios, para crear intercambios que satisfagan los objetivos individuales y organizacionales” (AAM, 2010). A este respecto además de comercializar productos, se comercializan ideas y servicios que pueden beneficiar a los consumidores y es ahí donde surge la base del llamado Marketing Social. El Marketing Social o Mercadotecnia Social (M.S.) nace en 1971, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman, notaron que los mismos principios que se usan para vender productos tangibles, se pueden usar para “vender” ideas, actitudes y comportamientos. Su propio creador define a la Mercadotecnia Social como: “el uso de principios y técnicas de mercadotecnia, para influenciar a la audiencia a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad” (Kotler, 2004). Principios básicamente conductistas o si se quiere ver de manera más compleja, cognitivo- conductuales.

Tiempo después Andersen (1995), señaló que la Mercadotecnia Social, consistía en la aplicación de las tecnologías de la mercadotecnia comercial para el análisis, planeación, ejecución y evaluación de los programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la audiencia meta, tratando de mejorar su bienestar personal y el de su comunidad. (Siegel, 2004). Dicho esto, la M.S. va más allá del diseño y realización de una campaña publicitaria, eso es parte integral de ello pero no lo único. Esta inicia desde la creación de un plan con estrategias, que permita crear conciencia sobre algo, con la finalidad de lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario. En específico desde el campo de la salud lo que se pretende lograr es la instauración de prácticas más saludables en la comunidad y por ello se dirige hacia las personas que desean o necesitan cambiar o mejorar un comportamiento que ponga en riesgo su calidad de vida, bienestar y seguridad individual o colectiva e intentan influenciarlas para aceptar, adoptar, modificar o abandonar una conducta determinada. A últimas fechas, hemos sido partícipes de diferentes concursos televisivos, que pretenden cambiar a la población en sujetos que bajen de peso o que consuman alimentos más saludables; sin embargo, siempre atendemos el inicio de esos programas pero raras ocasiones vemos el final de cada uno de ellos. Este tipo de transmisiones proliferaron desde el 2008 por cadena nacional y se han mantenido vigentes, contrariamente proponemos que el establecimiento de hábitos saludables que la promoción de la salud procura y la evitación de conductas de riesgo no se producen de la noche a la mañana en los sujetos, prometiéndoles modificaciones inmediatas a su realidad, sino, incorporando al sujeto en su propio proceso de formación de prácticas más saludables.

Objetivo.

Discutir y proponer desde la perspectiva del *Marketing social* la práctica del psicólogo como promotor de la salud.

Método. Descriptivo

El presente trabajo propone la posibilidad de analizar metodológicamente mediante el constructo teórico de Representaciones Sociales [R-S] (Moscovici, 1973) la promoción de la salud como experiencia subjetiva, coincidiendo para este propósito con la propuesta de Castro (2002) de realizar una lectura de la salud- enfermedad, como proceso social, articulando la experiencia subjetiva del objeto que se estudia. Es decir incluir fenómenos relacionados con la cultura de los individuos tales como la religión, creando con ello un puente de análisis entre lo social y lo subjetivo. Lo cual consideramos pilar de incorporar al tema del *Marketing Social* en la promoción de la salud. En palabras de Moscovici una representación social, es aquello que no solo “... representa simples ‘opiniones acerca de’ o ‘actitudes hacia’, sino ‘teorías’, ‘ramas del conocimiento’ por derecho propio, para el descubrimiento y organización de [su] realidad” (1973). Medularmente, la idea es recuperar todo el contenido, que se encuentra implícito, en los diferentes discursos que sostienen esas representaciones, es decir los discursos médico, científico, jurídico, religioso, político, entre otros. Planteaba que el lazo con el objeto es parte del vínculo social.

Toda representación, reestructura la realidad para permitir una integración de las características del objeto, con las experiencias del sujeto y su sistema de normas. Esto le permite al sujeto, otorgar sentido a sus conductas a partir de una visión funcional del mundo. Es por esto que la representación no es un reflejo de la realidad, sino una organización significativa, en tanto expresa, el proceso en el que un sujeto o grupo reconstruye la realidad que enfrenta atribuyéndole una significación específica. (Jodelet, 2000). Herzlich y Pierret (1985, 1987) intentan dar cabida, a la importancia de la historia en los enfermos y su propia experiencia subjetiva ante la enfermedad. La finalidad es, abandonar posturas que entorpezcan la comprensión de la enfermedad en lo social, debido a que anulan constantemente al enfermo. Con el concepto de representación social de salud, se pretende entender, la compleja elaboración psicológica que hay implícita en la experiencia subjetiva de cada enfermo (Herzlich, 1973), lo cual le da un significado y sentido a la enfermedad, que en la actualidad, se ha querido generalizar como “trastornos o nuevas enfermedades” por la única razón de querer agruparlos como tendencias sociales actuales, que se quedan únicamente a nivel de imitación tipo teoría del reflejo. El análisis de las representaciones sociales, constituye una herramienta de aproximación a los pensamientos e ideas de los sujetos y por lo tanto a aspectos vinculados a la subjetividad de los actores participantes en las acciones de salud.

Propuesta formativa en estudiantes de Psicología

Se retoma el cuestionamiento fundamental de esta reflexión, mencionando cuál es generalmente, la posición en México en torno a la salud y nuestro compromiso como promotores de salud. Se parte del punto de considerar los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad, como expresión de un sistema de creencias, permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona, para afrontar una patología o para preservar su salud y no para juzgarlos o criticarlos.

Resultados

La propuesta es analizar la experiencia subjetiva de los sujetos frente a la enfermedad, con relación a las consecuencias prácticas que genera, es decir, a los comportamientos diferenciales que surgen de ella. Se reafirma el interés que conlleva la identificación de los aspectos culturales que subyacen en el sujeto, eliminando la concepción trivial que el *eslogan* de promoción de la salud, ha facilitado bajo la idea de que alguien que no acude con un médico es simplemente por ignorancia; comprometiendo así el trabajo del promotor, a ser un mero transmisor de información, sobre los mejores tips de cómo cuidar su salud, en contraparte, se evidencia que el profundizar y comprometerse éticamente con el término de Promoción de la Salud, posibilitaría no anular al sujeto que se presenta enfermo y que culturalmente puede darse cuenta, de qué es lo que le acontece en su entorno social e individual. Por tanto, se sostiene que todo aquello que un sujeto realiza en lo cotidiano, es un “habitus” Bourdieu (1990), entendiendo este, como una acción evidentemente significativa al interior de sus propias prácticas culturales, que caracterizan su lugar en la sociedad y le da sentido a su actuar individual. De acuerdo con Laino (2006), el habitus está fuertemente marcado por las denominadas huellas mnémicas que serían las responsables de matizar las experiencias de vida de cada sujeto, al igual que los propios esquemas cognitivos que diferenciarían los modos de pensar, actuar y de ser en el orden singular respecto a los significantes y construcción de sentido propio. Desde el “Marketing Social” queremos hacer énfasis a ir más allá de la concepción de organismo como cliente- consumidor y reiteramos la importancia de caracterizar a cada paciente como sujeto pensante que es capaz de decidir sobre su propia vida a partir de la concepción que tenga sobre su propio cuerpo, es decir:

...las relaciones entre el ser y el cuerpo, serán siempre problemáticas, a diferencia de lo que ocurre con los animales quienes pueden ser uno con él. (Oleaga, 2013).

Se pretende implicarse en la promoción de la salud, ratificando un compromiso que dé cabida a todas aquellas prácticas que incluyan al enfermo como sujeto y que no lo anulen bajo ninguna circunstancia,

subjetivamente hablando. Dentro del campo de la salud impera dar cabida a quien aqueja de algo y establecer procesos de interlocución con sus malestares, es un trabajo arduo por realizar, en tanto que primero hay que identificar, cuál es la lógica de funcionamiento que impera en las instituciones de salud. Una vez identificado el discurso médico dominante es primordial caracterizarlo, dado que al igual que ha sucedido con el discurso educativo, el neoliberalismo y la globalización han traído la empresaria- lización de nuestras prácticas disciplinares y eso implica establecer modos muy pragmáticos de ejercer la profesión. La pertinencia e importancia de historiar las prácticas en el área de la salud, radica en el hecho de que los futuros psicólogos comprendan los modos contemporáneos de intervención, analicen las consecuencias de sus actos, incorporen el orden simbólico de las instituciones donde realizan sus prácticas profesionales, servicio social u otras actividades, con la finalidad de insertarse en espacios más amigables y pertinentes a su quehacer profesional, con la intención de producir cambios, si así se requiriera, en los modos de concebir a los pacientes y dar cabida a las representaciones sociales que les proporcionen para contextualizar la problemática que les aqueja. El énfasis radica en identificar procesos de subjetivación y apropiación de los propios modos de enfermar o sanar de los sujetos con quienes se relacionarán. Trabajando de esta manera se incide en eliminar las ideas de predisposición y destino, las cuales encontramos en los estudiantes de psicología en los primeros semestres de formación. Se trabaja en la idea de cuestionar sus propias creencias, en analizar sus argumentos, sostenerlos, en caso de ser necesario con una base teórica fuerte que los mantenga o los invite a abandonarlos por nuevos conceptos y lógicas de intervención.

Conclusiones

Resignificar la promoción de la salud, evoca inevitablemente, la resignificación de la práctica del psicólogo dentro de su propio campo de conocimiento, coadyuvar a otras disciplinas encaminadas al mismo fin, a cuidar y atender a los pacientes más allá de su dimensión física y corporal, para ello es necesario, tomar en cuenta la pluralidad de escenarios emergentes que conforman otros componentes de la realidad humana, es decir: los cognitivos, emocionales, sociales e interpersonales.

Bibliografía

1. Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: CRIM.
2. Jodelet, D. (2000). *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. Facultad de Psicología. UNAM.
3. Laino, D. (2006). Socialización y Subjetivación en los Fundamentos del Entendimiento. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. 26. Universidad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/27/index.htm>
4. Oleaga, M (2013) El cuerpo, el significante y el goce. Primera parte. 15 Recuperado de: <http://www.elp psicoanalitico.com.ar/num15/clinica-oleaga-cuerpo-significante-goce.php>
5. Siegel M., Doner L.; (2004) *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change*; Jones and Bartlett Publishers.

Capítulo 41: Mercadotecnia y las competencias del fisioterapeuta en el ámbito comunitario

Xóchitl Candelaria Canté Cuevas¹
Martha Patricia Kent Sulú¹

Introducción

La fisioterapia, fue definida como la ciencia del tratamiento a través de agentes físicos y ejercicios terapéuticos aplicados a pacientes, esta visión biomédica, es modificada en 1999 por la Confederación Mundial para la Fisioterapia (por sus siglas en inglés, WCPT), ampliando la visión de la actividad de este profesional, al integrar las disfunciones del movimiento, este campo problemático, no excluye el hecho de que se procure mantener o desarrollar la máxima funcionalidad de los sujetos que no presenten ninguna afección. Ejercer esta encomienda requiere abordar el concepto de competencia, siendo definida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014) como: Los conocimientos y destrezas, que incluye la habilidad para enfrentar demandas complejas, apoyándose y movilizand o destrezas y actitudes en un contexto particular.

