

ISSN 2227-4308

VOL. 1 N^o 3
NOVIEMBRE 2013



ACTA MÉDICA DE LA UNSA

REVISTA OFICIAL DE LA:
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional
de San Agustín de Arequipa

Arequipa - Perú

REVISTA OFICIAL DE LA:

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional
de San Agustín de Arequipa

ACTA MÉDICA DE LA UNSA

Cada volumen cuenta con 3 números publicados:
abril, agosto y diciembre, teniendo una periodicidad
cuatrimestral. Su distribución a nivel nacional es gratuita,
teniendo un tiraje de 500 ejemplares.

INTEGRANTES DEL CONSEJO DE FACULTAD: PERÍODO 2011 - 2014

Dr. Edgar Rivera Díaz Decano

Dr. Víctor Gamero Ramírez
Dr. Héctor Rondón Cardoso
Dra. Mercedes Neves Murillo
Dra. Dery Gamero Tejada
Dr. José Pastor Abarca
Dr. Manuel E. Chávez Velásquez
Dr. Hugo Paredes Núñez
Dr. Carlos Palacios Rosado
Dr. A. Rolando Núñez Valencia
Dr. Juan Aquino Puma

Alumnos

Sr. Josue Corrales Santos
Sr. Angel Vera Portilla
Srta. July Sánchez Neira
Sr. Juancarlo Cruz Cruz
Sr. Alvaro Quispe Zeballos
Sr. César Barreda Parra

COMITE EDITOR DE ACTA MÉDICA DE LA UNSA

Director - Editor

Prof. Dr. Héctor Rondón Cardoso
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Comité de Editores

Dra. Dunia Lozada-Quintanilla
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Dr. Juvenal Manrique Meza

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Dra. Maritza Chirinos Lazo

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Dr. Himmler Montes Cruz

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

SECRETARIAS

Dra. Blanca Mayorca Palomino
Secretaria Académica

Dr. Jorge Ballón Echegaray
Secretario Administrativo

Dr. Valdemar Medina Hoyos
Rector

Dr. Víctor Hugo Linares Huaco
Vice Rector Académico

Dra. Elisa Castañeda Huamán
Vice Rectora Administrativa

Dr. Hugo Rojas Flores
Presidente de la UDAA - Unidad de Autoevaluación y Acreditación

Dirección Postal

Prof. Dr. Héctor Rondón Cardoso
Teléfono: 51-54-233803 Anexo 24. Correo Electrónico: acta.medicadelaunsa@gmail.com
Unidad de Acreditación - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de San Agustín

Acta Médica de la UNSA es publicada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín con el fin de difundir y estimular la investigación en el campo de las ciencias de la salud, así como para compartir experiencias y los conocimientos de sus docentes. Se consideran para su publicación trabajos originales e inéditos pertinentes al campo experimental, clínico, quirúrgico y salud pública; realizado por sus docentes y estudiantes de pre y post grado y resindentado médico, así como de otras instituciones científicas nacionales e internacionales.

El Comité Editor se reservará el derecho de aceptación de los trabajos de acuerdo a la calidad de los mismos y a la disponibilidad de la revista, así como también modificar su forma y extensión o reducción del número de ilustraciones de ser necesario. Los trabajos recibidos son sometidos a revisión por pares, el Comité Editor podrá recurrir al arbitraje por expertos. El o los autores se comprometen a no someter el trabajo original a publicaciones en otras revistas con anterioridad a la comunicación oficial del Editor en relación a la publicación de su trabajo.

Los trabajos a publicar en el Acta Médica de la UNSA deben respetar las normas que se indican en las páginas finales en "Instrucciones para Autores".

Las opiniones y conclusiones vertidas en los trabajos publicados son exclusiva responsabilidad de los Autores. Cada volumen constará de tres números a publicarse en los meses de abril, agosto y diciembre, teniendo una periodicidad cuatrimestral. Su distribución es gratuita teniendo un tiraje de 500 ejemplares.