La transición del profesional que aplica técnicas e instrumentos, a aquél que con una intervención metodológica lidera la atención de procesos de recuperación funcional, sin lugar a dudas ha sido vasta. Estas premisas son vitales para enfocar el tema de estudio y donde radica el discurso problémico. La misma profesión, por definición, se centra en fortalecer las competencias del ámbito de actuación clínico, minimizando el hecho de que se atiende a los colectivos, en el transcurrir de su ciclo de vida en distintas esferas incluidas la promoción y prevención.

Para Castro y Rodríguez (2015), el enfoque especializado ha limitado su actuación en los campos referidos, minimizando el avance en la intervención comunitaria, el rol clínico guarda una supremacía impregnándose de igual manera en la atención de colectivos, limitando la práctica profesional y reflejando escasamente la actuación de la disciplina desde esta área. Las competencias requeridas están dictadas internacionalmente; en México, la Asociación Mexicana de Fisioterapia (AMEFI), establece con puntualidad que el fisioterapeuta debe ser capaz de implementar estrategias de salud pública para la promoción y prevención de la salud a través del movimiento, sin embargo, la relevancia de este eje se disipa en el currículo, al carecer de contenidos, que permitan de manera efectiva trabajar en el comportamiento de las personas, reenfocar el concepto de enseñanza para un profesional de la salud, implica que se construya el valor del sujeto, visto como cliente digno de recibir lo mejor. De esta manera, se vuelve imprescindible, incorporar temas que permitan influenciar positivamente a los sujetos, para los cambios que beneficien el desarrollo personal y comunitario.

La mercadotécnica proporciona estos elementos, ya que, en su dimensión social, busca influenciar a la audiencia meta, para aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad (Kotler, 2004). Es de esperarse que conforme más fisioterapeutas egresen, se presente la saturación del campo clínico, generando la necesidad de reformular programas de estudio, para explotar áreas como la salud pública.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Objetivo

Analizar la relevancia de incorporar la mercadotecnia, en la formación de las competencias del fisioterapeuta en el ámbito comunitario.

Método

Revisión de tipo documental, teniendo como base los lineamientos de la Confederación Mundial de Fisioterapia, Asociación Americana de Terapia Física, y Asociación Mexicana de Fisioterapia.

Resultados

El campo problemático de la fisioterapia es el movimiento humano, en este sentido, las personas con discapacidad son uno de los grupos poblacionales que requieren de la actuación disciplinar (Gallego, 2007), siendo una minoría, la planificación de servicios de mayor cobertura, se considera como poco prioritario, sin embargo, debido a que cada día se incrementa la esperanza de vida, la tendencia es que este número crezca, requiriendo de los servicios especializados en salud y la reorientación de estrategias preventivas, enfocadas a los colectivos, para evitar y disminuir los problemas que afectan el movimiento, al sujeto y la interacción entre este binomio y comunidad.

Es de esta manera, que el discurso de lo que se debe hacer y lo que se plasma en el proceso educativo, genera que las competencias comunitarias no tengan un énfasis en su desarrollo, generando un distanciamiento para este nivel de atención. Las políticas de inclusión educativa, así como de no discriminación, exigen que no solo se desarrollen acciones para atender las necesidades y generar mayor participación de los grupos vulnerables, también radica en que se incorpore al fisioterapeuta, en las acciones de promoción de la salud, para la prevención de trastornos del movimiento. Es la carencia de estudios en el campo social de la fisioterapia, lo que empobrece la incorporación de elementos como el hogar, el empleo, actividades de tiempo libre, como parte de la intervención, más allá del proceso terapéutico centrado en agentes físicos y ejercicios, el entorno valorado como una arista terapéutica impulsa trabajar con la mayor cantidad de variables, para buscar esa calidad de vida tan referida como objetivo.

Implica que en el proceso de formación, se entrelace la teoría con la práctica clínica, incorporando elementos que formen al profesional, como un acompañante, que pondrá a disposición sus conocimientos al usuario, para el logro de metas efectuadas de manera bidireccional, esto es, ampliar la noción de que en la comunidad, la participación activa y asertiva del usuario es pieza clave para el éxito de cualquier intervención.

De esta manera, se precisa transitar de un currículo asistencial, por un facilitador de procesos, donde cada curso aterrice procedimientos, desde una perspectiva compatible en los ámbitos de la prevención y atención de la funcionalidad.

Concordando con Prieto (2004), se requiere procurar una transformación sanitarista, a una que se apodere del estudio del movimiento, desde un enfoque social y cultural. Combatir la aplicación del modelo epidemiológico, que proporciona bondades para intervenir con claridad en la enfermedad, pero no en la función, debido a que no aplica valor al contexto para proporcionar intervenciones efectivas.

La denominación de los cursos, que contribuyen a las competencias enfocadas a la intervención en comunidad son diversos, desde los que se vinculan con la práctica educativa, hasta los nucleares como promoción de la salud, atención primaria y rehabilitación basada en la comunidad. Teóricamente se plasma en discurso, que la formación del fisioterapeuta, requiere del abordaje de contenidos, que formen a un sujeto que sea líder, para guiar el empoderamiento de los sujetos, para minimizar el impacto de la discapacidad, sin embargo, el análisis se ubica sobre los pacientes y poco sobre las masas colectivas, es ahí donde los modelos que explican la función carecen del trabajo inter y transdisciplinario dentro y fuera de las aulas, requiriendo habilidades y saberes que los vuelvan competentes para el trabajo en

equipo. Se domina en teoría que las disfunciones del movimiento, impactan en todos los componentes de las personas que pasan por un proceso de alteración de la función, pero poco, se aborda al trabajar en equipos que aporten resoluciones sistémicas vinculadas al movimiento humano.

Por lo tanto, la competencia docente requiere ser fortalecida, pues en el ámbito comunitario, se requiere actuar en el comportamiento de los sujetos (OMS, 2012), es ahí donde la mercadotecnia, como asignatura, aporta y enriquece no únicamente la profesionalización, si no que contribuye a desarrollar habilidades para fomentar estilos de vida saludables y potenciar en las personas la participación y gestión de su propia salud, de esta manera, contribuye a desarrollar procesos para obtener la salud integral y la calidad de vida.

Un fisioterapeuta no requiere ser un docente, sino un profesional que tenga en su visión de intervención, los determinantes sociales como: la pobreza, marginación, medio ambiente, hambre, trabajo, entre otros, dichas variables inciden en comportamientos que repercuten en la salud e impactan en el trabajo clínico. El trazar objetivos terapéuticos, explicar sensaciones, patologías, maniobras, pronósticos, entre otros, requiere emplear un vocabulario adecuado a la población blanca, trazar metas que puedan ser evaluadas, planear e implementar intervenciones que no transmitan conocimientos si no que generen aprendizaje para la vida en los usuarios.

Con respecto a esto, la WCPT señala que el fisioterapeuta educa y proporciona consulta a los usuarios, el público en general, las organizaciones comunitarias, clubes y asociaciones en relación con los propósitos y beneficios de la profesión y su papel. Recordar que los sujetos con discapacidad, no son enfermos y que de igual manera su red de apoyo social requiere transformar su aproximación al fenómeno vivido, para desarrollar habilidades que les permitan mantener la salud y obtener el movimiento corporal óptimo.

Usualmente la intervención se desarrolla de manera individual más que en colectivo, empleando el uso de consejería personalizada aplicada en un tiempo reducido, así como medios impresos tales como folletos (Alexander et al. 2012), este material, aunque es útil no es el más efectivo, pues permite transmitir información que modifica el resultado global, pero no individual, sin referir que su efectividad es incierta. Las estrategias metodológicas han quedado circunscritas en áreas como la actividad física y el ámbito musculo esquelético, sabiendo que el campo de actuación es grande, este marco también es aplicado, a lo que se emplea para combatir todo lo que sea potencialmente dañino para el movimiento y la función.

El uso de las tecnologías de la información, así como estrategias diversas en las intervenciones educativas, deben ser señalados como herramientas relevantes, el goniómetro y otros aditamentos clínicos cumplen su función en la esfera física, luego entonces, las competencias para ser un comunicador eficaz deben ser puntualmente remarcadas a lo largo del currículo formativo.

Incorporar elementos de la mercadotecnia, para cimentar competencias que aborden una manera efectiva lo que la sociedad demanda, se vuelve un reto para los programas formativos, ya que no solo es otorgar una atención oportuna con principios éticos, si no el satisfacer bidireccionalmente las necesidades. La comunidad no responde si no ve nada valioso que obtener, es ahí, donde la profesión abre un gran bache en su actuación social, al indagar lo que la población, requiere con herramientas tradicionales poco efectivas, saber las demandas sanitarias, es una oportunidad provechosa para generar acciones que contribuyan a transformar el status quo; la respuesta debe ser algo que el fisioterapeuta añore conseguir, estableciendo canales que faciliten procesos de empoderamiento, a la par que se reciben beneficios como el enriquecer los dominios elementales en gestión, docencia e investigación.

La calidad del fisioterapeuta también reside en valorar aspectos como los deseos, expectativas, medios y valoraciones del paciente (Donabedian ,1984), en el momento en que este se ve como un cliente, se

busca su sensibilización para el aprovechamiento de los servicios con calidad. La interacción debe ir más allá del paciente y la familia, incorporar esto al entorno comunitario debe generar nuevas necesidades y competencias por obtener, impulsa a la capacitación en áreas que no se vinculan con el eje clínico. Pero solo desde una postura crítica y reflexiva, es que se establece que para formar parte de ese cambio positivo, que aborde y promueva la salud y el bienestar del movimiento humano, es necesario aplicarse en la congruencia de que el sujeto es más que un ente biológico, es un ser que expresa deseos y que en muchas ocasiones los mismos son gestados desde la perspectiva del entorno donde está inserto, si esto no es ajeno para otras disciplinas que ya están integrando a su currículo elementos de mercadotecnia, porqué obviarlo en algo, que también es aplicado de sujeto a sujeto.

Conclusiones

En el proceso formativo del fisioterapeuta, se debe encauzar a un análisis reflexivo en el que se aborde las aristas insanas en que vive la comunidad, avivar el trabajo comunitario, la actuación relevante y aportación única del fisioterapeuta. Incorporar en los programas de estudio, elementos de la mercadotecnia en su dimensión social, contribuye a empalmar las competencias clínicas, docentes y de gestión que permitan egresar a individuos que no solo sean educadores en el campo de la salud, si no innovadores en el proceso de acompañar a la población en el aprendizaje; profesionales que sepan trabajar en grupos transdisciplinarios, así como, capaces de evidenciar su aporte a través del conocimiento y la experiencia construida, animar a los colectivos para hacer cambios que incrementen la salud, a través del abordaje del movimiento funcional.

Bibliografía

1. Alexander, J., Bambury, E., Mendoza, A., Reynolds, J., Veronneau, R., Dean, E. (2012). Health education strategies used by physical therapists to promote behaviour change in people with lifestyle-related conditions: A systematic review. *Hong Kong Physiother J.*, 30:57-75.
2. Prieto, A. (2004). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la fisioterapia. *RevFac Medicina*, 52 (1), 62-74
3. Castro, L. E., Rodríguez, Y.L. (2015). Tendencias epistemológicas de las acciones de la salud pública. Una revisión desde la fisioterapia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33 (2): 239-251.
4. Gallego, T. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Madrid: McGraw Hill.
5. Kotler P., Roberto N., Lee N., *Social Marketing: Improving the Quality of Life*; 2da Edición (2004); SAGE Publications.

Capítulo 42: El Marketing Social una estrategia de prevención del síndrome de Burnout, en el personal profesional de enfermería que labora en un hospital de la ciudad de Bogotá

Elvis Mayron Villa Sandoval¹
Ximena García Ocampo¹

Introducción

Del síndrome de Burnout, se habla desde la década de los 70 y fue descrito como estrés emocional en el comportamiento laboral, así mismo, fue altamente asociado a trabajadores de la salud (1) Actualmente el síndrome de Burnout se ha llegado a catalogar como un flagelo, de mal pronóstico, que se encuentra parcialmente oculto y que afecta a los profesionales y técnicos del área de la salud, a los pacientes y a sus familiares (2) y se conoce que la sintomatología y los efectos adversos, afectan directamente la salud y el desempeño laboral de las personas que padecen dicho síndrome, estos son evidentes cuando se conoce la existencia de dicha patología y siempre llevan a la notable disminución de la calidad de vida y desempeño general. El agotamiento emocional lleva a cansancio físico, la despersonalización, disminuye la amabilidad y empatía al momento de entablar comunicación con los pacientes, al igual que deteriora la empatía, en las relaciones médico paciente y entre colegas y por último la falta de realización personal, desemboca en menor efectividad y calidad de trabajo (3). Por otro lado, a nivel general e institucional, se relaciona mala actitud durante el servicio, ausentismo, errores en la toma de decisiones, discusiones con colegas y pacientes (4) lo que se traduce en un ambiente laboral insano, que puede replicar dicho síndrome en los demás integrantes del equipo, además de deterioro en la calidad de la prestación del servicio de la salud.

Teniendo en cuenta, que ser trabajador del área de la salud, se considera un factor de riesgo para padecer del síndrome de Burnout, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo transversal, para determinar la prevalencia de dicho síndrome, en la población de enfermería profesional que labora en un hospital de la ciudad de Bogotá, para ello se utilizó como instrumento el Maslach Burnout Inventory (MBI) (5) en la población de estudio, quienes cumplían los criterios de inclusión, como tener un mínimo de seis meses laborando en dicha institución, que hayan firmado el consentimiento informado, para posteriormente analizar los datos obtenidos de las encuestas de quienes tengan diligencias en su totalidad en instrumento. Los resultados de esta investigación, brindan elementos que deben tenerse en cuenta, en el diseño de estrategias de marketing social, enfocados a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Objetivos

- Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, en el personal de enfermería profesional que labora en un hospital de la ciudad de Bogotá.
- Proponer estrategias de promoción y prevención para el bienestar del personal de enfermería susceptible al síndrome de Burnout.

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia

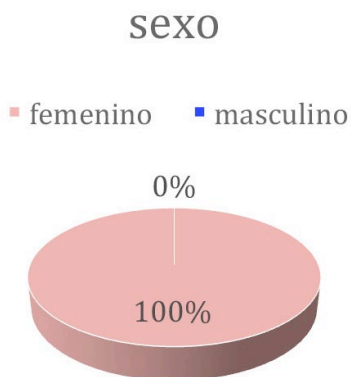
Método

La presente investigación es desde el enfoque cuantitativo, con un alcance de tipo descriptivo, el cual nos permite determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y las variables que lo componen como el agotamiento emocional, la sensación de baja realización personal y la despersonalización en la población de enfermeras profesionales que laboran en un hospital de la ciudad de Bogotá. Para este estudio se usó como estrategia más relevante de acceso a los datos, la encuesta y se tendrán en cuenta, todas las consideraciones éticas que competen para una investigación de estas características; la participación será voluntaria y todos aquellos que participen, tendrán que firmar un consentimiento informado y tendrán la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación, de la misma forma se mantendrá su identidad anónima.

El instrumento que se utilizará es el Maslach Burnout Inventory (IBM) diseñado por la psicóloga estadounidense Christina Maslach y colaboradores en 1981, el cuestionario consta de 22 preguntas, las cuales tienen 7 opciones de respuesta en escala de frecuencia y con la asignación de puntajes de 0 a 6 así (nunca - 0, algunas veces al año - 1, una vez al mes o menos - 2, algunas veces al mes - 3, una vez a la semana - 4, algunas veces a la semana - 5, todos los días - 6); el IBM ha sido avalado mundialmente para identificar la presencia del síndrome de Burnout, ya tiene gran dominio, al medir el contenido de las variables a evaluar, de acuerdo a lo anterior, se consideró como la herramienta apropiada para llevar a cabo nuestra investigación. Adicional a esto se añadirán preguntas sociodemográficas como edad, estado civil, y lugar de residencia, así mismo, ¿en qué servicio, en el que labora actualmente? ¿En qué turnos labora actualmente? Una vez recolectada toda la información, se procederá al realizar el análisis de datos utilizando el software SPSS.

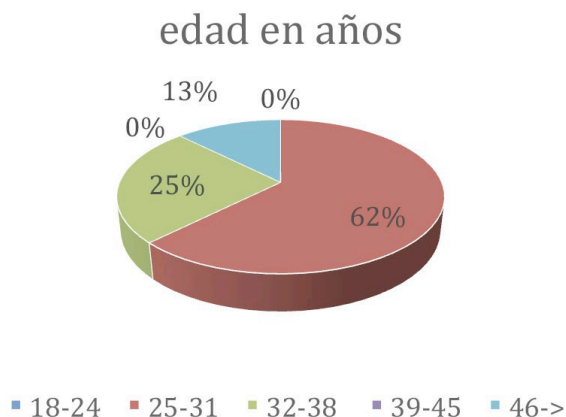
Resultados

El 100% de los encuestados son de género femenino como se muestra en el siguiente gráfico.



Fuente: elaboración propia, con datos de las encuestas

Dentro de los grupos etarios, la distribución porcentual se dio de la siguiente manera, como se evidencia en la siguiente gráfica.



Fuente: elaboración propia, con datos de las encuestas

Uno de los factores sociodemográficos que se tuvieron en cuenta fueron los años de experiencia y los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica.

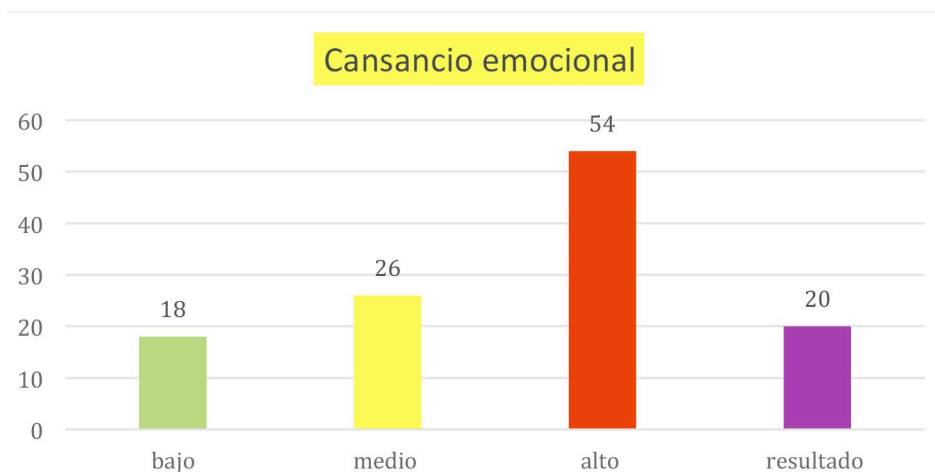


Fuente: elaboración propia, con datos de las encuestas

La clasificación del síndrome de Burnout, con respecto al instrumento utilizado, indica que cada una de las variables cuenta con tres mediciones entre bajo, medio y alto según la cantidad de puntos obtenidos al finalizar la encuesta.

Para el cansancio emocional, de las 22 preguntas, se dedican 9 de estas, para clasificar el nivel en el que se encuentran los sujetos de nuestro estudio, siendo bajo un puntaje entre 0 – 18, medio entre 19 – 26 y alto 27 y 54 puntos; para clasificar la despersonalización, contamos con 5 preguntas y clasificamos baja entre 0 – 5, media 6 – 9 y alta 10 – 30 puntos y las 8 preguntas restantes clasifican la realización personal baja entre 0 – 33, media 34 – 39 y alta 40 – 56 puntos.

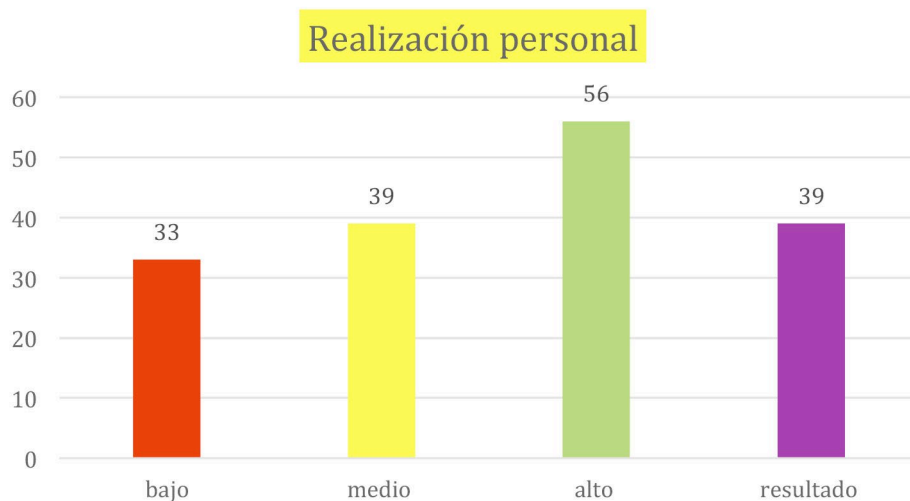
Al aplicar las encuestas a la población de estudio obtuvimos que el promedio general obtuvo 20 puntos en la clasificación de cansancio emocional, 6 puntos en la despersonalización y 39 puntos en la realización personal, como lo podemos ver en las siguientes gráficas.



Fuente: elaboración propia, con datos de las encuestas



Fuente elaboración propia con datos de las encuestas



Fuente: elaboración propia, con datos de las encuesta

Conclusiones

El síndrome de Burnout, se configura en un individuo, cuando se obtienen puntajes altos de cansancio emocional y despersonalización asociados con bajos puntajes de realización personal, sin embargo, las manifestaciones particulares y perjudiciales, que conlleva tener aisladas cada una de las variables o juntas, no esperan a tener niveles altos o bajos en el caso de la realización personal, y teniendo en cuenta que las tres variables en nuestro estudio, arrojan valores medios, que sugiere alto riesgo de padecer dicho síndrome, en caso de no ser intervenidas de forma eficaz, cada una de estas, llevando a sufrir las consecuencias descritas anteriormente, es de vital importancia, crear estrategias de mercadotecnia social dirigidas a promoción y prevención, como la creación de espacios extra laborales, en los que se utilizan los resultados obtenidos, para identificar factores asociados en casos particulares y/o generales, para hacer sensibilización alrededor de estos de forma dinámica y que involucren a todo los actores del entorno laboral, generando consciencia de las posibles manifestaciones y repercusiones de forma lúdica, lejos del ambiente donde naturalmente se desempeñan, el propósito de implementar las estrategias de marketing social, es lograr eficacia en la intervención de dicho síndrome, lo cual contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población en estudio y colateralmente en el entorno laboral y la prestación de sus servicios.

Bibliografía

1. Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
2. González Barón, M., Espinosa Arranz, E., Feliu Batle, J., Ordoñez Gallego, A., & Zamora Auñón, P. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer (pp. 1 - 7). Buenos Aires (Argentina): Editorial Médica Panamericana.
3. Golub, J., Johns, M., Weiss, P., Ramesh, A., & Ossoff, R. (2008). Burnout in Academic Faculty of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *The Laryngoscope*, 118(11), 1951-1956. doi: 10.1097/mlg.0b013e31818226e9
4. Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53-60. doi: 10.1080/08964289.1992.9935172
5. Maslach C, Jackson S. (1981) MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto. Ca: University of California, Consulting Psychologists Press,

Capítulo 43: Las estrategias de Marketing Social una opción para disminuir el síndrome de Burnout en estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño en Bogotá, 2019

Rooger Baker Portilla Zambrano¹
Ximena García Ocampo¹

Introducción

El síndrome de Burnout académico, actualmente es una condición prevalente entre los estudiantes universitarios teniendo cifras de entre 25 - 75% (Jawad F. y Hayat A, 2016).

Los estudiantes habrán tenido por lo menos un síntoma a lo largo de su carrera, estos van desde agotamiento, cinismo, hasta eficacia personal disminuida, dentro de los cuales, el estudiante puede llegar a ideación suicida, abuso de sustancias psicoactivas abuso de alcohol y abandono de la carrera, (Chunming et al., 2017), (Young, Fang, Golshan, Moutier y Zisook, 2012). Inicialmente, el síndrome de Burnout se estudió en la población trabajadora, sin embargo, en los últimos años, ha sido de interés, enfocarse a estudiantes y trabajadores que se encuentran asociados a carreras como lo pueden ser medicina, odontología, enfermería (Chunming et al., 2017), (Young, Fang, Golshan, Moutier y Zisook, 2012), se destacan los estudios realizados en países como China, España, Estados Unidos; en Colombia se destaca el estudio realizado en la ciudad de Cartagena (Montero. Marín et al., 2011).

Bogotá la capital de Colombia, se caracteriza por la variabilidad sociocultural, asociada a la disponibilidad de carreras como medicina; se hace evidente la necesidad de estudiar la prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes, que permita identificar los estilos de vida y que se puedan evaluar posibles factores de riesgo, lo que permitirá, abrir las puertas a futuros estudios que estén dispuestos a establecer estrategias de marketing social, para disminuir la deserción académica y mejorar las condiciones de vida de los estudiantes enfocados en factores modificables.

Objetivo

Establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño en la ciudad de Bogotá en el año 2019.

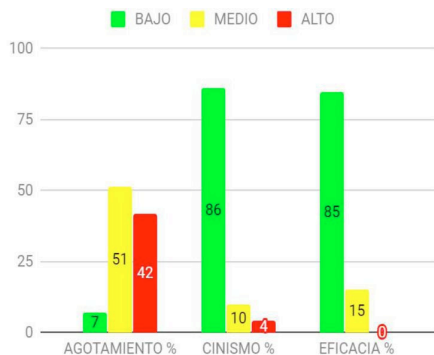
Método

Este es un estudio de enfoque cuantitativo transversal, de tipo exploratorio descriptivo para el cual se emplea el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) modificado para estudiantes, validado en Colombia (Caballero D. & Breso, 2015), De uso libre, se realizará una encuesta virtual, se incluirán a los estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño (UAN), Que deseen participar, expresando su autorización, por medio de un consentimiento informado, adjunto en el formulario, estos deberán cumplir los siguientes criterios, Encontrarse matriculados en el primer semestre del 2019 - 1 en la sede circunvalar de la Universidad Antonio Nariño, estar cursando la carrera de medicina, desde primer a décimo semestre (1-10) y que se encuentren viendo materias presenciales en las instalaciones de la Universidad, se excluyen a los estudiantes de internado. La participación será voluntaria y se mantendrán las identidades anónimas recordándoles que se podrán retirar en cualquier momento de la investigación.

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia

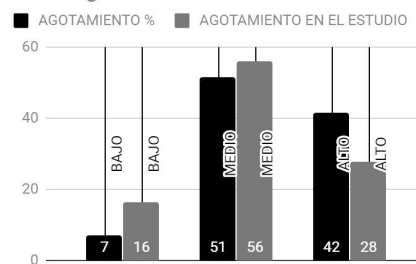
Resultados

Como se puede evidenciar en este estudio los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño - UAN tienen riesgo de presentar síndrome de Burnout, los datos se tomaron de encuestas de manera virtual realizadas en el mes de febrero, las dimensiones del síndrome se ven como agotamiento, el cual se evalúa con las preguntas (1,2,3,4,5), el cinismo que se evalúa con las preguntas (6,7,8,9), y baja eficacia que se evalúa con las preguntas (10,11,12,13,14,15), y se subdividen en el nivel de riesgo de acuerdo a los siguientes porcentajes (bajo= <25%, medio = 25-75%, alto = >75%), para lo cual se estipula el puntaje máximo de cada ítem y se determina mediante el porcentaje, los puntos requeridos para clasificar a cada sujeto, en cada uno de los ítems del Maslach Burnout Inventory, modificado para estudiantes, como se evidencia en la figura 1. los estudiantes de la UAN presentan altos niveles de agotamiento emocional, siendo para el mismo, medio 51%, alto 42 %, del total de estudiantes que participaron en la encuesta, para los niveles de cinismo, se hallan en riesgo medio 10% y en riesgo alto 4 %, para los niveles de baja eficacia o realización personal, medio de 15 % y alto del 0 %, resultados que llaman la atención, por el elevado porcentaje de estudiantes con agotamiento emocional, pero a su vez, los niveles reducidos de la baja eficacia o realización personal, en comparación con los resultados de Caballero en las figuras 2, 3 y 4, se comparan los resultados obtenidos el presente estudio y los resultados planteados en Validation of Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) in Colombian academic context (Caballero D. & Bresó, 2015), estos resultados son similares a los obtenidos por los estudiantes de la UAN, en el cual se resalta mayores niveles de agotamiento emocional: alto de un 42% frente a un 28% en el mismo ítem, los participantes se encuentran en rangos de edad desde los 17 hasta los 32 años, el 69% de los participantes son mujeres y el 31% son de sexo masculino, los semestres que se estudiaron van desde 1º. al 10º , teniendo mayores representantes del 10º , 5º y 2º con un 22%, 17%, y 14% respectivamente; la mayoría de los encuestados han cursado entre 1 - 5 años en la institución teniendo participación de algunos estudiantes que llevan más de 6 años en la misma, las materias que más generan estrés son: medicina legal y fisiología, resultado que se puede explicar, debido a la carga académica de estas materias; además, se pueden asociar los altos niveles de factores estresores que se encuentran en la ciudad, tales como, los trancones; como escape de los mismos, los estudiantes han optado por varias maneras de desestresarse, de los cuales, el 15% usan sustancias psicoactivas, 77% afirman fumar cigarrillo, el 48% de los encuestados consumen alcohol; el abuso de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco (cigarrillo), son un escape para los estudiantes, sin embargo el 42% de los estudiantes, muestran elegir otras opciones, como: hacer ejercicio (deporte, ejercicio, jugar futbol, gimnasio), actividades de ocio (salir a cine, jugar videojuegos), actividades recreativas (leer, etc.), los cuales demuestran tener menos niveles de agotamiento emocional, de acuerdo a los resultados obtenidos en este proyecto se puede ver la necesidad de implementar estrategias de Marketing Social para los estudiantes, las cuales pueden incluir actividades que incluyan ocio, deporte y recreación, abriendo espacios dentro de la misma universidad y creando eventos que permitan a los estudiantes, realizar las actividades que les gustan de manera más concurrente, sin disminuir la carga académica y realizar talleres que permitan a los estudiantes estudiar cómo repartir su tiempo entre las actividades de ocio y su labor como estudiantes.



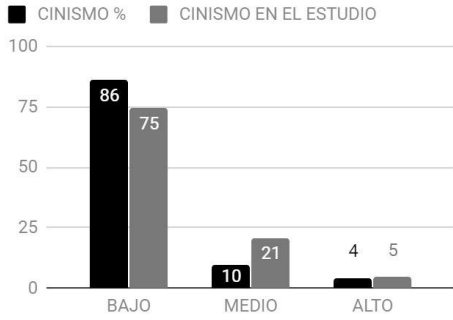
1

Comparación estudio vs proyecto de investigación.



2

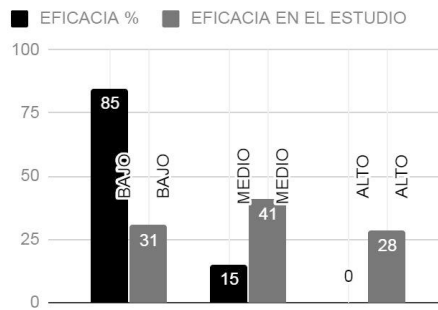
Comparación estudio vs proyecto de investigación.



3

Fuente: Elaboración Propia

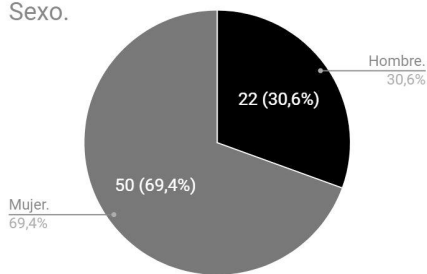
Comparación estudio vs proyecto de investigación.



4

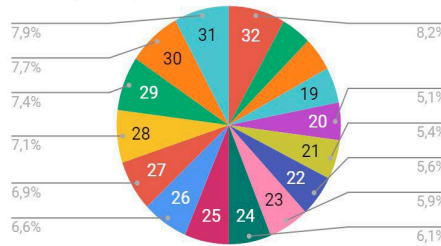
Fuente: Elaboración Propia

Sexo.



Fuente: Elaboración Propia

Edad (años).

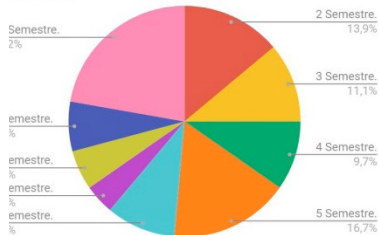


5

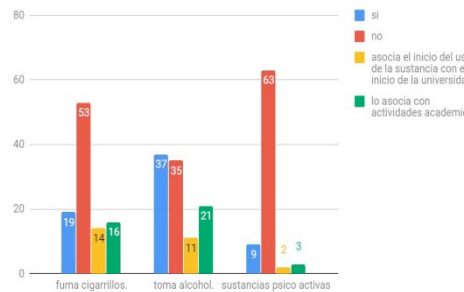
Fuente: Elaboración Propia

6

mestre.



Fuente: Elaboración Propia



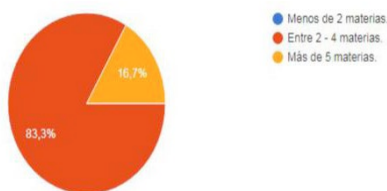
7

Fuente: Elaboración Propia

8

Cuántas materias me encuentro cursando actualmente.

72 respuestas

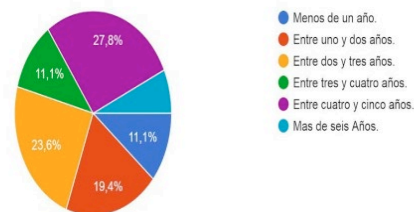


9

Fuente: Elaboración Propia

¿Cuántos años, llevo en la institución Antonio Nariño?

72 respuestas

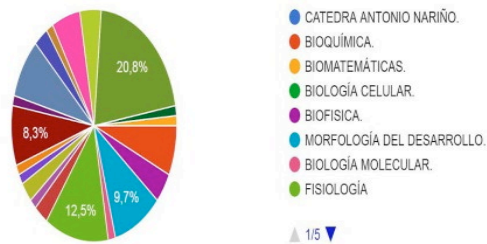


10

Fuente: Elaboración Propia

Que materia me genera mayor estrés.

72 respuestas

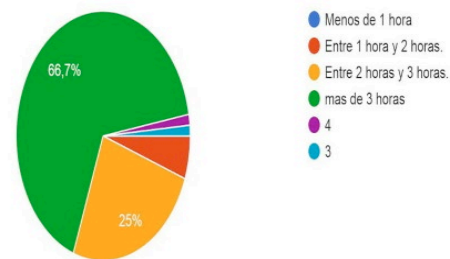


11

Fuente: Elaboración Propia

cuanto tiempo en horas le dedico a dormir por día.

72 respuestas



12

Fuente: Elaboración Propia

Conclusiones

Los resultados de este proyecto, permitieron establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño, obteniendo como resultado la alta incidencia de agotamiento emocional, se obtuvieron datos importantes acerca de los factores de riesgo que más prevalecen sobre los estudiantes, en los cuales prevalece el agotamiento, lo cual puede guiar a la Facultad de Medicina de la UAN para implementar estrategias de Marketing Social para reducir los niveles de agotamiento de los estudiantes, además de resaltar los efectos negativos del uso de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco, que resulta ser poco eficaz, dañino y adictivo para los mismos y resaltar las actividades de ocio, recreativas y deportivas que demuestran disminuir los niveles de agotamiento, esto nos lleva a evaluar la necesidad de iniciar métodos de intervención, que incluyan la apertura de eventos y actividades que puedan incluir a todos los estudiantes, teniendo en cuenta sus horarios, para no disminuir las actividades académicas, pero que permitan reducir el agotamiento, enseñar a distribuir el tiempo desde los primeros semestres y fomentar la prevención.

Bibliografía

1. Caballero D., C., & Bresó, E. (2015). Burnout in university students. *Psicología desde El Caribe*, 32-33, 89-108. Plantear estrategias que permitan a las directrices académicas, mejorar las condiciones del estudio de los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño, que permitan disminuir el estrés de los estudiantes.
2. Chunming, W., Harrison, R., MacIntyre, R., Travaglia, J., & Balasooriya, C. (2017). Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese Medical Schools. *BMC Medical Education*, 17.
3. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, Burnout and coping strategies in preclinical medical students. *North American Journal of Medical Sciences*. 2016; 8 (2): 75.
4. Montero-Marin, J., Monticelli, F., Casas, M., Roman, A., Tomas, I., Gili, M., & Garcia-Campayo, J. (2011). Burnout syndrome among dental students: a short version of the «Burnout Clinical Subtype Questionnaire» adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Education*, 11.
5. Young, C., Fang, D., Golshan, S., Moutier, C., & Zisook, S. (2012). Burnout in Premedical Undergraduate Students. *Academic Psychiatry*, 36.

Capítulo 44: Implementación de estrategias de mercadotecnia para mejorar el conocimiento y el proceso de la donación de órganos en estudiantes de medicina de la Universidad Antonio Nariño, Bogotá, Colombia

Laura Catalina Pedraza Rodríguez¹
Claudia Liliana Sánchez Camargo¹

Introducción

La donación de órganos es un acto altruista, voluntario y desinteresado realizado por cualquier persona, hay diferentes fuentes de obtención de un órgano y/o tejido que son: organogénesis, xenotrasplantes y el uso de tejidos de fetos humanos procedentes de abortos no inducidos (1); además el trasplante ha sido considerado un tratamiento definitivo de varias enfermedades que reducen o anulan la función de un órgano o tejido; tiene como finalidad favorecer el estado de salud y la calidad de vida de otra persona.

En Colombia, este acto es regido por la Ley 1805 del 2016 la cual establece que los deudos o familiares no podrán oponerse a dicho procedimiento (2). A la fecha, se desconoce el grado de conocimiento de esta ley junto con los procedimientos que se deben llevar a cabo para poder realizar el trasplante satisfactorio de cada órgano o tejido en los futuros profesionales de la salud, en este caso en estudiantes de medicina. Aunque se ha visto que en el 2018 hubo un aumento del 67 por ciento de personas que firmaron voluntades positivas para donar sus órganos en relación con el 2017 (3).

Según últimos datos reportados por el Instituto Nacional de Salud, en el 2018 hubo 404 donantes reales, es decir personas de la cual se extrajo al menos un órgano, esta cantidad representa el 7,5 por ciento menos que la cantidad de donantes reales que en el año 2017 en el cual se registraron 437 (3).

Se evidenció de igual manera; una caída del 15,5 por ciento frente al total de órganos trasplantados del 2017 al 2018, en el cual se vieron 1110 y 1315 respectivamente; de esos 1110 órganos 829 fueron riñón, 208 hígado, 56 corazón y 17 pulmones. Aún permanecen 2,822 personas en lista de espera de un órgano para mejorar sus condiciones de salud, siendo el riñón el más esperado (2.595 pacientes necesitan uno), seguido del hígado (168), el corazón (22), el pulmón (35) el intestino (2).

El Instituto Nacional de Salud señala que las cifras han caído debido a nudos técnicos y metodológicos en las cadenas de donación, la falta de notificación de posibles donantes, desde los servicios de urgencia a la Red Nacional de Trasplantes, equipos de rescate con problemas operacionales y personal médico con poca capacitación frente al tema (4).

De otra parte se destaca la actitud no favorable del personal de salud de áreas de donación y trasplante (unidad de cuidados intensivos, emergencia y especialidades donde se realizan los mismos) es un obstáculo para el incremento de donación de órganos, adicionalmente de esto se han encontrado factores que limitan el proceso como son: dudas de la honorabilidad y ética médica, desconocimiento del significado de muerte cerebral y una imagen negativa del personal de salud sobre el mismo tema.

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia

Objetivo

Identificar el grado de conocimiento de los estudiantes de medicina de los semestres VIII – XII, sobre el proceso de la donación de órganos en Colombia y promover mediante estrategias de mercadotecnia en salud el empoderamiento de los futuros médicos para mejorar las tasas de donación en el país.

Método

Estudio descriptivo, de corte transversal. Instrumento: Encuesta. Las variables en el instrumento; incluyen datos socio demográficos, conocimiento de la normatividad vigente, las características para ser donante, el procedimiento para la selección y donación de órganos.

Resultados

Se encuestaron estudiantes de los semestres VIII a XII, del programa de medicina de la Universidad Antonio Nariño para determinar el grado de conocimiento y percepción sobre la donación de órganos.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, se identificaron los factores a trabajar, algunos ítems se relacionan con la importancia de la donación, sensibilizar, divulgar y generar conciencia en las personas, e indirectamente dar mejor calidad de vida a las personas con necesidad de trasplantes de órganos.

Se brindó información a los futuros médicos sobre diferentes procesos como: la identificación de un potencial donante, la evaluación del buen estado de órganos y tejidos, condiciones y tiempo de transporte de los órganos.

También, las condiciones que el donante debe cumplir como: diagnóstico y certificación de muerte encefálica (coma estructural irreversible, ausencia de reflejos del tronco encefálico, ausencia de respiración espontánea), estudios serológicos para validación del donante, pruebas específicas para validación de órganos, la tipificación del HLA (antígeno humano de histocompatibilidad) para estudio de compatibilidad donante-receptor.

Las estrategias usadas para este proyecto fueron: Diseño de material educativo, cursos virtuales con asistencia certificada, campañas de divulgación en la Facultad de medicina. Se tuvo en cuenta desde la mercadotecnia social el concepto de “LAS CUATRO C” (5):

1. Causa Social: considerándola como una actitud, donde se busca que la población realice una valoración positiva acerca de la donación de órganos y de la importancia para mejorar calidad de vida.
2. Costo: relacionado con el tiempo de sobrevivencia del paciente que recibirá la donación, el aumento de posibles donantes por el ejercicio médico y los intangibles al favorecer la donación, otro tipo de costos como el psicológico, minimizando los factores limitantes culturales y sociales de dicho proceso.
3. Canal: identificando los canales de distribución y respuesta masivos, que permitan que la población y los futuros médicos, tomen conciencia de la importancia de este tema y así poder lograr la transformación de una motivación en una acción. Donde tendrían acción los cursos virtuales con asistencia certificada o las campañas de divulgación en la Institución.
4. Comunicación: frente al déficit del proceso, mejorar la comunicación del médico y los posibles donantes, diseñar material educativo a la población general.

Conclusiones

La implementación de estrategias de mercadotecnia social para informar a los estudiantes de los últimos semestres de la facultad de medicina sobre la importancia de la donación de órganos, permitió alcanzar el objetivo que estos futuros médicos puedan identificar los donantes y dar el acompañamiento necesario a la familia.

Bibliografía

1. Aristizábal, Ana. Castrillón, Yuliana. Gil, Tatiana. Restrepo, David. Solano, Katherine. Guevara, Marcela. Torres, Karen. Cuenca, Santiago. Ortiz, Jhon. Echeverri, Gabriel J. (2014). Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: Guía de manejo y revisión de la literatura. *Rev. Colomb Cir.* 2017; 32:128-45 <https://doi.org/10.30944/20117582.17>.
2. Calderón Ruiz, P. G., & Nieto Medina, A. G. (2015). Plan de marketing social para promover la donación de órganos y tejidos a través de la Fundación Pro Sonrisa–Semillas de Esperanza en la ciudad de Quito (Bachelor's thesis).
3. Instituto Nacional De Salud, Dirección Redes En Salud Pública Subdirección Red Nacional de Trasplantes y Bancos de Sangre Coordinación Nacional Red Donación y Trasplantes- Informe Ejecutivo Red de Donación y Trasplantes Colombia Año 2017.
4. Chaparro, G. R. (2017). La presunción de órganos en Colombia: reflexiones para el debate. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(2), 92-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2178>
5. Lezama, M. A. P. S., & Ascencio, M. A. M. Retos de la mercadotecnia social en la donación de órganos: una aplicación de las 4 P's, en la estrategia de intervención.

Capítulo 45: Nivel de satisfacción profesional de los médicos de Bogotá – Colombia

Ximena García Ocampo¹

Maribel García¹, Claudia Sánchez Camargo¹, Juan Nicolás Peña¹

Introducción

En 2013 Peña, Delgado, Lucena y Morales (1) indican que para medir la satisfacción de profesionales en medicina se requiere una visión multidimensional que incluya la evaluación de las necesidades de alto nivel, tales como la estima y la autorrealización, que son las que permiten desarrollar todo el potencial de las personas para realizar su trabajo.

El cuestionario para la medida de la satisfacción profesional 4CornerSAT, desarrollado por Lepnurm et al. Citados por (Peña, Delgado, Lucena y Morales, 2013) consiste en una escala multidimensional que incluye necesidades de alto nivel, está validado y es aplicable en diferentes especialidades médicas.

Carrillo, Martínez, Gómez y Meseguer (3) indican la importancia de la satisfacción laboral en los servicios de salud y las consecuencias que de ello se derivan, como son el aumento de la calidad asistencial de los servicios que prestan y la satisfacción de los usuarios. En esta línea se encuentran afirmaciones como las de Bravo (citado por (3) “...en los servicios de salud, la evaluación de la satisfacción laboral, está adquiriendo un creciente interés, ya que está relacionada con la satisfacción de los usuarios”. La satisfacción laboral adquiere una especial relevancia en las organizaciones de servicios tal y como manifiestan Peiró et al. Citado por (3): “La satisfacción laboral es un indicador del bienestar y la calidad de la vida laboral de los trabajadores. Su estudio es especialmente relevante en el ámbito de las organizaciones de servicios ya que influye en la calidad del servicio que presta”

Objetivo

Describir los niveles de satisfacción de los médicos de Bogotá – Colombia

Método

El Método de la presente investigación se planteó desde el enfoque cuantitativo en el cual se observó los niveles de satisfacción, para este estudio se usó como estrategia más relevante de acceso a los datos, la encuesta (2). El estudio de campo es de tipo exploratorio- descriptivo de corte transversal. Se informó a cada participante sobre el fin de la investigación. Se usó el cuestionario en español para la medida de la satisfacción profesional del personal médico 4cornetsat (1)

Participantes:

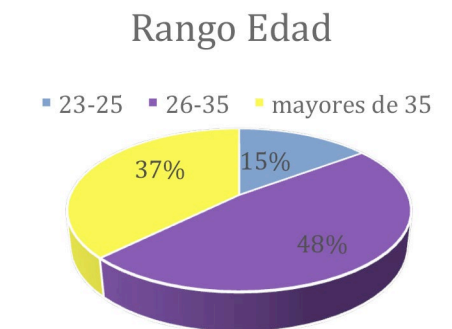
Para la realización del presente estudio se utilizó una muestra de conveniencia. La muestra de profesionales se seleccionó de forma no aleatoria, la participación de los mismos fue de forma voluntaria, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos, lo que es garante de la validez de las respuestas. Los cuestionarios se enviaron a través del correo electrónico, junto con una presentación exponiendo de forma general que se trataba de un estudio de satisfacción laboral.

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá. Colombia y Universidad De Saskatchewan - Canadá / Colombia

Resultados

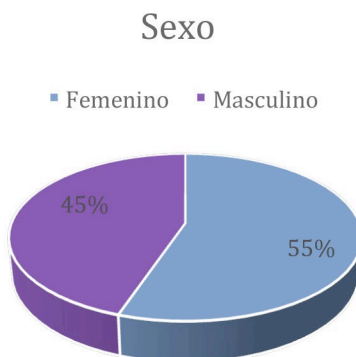
Inicialmente se describen las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, número de hijos y los sitios donde laboran; posteriormente, el nivel de satisfacción del personal médico, de esta investigación.

Los rangos de edades que se obtuvieron en el estudio fueron: el 48% de los encuestados tenían edades entre los 26 y 35 años, el 37% eran mayores de 35 años y el 15% estaban entre 23 y 25 años tal como se presenta en la siguiente gráfica:



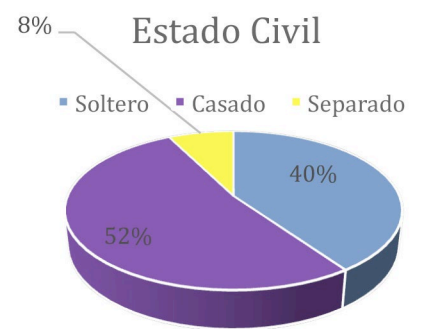
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al sexo el 55% de los encuestados eran mujeres y 45% hombres, como se presenta en la siguiente gráfica:



Fuente: Elaboración propia

La presente gráfica indica que el 52% de los encuestados son casados, el 40% solteros y el 8% separados.



Fuente: Elaboración propia

El 43% de los encuestados no tienen hijos, el 22% tienen un hijo, el 21% dos hijos y el 14% más de tres, como se presenta gráficamente a continuación:



Fuente: Elaboración propia

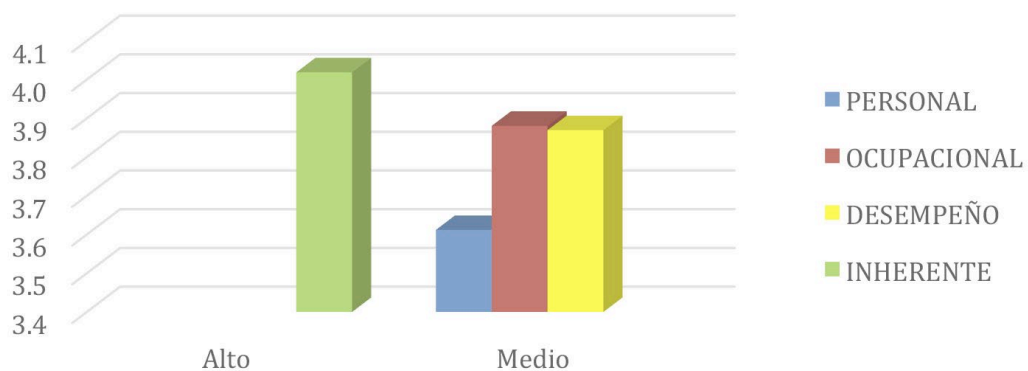
El 52% de los encuestados labora en un solo sitio, el 28% en dos, el 14% en tres y el 6% en más de cuatro como se presenta a continuación:



Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la aplicación del cuestionario 4cornetsat, indican que los médicos en la dimensión inherente tienen un alto desempeño, y en las dimensiones personal, ocupacional y desempeño es medio.

Niveles de Satisfacción de los médicos de Bogotá - Colombia



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Los niveles de satisfacción de los médicos de Bogotá Colombia se caracterizaron por ser alto en la dimensión inherente, esto indica que fue la dimensión más importante para los encuestados. Las dimensiones personales, ocupacionales y de desempeño de la satisfacción obtuvieron un nivel medio. Este tipo de estudios validan la teoría de recursos y capacidades, en la cual se indica, que el recurso humano es el más valioso para la organización, siendo aquel que genera ventaja competitiva sostenible, por ello, evaluar su satisfacción laboral es un factor apreciable, porque reconociendo las dimensiones de la medida de la satisfacción laboral, es posible determinar la forma en que los empleados alcanzan sus objetivos, así como las condiciones y factores que influyen en sus logros (4).

Finalmente, este estudio permite sugerir como acción directa, mantener un adecuado clima laboral en las organizaciones de salud, indirectamente, se fortalecerán los procesos de atención a los pacientes, que impactan en la calidad del servicio. Esto aunado, a que las instituciones diseñen e implemente programas de prevención y promoción relacionados con los niveles de satisfacción de los médicos, utilizando estrategias de marketing social, relacionadas con las dimensiones personal, de desempeño y ocupacional, es decir, definir actividades de trabajo en grupo e individual, usando estrategias como las de indoor y outdoor training(5) que fortalezcan el empoderamiento a nivel individual y grupal.

Bibliografía

1. Peña, J., Delgado, A., Lucena, J., & Morales, J. (2013). Adaptación y validación al español del cuestionario 4cornersat para la medida de la satisfacción profesional del personal médico de atención especializada. *RevEsp Salud Pública*, 87(2), 181–189.
2. Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Síntesis, Madrid; 1994.
3. Carrillo, C, Martínez, M, Gómez, C, Meseguer, M. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología* [Internet]. 2015; 31(2): 645-650. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16738685028>
4. Escobedo, M., Cuautle, L., Maynez, A., Estebané, V. Escala de Satisfacción Laboral a partir de factores socioculturales y ergoambientales para los docentes de las Instituciones de Educación Superior en México. *CiencTrab.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Feb 27] ; 16(51): 177-184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300009>.
5. Reinoso, M. ¿Outdoor o Indoor training? ventajas y desventajas [Internet]. [consultado: Enero de 2019]. Disponible en: <http://www.rrhhmagazine.com/articulos.asp?id=510>.

Capítulo 46: Marketing emocional en salud. El lado humano de la mercadotecnia

Shiray González Pérez¹, Merari Cristel Pozo Osorio¹
Sara Esther Castillo Ortega¹ y Juan Pablo Sánchez Domínguez¹

Introducción

El marketing emocional, es la disciplina del marketing, cuya estrategia tiene como objetivo principal, lograr un vínculo afectivo con los usuarios, clientes o clientes potenciales, logrando así que sientan su marca como algo propio. Para dejar más claro el concepto, solo es necesario recordar las campañas publicitarias de empresas como Coca Cola, en las cuales, lo menos que hacen es ofrecer su producto. Sus comerciales están dirigidos a despertar emociones, sobre todo felicidad, buscando asociar su marca y productos a esas emociones.

Como menciona Marc Gobé, en su libro *Branding emocional (1)*: “Las marcas tienen credibilidad y conexión emocional con sus clientes, una conexión que se puede palpar, que es sincera y se constata todos los días”.

Pero, ¿es posible pensar en utilizar esta estrategia de marketing por parte de profesionales de la salud?: En el área de la salud, al menos en México, dista mucho de hacer campañas en esa dirección.

Los profesionales de la salud ya sean médicos de cualquier especialidad, enfermeros, nutriólogos, fisioterapeutas, psicólogos y educadores físicos brindan un servicio, el cual debe ser promovido y difundido, para que las personas (consumidor, de acuerdo a la terminología de mercadotecnia) lo conozcan; sin embargo, a diferencia de ofrecer un producto, lo que ofrecen es un servicio dirigido a mejorar el estado de salud; situación que obliga a ser cuidadosos y respetuosos de la manera en cómo se promueven.

Por otro lado, debemos tener presentes, que la manera en como los consumidores de hoy en día, acceden a la información es diferente. Ahora tienen acceso a más información por medio de internet y que seguramente antes de asistir al especialista, ya buscaron en internet lo que (según ellos) necesitan. Por lo que se hace necesario generar y difundir información fundamentada, veraz y que realmente oriente y no desinforme, abriendo una gran oportunidad, de generar contenidos por parte de los profesionales de la salud, para darse a conocer, basándose en sus conocimientos y capacidad para transmitir confianza.

Por lo que esta propuesta, invita a los profesionales de la salud, a que consideren al marketing emocional, como una estrategia para llegar a sus usuarios, clientes o pacientes de una manera afectiva y no agresiva, brindando contenido de valor que informe y promueva el cuidado de la salud basándose en la ciencia. Sin dejar de considerar otros elementos como la empatía, el respeto y el cuidado, como factores de calidad del servicio de salud, desde la perspectiva del cliente, tal como lo mencionan Coddington y Moore, retomado por Losada y Rodríguez (2).

Objetivo

Identificar al marketing emocional, como una estrategia que genera confianza, para difundir contenido de valor relacionado con el cuidado de la salud, así como, para promover los servicios que ofrecen los profesionales de la salud, tanto públicos como privados.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Método

El ser humano es emocional, su vida está conformada por experiencias, recuerdos y emociones. Incluso la toma de decisiones está influida por las emociones. Basándose en esto es como surge el marketing emocional, ya que trata de impactar directamente en las emociones del usuario, mediante estrategias de comunicación, que transmiten valores donde los usuarios pueden identificarse.

Uno de los retos de esta ponencia, es adecuar e integrar las estrategias del marketing emocional, con las necesidades de los profesionistas de la salud para promover sus servicios, sin dejarlo en la parte fría y números de ventas de la mercadotecnia. Empezando por el uso de los conceptos, en marketing se dice cliente, al usuario de algún producto o servicio y en salud se denomina paciente. El común denominador en ambos casos, es que requieren de la atención a una necesidad, por parte de quien ofrece los servicios, en el caso que nos ocupa, profesionales de la salud.

Se expondrán algunas de las ventajas del marketing emocional (3):

- **Prescripción o recomendación:** Las campañas de marketing emocional, fortalecen la fidelidad con los usuarios y tienden a recomendar los servicios; tienen más impacto en nuestros clientes fidelizados, por tanto, ayuda a la recomendación, suelen ser campañas con mayor nivel de viralización y comentarios.
- **Mejorar la imagen de marca:** como profesionistas de la salud, nuestro nombre se convierte en la marca. Así que mientras más sensibles y humanos nos perciban, se construye una marca más personal.
- **Reforzar el vínculo con el cliente:** mediante estrategias que conecten con las emociones de los pacientes, transmitiendo en este caso el amor y valor a la vida y a la salud; por tanto el grado de identificación será mucho mayor.
- **Aumentar la satisfacción del cliente:** los servicios de un profesional de la salud, se buscan cuando existe algún malestar o enfermedad. Así que es un momento vulnerable para quien lo solicita; por lo que si el profesional de la salud además de tener conocimiento acerca de la enfermedad, disminuye o elimina los síntomas y/o la cura, brinda un buen servicio en cuanto a empatía, comunicación, trato y genera confianza, “la compra” se verá reforzada, lo que aumentará la satisfacción final. Lo cual significa que “la marca” da un alto valor añadido intangible que el cliente percibe.
 - **Aumenta el recuerdo del mensaje.** Si los mensajes que se transmiten conectan con el corazón de los clientes, éste permanece por más tiempo, mientras **más sensible o mayor grado** de conexión establezca, mayor será el recuerdo.

Se darán a conocer los 10 mandamientos del marketing emocional, según Marc Gobe y su aplicación en los profesionales de la salud (4):

- 1. De consumidores a personas:** los pacientes tienen una vida más allá de la enfermedad.
- 2. De producto a experiencia:** en el caso del área de la salud, donde se brindan servicios sobre el cuidado de la misma, la atención, la empatía y el trato que el médico brinde al paciente hacen de la visita médica una experiencia, **más allá de la** disminución de los síntomas o enfermedad, que permanece en la memoria emocional más allá de la necesidad.
- 3. De la honestidad a la confianza:** lo menos que esperamos de un profesional de la salud, es que realmente tenga conocimientos y esté preparado con su especialidad, eso sería honestidad; sin embargo, esto no garantiza que en la relación médico paciente, transmita la confianza que el paciente necesita para que regrese con él y siga el tratamiento prescrito.
- 4. De la calidad a la preferencia:** al igual que el punto anterior, por más preparado que se encuentre un profesional de la salud, no es suficiente para que los pacientes regresen. Se necesita conectar con el paciente para que decida regresar.

5. De la notoriedad a la aspiración: un objetivo importante en la mercadotecnia es darnos a conocer; a eso se refiere la notoriedad, sin embargo, por mucha publicidad que hagamos, sino logramos hacer “click” con los pacientes, no se verá reflejada en los consultorios.

6. De la identidad a la personalidad: en los profesionales de la salud, su nombre, generalmente es su marca, mientras más personalidad transmitas con tu marca, más posibilidades tienes de conectarte emocionalmente con los pacientes.

7. De la función al sentimiento: las marcas, los slogans, los logos deben transmitir experiencias sensoriales y emocionales, no solo deben ser funcionales.

8. De la ubicuidad a la presencia: invertir en publicidad para hacer presencia en diferentes medios, puede no dar resultados, si la marca no tiene presencia que genere algún impacto emocional.

9. De la comunicación al diálogo: no basta con comunicar información acerca de nuestros servicios y esperar a que les agrade a los pacientes. Actualmente, es necesario construir un diálogo con ellos, para identificar que necesitan y cómo cubrir esas necesidades. Las redes sociales permiten este diálogo directo con ellos.

10. Del servicio a la relación: Como se ha mencionado anteriormente, el servicio brindado por el profesional de la salud, no es suficiente para garantizar la fidelidad del paciente. Es necesario establecer una adecuada relación médico-paciente para lograrlo.

Se explicarán los pasos para estrategias de marketing emocional:

1. Segmentar el mercado: como cualquier estrategia de marketing es necesario estudiar el target y definir al buyer personal.
2. Elegir un valor, sentimiento y emoción que se quiera transmitir: buscando aquel que coincida con tus valores y que identifiques que no ha sido satisfecho por la competencia.
3. Aplicar valor en la estrategia de comunicación: definiendo lo que se quiera difundir y promover, debe ser acorde a los 2 pasos anteriores.
4. Comprobar la efectividad de la campaña de marketing emocional.

Ahora bien, para lograr realizar adecuadas estrategias de marketing emocional, es necesario comprender que es el marketing de contenido, ya que nos permite identificar lo que el cliente necesita, decidir cómo mostrárselo, a través de los medios necesarios. El objetivo final es identificar cómo cubrir las necesidades de nuestros clientes, refiriéndonos en el sector salud a nuestros pacientes.

Resultados

Dar a conocer el marketing emocional, como una alternativa para que profesionales de la salud difundan información relacionada con su especialidad, así como los servicios que ofrecen de una manera, que generen confianza con sus pacientes, transmitiendo emociones relacionadas con el cuidado de su salud.

Conclusiones

El marketing dentro del área de los profesionales de la salud, tiene sus particularidades. Los profesionales de la salud, también tienen la necesidad de promover sus servicios, con la característica principal que de manera general, sus nombres se convierten en sus propias marcas. Por lo que se hace necesario, cuidar tanto las formas como el contenido de lo que se promueve. Por lo que se propone al marketing emocional, como una opción para la promoción de los profesionales de la salud, ya que permite generar contenido de valor, de una manera cercana a los pacientes, para generar la confianza necesaria y promover el cuidado de la salud, al mismo tiempo que se pretende la fidelidad de los pacientes, tanto en el sector público como privado.

Bibliografía

1. Gobe, Marc. Branding emocional. Editorial Divine Egg. 2007 ISBN 978-8493393151
2. Losada Otálora, M, Rodríguez Orejuela, A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuadernos de Administración [Internet]. 2007; 20 (34):237-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>
3. Cadavid Gómez, HD. MARKETING DE EMOCIONES. La forma para lograr fidelidad de los clientes. Semestre Económico [Internet]. 2004;7(13):203-211. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165013657008>
4. Cornejo Navarro, Alberto. Los 10 mandamientos del marketing emocional. Internet. Consultado el 12 de febrero 2019. Disponible en: <https://mba.americaeconomia.com/sites/mba.americaeconomia.com/files/losdiezmandamientosdelbrandingemocional.pdf>

Capítulo 47: Congruencia formativa en estudiantes de la cultura física con respecto a su estado nutricional

Juana Patricia Acuña Lara¹, Ángel Esteban Torres Zapata¹
Olga Chalim Solís Cardouwer¹, Patricia Flores López¹
María de los Ángeles Dorantes Pérez¹

Introducción

La Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), adscrita a la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), se encuentra ubicada en el sureste de la República Mexicana, es una Institución con reconocimiento en el área de la salud, que aplica un Modelo Educativo centrado en el aprendizaje del alumno, ofreciendo programas educativos de nivel licenciatura flexibles, evaluados y acreditados por organismos externos, con carácter tutorial, que permite la formación de profesionales competentes.

Actualmente, la FCS ofrece 6 licenciaturas: enfermería, nutrición, psicología, fisioterapia, medicina y educación física y deporte; esta última, tiene como objetivo, egresar un profesional formado en las ciencias que sustentan la educación física, el entrenamiento deportivo, la recreación y el ejercicio físico, identificado con la cultura de la salud, proactivo, emprendedor, con elevado sentido ético de la profesión y poseedor de competencias que le permitan transformar el entorno en que se desenvuelve y contribuir al mantenimiento del medio ambiente y al desarrollo de las personas(1).

Algunos autores, señalan que la profesión no sólo proporciona un conjunto de conocimientos técnicos, ya que a partir de la formación profesional, se van intencionando esquemas mentales que conforman un *habitus* profesional y, por ende, una manera particular de relacionarse con el mundo; señalan que cualquier profesión u oficio, conduce a que se conforme un *habitus* propio de la profesión y, que dicho *habitus*, esté constituido por un conjunto de técnicas, referencias, creencias, que se constituyen en estructuras y esquemas mentales, que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas (2).

La congruencia formativa, se reconoce como la relación lógica y coherente que se establece entre dos cosas; una es el compromiso personal, la base sobre la que se apoyará el futuro profesionista y la otra es el sentido de identidad, que expresa una relación entre una cosa y la otra.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 (ENSANUT), siete de cada diez adultos (prevalencia combinada de 72.5%), presentan exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Siendo actualmente, uno de los retos más importantes en Salud Pública, debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo sobre la salud de quien la padece (3). La intervención de profesionales de la actividad física, como parte de un equipo multidisciplinario, resulta fundamental, sin embargo, algunos de éstos profesionales, luchan contra su propio sobrepeso u obesidad, restando credibilidad y confianza ante sus clientes.

Objetivo

Determinar la congruencia formativa con respecto al estado nutricional de los estudiantes de Cultura Física, lo que permitirá proponer estrategias de intervención para los estudiantes que lo necesiten y que al finalizar sus estudios exista congruencia con la formación profesional elegida.

¹ Universidad Autónoma del Carmen. México

Método

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental transversal; se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC), porcentaje de grasa y perímetro de cintura y cadera, para valorar el estado nutricional. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. La muestra fue no probabilística, incluyéndose a la totalidad de estudiantes de nuevo ingreso de la generación 2018.

La valoración nutricional se realizó de acuerdo a una agenda; en la cita programada se llevó a cabo la recolección de los datos, que se integraron en un expediente nutricional, en donde se registraron datos personales y datos antropométricos.

La información respecto a la evaluación antropométrica, se registró en la cédula de evaluación del estado nutricional (FO-FCS-LEEN-01) del Laboratorio de Evaluación del Estado Nutricional (LEEN), que pertenece a la FCS. Los datos fueron recolectados por el personal responsable de dicho laboratorio, conforme a la norma estandarizada por la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK) Nivel 1, con los equipos y materiales con que cuenta el LEEN.

El perímetro de la cintura y cadera se obtuvo con una cinta métrica metálica (marca: Lufkin), con capacidad de 200 cm de la NOM-043-SSA2-2012 (4). A partir de las mediciones de cintura y cadera se consideró el Índice Cintura-Cadera (ICC).

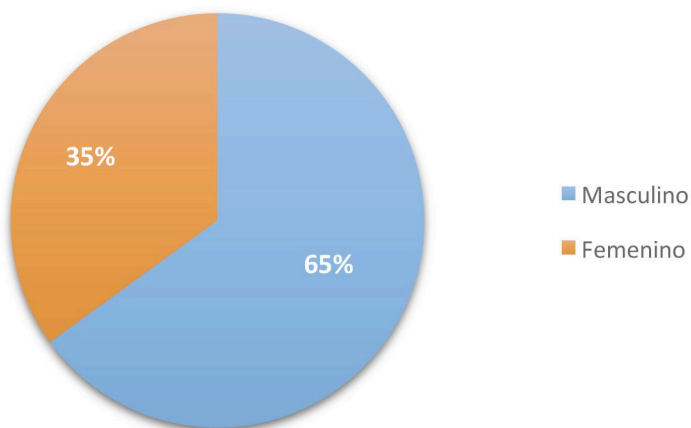
El IMC se determinó a partir del peso y la talla, e interpretó de acuerdo a la clasificación: peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad de la NOM-008-SSA3-2017 (5).

El porcentaje de grasa se obtuvo mediante Bioimpedancia Eléctrica (BIA) tetrapolar de 8 electrodos táctiles, con un rango de frecuencia 5, 50, 250 kHz; marca JAWON MEDICAL (modelo IOI 353).

Resultados

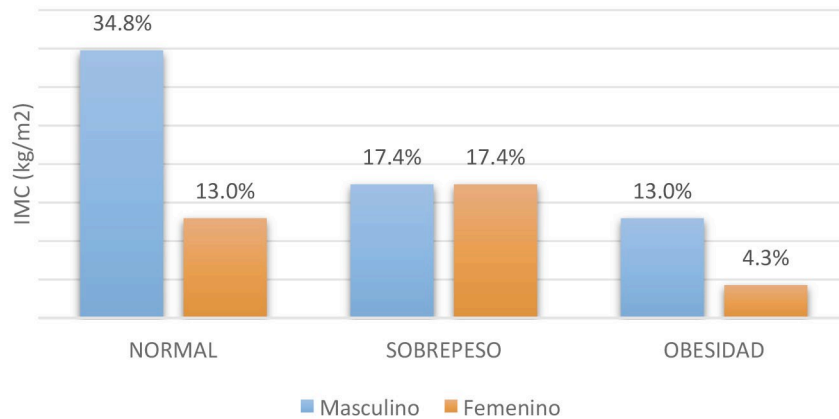
Se evaluaron a 23 estudiantes del programa educativo de Licenciatura en Educación Física y Deporte (LEFYD), de los cuales el 65% (n=15), corresponden al género masculino y 35% (n=8) al género femenino (gráfica 1).

Gráfica 1. Género de la población



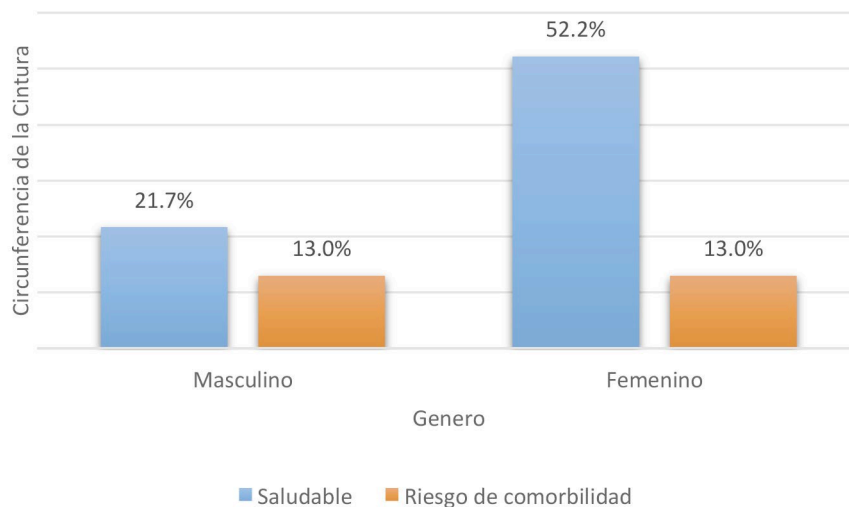
De acuerdo a la clasificación por IMC, el 47.8% presentó peso normal, 34.8% sobrepeso y el 17.4% con obesidad. En la gráfica 2, se observa el estado nutricional de acuerdo al IMC por género.

Gráfica 2. IMC por género



En relación a la circunferencia de cintura, el 26 % (13 % respectivamente para cada género), presentan una circunferencia por encima de los valores recomendados (<80 cm mujeres y <90 cm hombres), clasificándolos con riesgo a padecer enfermedades como diabetes mellitus 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular (gráfica 3).

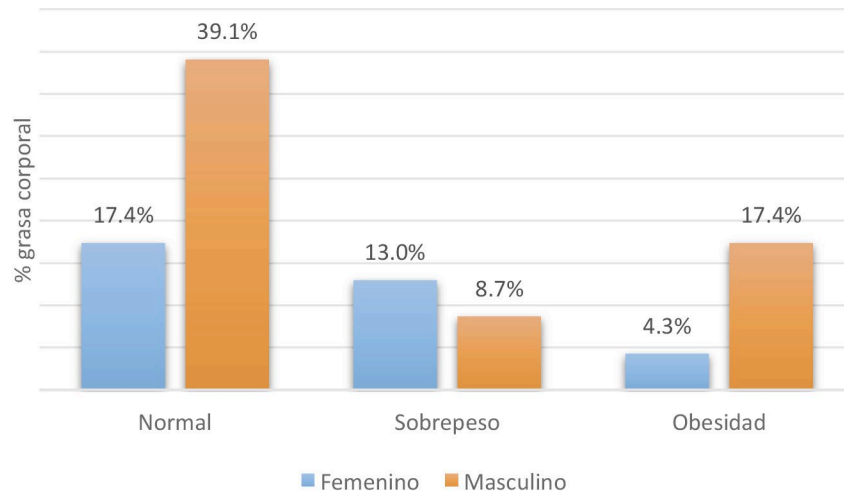
Gráfica 3. Circunferencia cintura por género



Respecto al Índice Cintura – Cadera (ICC), los resultados obtenidos fueron contundentes, dado que el 100% presenta distribución ginecoide, asociándose a un riesgo bajo de padecer enfermedades cardiovasculares e hipertensión, de acuerdo a la distribución de su grasa corporal (GC), sin embargo, existe riesgo de padecer complicaciones circulatorias, como várices y fatiga crónica, ya que la grasa del cuerpo se acumula en la parte inferior del cuerpo.

Respecto al porcentaje de GC, mediante BIA, en la gráfica 4, se puede observar que el 56.5 % presentó rangos normales, el 21.7 % se clasificó con sobrepeso y el 21.7 % con obesidad.

Gráfica 4. Porcentaje de Grasa corporal por género



Conclusiones

En la población estudiada predominantemente del género masculino (65 %); se observa que el 52 % del total, tiene un IMC que los clasifica con sobrepeso u obesidad, similar a la clasificación de acuerdo al porcentaje de GC, que sitúa al 40 % de los alumnos bajo esta caracterización; considerando la circunferencia de cintura, el 26 % presentan un riesgo a padecer enfermedades como diabetes *mellitus* 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular; los datos del ICC fueron contundentes, dado que el 100%, presenta distribución ginecoide, asociándose a un riesgo de padecer complicaciones circulatorias, como várices y fatiga crónica, ya que la grasa del cuerpo se acumula en la parte inferior.

Los datos analizados, permiten establecer que los sujetos de estudio carecen de salud nutricional, por tanto, no existe congruencia entre la formación profesional elegida respecto al estado nutricional en los sujetos de estudio, siendo un factor negativo en el posicionamiento profesional de éstos en el ámbito laboral; lo que hace necesario el análisis de los factores determinantes de esta condición en la población de estudio y posteriormente, proponer un programa de intervención para lograr tal congruencia.

Bibliografía

1. Universidad Autónoma del Carmen. UNACAR. [línea].; 2017. [citado el 21 de marzo 2019]. Recuperado de: <http://www.unacar.mx/ofertaeducativa2017/licenciatura.php>.
2. Romero Hernández EY, Castillo Hernández JL, Álvarez Ramírez MM. Proyecto de aplicación para promover la congruencia formativa en estudiantes de la licenciatura en nutrición con respecto a su estado nutricional y estilos de vida. *RevMed UV*. 2008; 8(2).
3. Shamah Levy T, Cuevas Nasu L, Rivera Dommarco J, Hernández Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
4. Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación; 21 de marzo 2019.
5. Norma Oficial Mexicana. NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: Diario Oficial de la Federación; 21 de marzo 2019.

Esta obra se terminó de editar el 14 de agosto de 2020, con una versión digital de 300 unidades, en la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR). Calle 56 No. 4 Esq. Avenida Concordia Col. Benito Juárez C.P. 24180 Cd. del Carmen, Campeche, México. El cuidado estuvo a cargo del Comité Editorial de la Universidad Autónoma del Carmen.

En su conceptualización más amplia, el empoderamiento hace referencia a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas que mejoren sus vidas. Es por tanto un concepto multidimensional y complejo, difícil de definir y con muchas matizaciones y diferentes escenarios de intervención.

La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que busca que las personas puedan controlar los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias.

El empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, y en el que marketing es indispensable como eje orientador del cambio comportamental salutogénico.

En este libro se abordan aspectos de empoderamiento individual al igual que del comunitario o colectivo que se nutren del marketing para el impacto positivo de la salud.