Diseño y Diagramación:
Publicitar
claufig@hotmail.com
Celular: 959382456

Impresión y Reproducción:
Imprenta **EL ALVA**

PRÓLOGO	5
TRABAJOS ORIGINALES	
Didáctica e Inteligencias Múltiples según Gardner en docentes y estudiantes de medicina de las Universidades UNSA, UCSM 2007. <i>Didactic and multiple intelligences in professors and students at Universities UNSA UCSM 2007, according to Gardner.</i> Marcela Silva Zevallos	7
Publicaciones Científicas de los Docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. <i>Teaching Scientific Publications of Medicine School of Universidad Nacional de San Agustín</i> Karla Manrique Hipólito, Guillermo Herrera-Chávez, Oscar Moreno-Loaiza	17
Propuesta de una Escala Abreviada para evaluar el desarrollo infantil (ESADI). <i>Proposing an Abbreviated Scale to assess child development (ESADI).</i> Aymé Barreda Parra, Edgar Durand Romero, Jenyffer Chambi Fernández	23
SALUD PÚBLICA	
Características Socio-Demográficas Asociadas a la Valoración Geriátrica Mental en Adultos Mayores Integrantes de Clubes del Ministerio de Salud de Arequipa 2010. <i>Sociodemographic characteristics associated with Mental Geriatric Evaluation in Elderly members of the Ministry of Health Clubs Arequipa. 2010.</i> Zeida Cáceres Cabana, Alberto Cáceres Huambo, María Jesús Noriega	29
Relación entre el Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral en los Médicos del Hospital III Yanahuara – EsSalud, Arequipa. <i>Relationship between organizational climate and job satisfaction perceived by the physicians at the Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa.</i> Miguel Manrique Zegarra, Sergio Valdivia Rojas	35
Rancidez de Aceites en Alimentos Preparados en tres kioscos del Área de Biomédicas de la UNSA-2011. <i>Rancidity of oils in prepared foods in three kiosks of the area biomedical of the UNSA-2011</i> Maritza Chirinos Lazo, Cender Quispe Juli, Eva Quispe Soria, Fredy Ramírez Corrales, José Ramos Olivera, Yeren Salhua Zúñiga, Eddy Sánchez Uruce, Paola Sancho Chuquipalla, Josué Soria Solís, Carlos Tairo Cerrón, Oscar Ticona Chino	41
MISCELÁNEAS	
Elogio a Don Julio Lopera Quiroga. José Luis Picoaga Chávez	47
Crisis de Valores. Dunia Lozada-Quintanilla	53
“Las Aventuras de Pinocho”. Analogía con la Profesión Médica: Parodiando a Pinocho. Jorge Lazo Vera	57
INSTRUCCIONES PARA AUTORES	61

Este proceso de acreditación Nacional, como Internacional, nos puso en la órbita de la mejora continua a través del Plan Operativo Anual (a corto plazo), el que es parte del Plan Integral de Desarrollo de la Facultad de Medicina (a largo plazo). Esto sirvió de estímulo, para el despertar del potencial operativo de los diferentes miembros de nuestra querida Facultad.

El Comité Editor a través de reconocida capacidad de acción, de su presidente y miembros correspondientes, nos entrega el número 3 del ACTA MÉDICA DE LA UNSA, la cual contiene artículos debidamente seleccionados y que contribuirán a los objetivos trazados de informar y estimular la investigación, de todos los miembros de nuestra plana docente y alumnos.

El Consejo de Facultad, el Decano y todos los miembros de la comunidad docente y administrativos, de nuestra querida Facultad nos sentimos muy orgullosos, por el extraordinario esfuerzo del Comité Editor, para la edición del presente número. Muchas gracias distinguidos colegas.

Dr. Edgar Rivera Díaz
Decano

Didáctica e inteligencias múltiples según Gardner en docentes y estudiantes de medicina de las Universidades UNSA, UCSM 2007.

Didactic and multiple intelligences in professors and students at Universities UNSA UCSM 2007, according to Gardner

Marcela Silva Zevallos¹

Resumen

Objetivos: Comparar la autoevaluación acerca del desarrollo de sus habilidades didácticas en docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín (UNSA) y Universidad Católica Santa María (UCSM). Y comparar la autoevaluación acerca del desarrollo de sus inteligencias múltiples en alumnos del sexto año de ambas universidades. Estudio observacional, prospectivo y transversal, participaron 192 alumnos; 115 de la UCSM y 77 de la UNSA. Se encuestaron a 49 docentes del sexto año: 30 de la UNSA y 19 de la UCSM. Resultados: los docentes de las Facultades de Medicina en su didáctica aplicada estimularon favorablemente el desarrollo de las inteligencias múltiples, muestran una conducta asertiva con los alumnos; predomina la enseñanza moderna en ambas universidades. En la descripción de los pilares de la educación: aprendizaje, didáctica y evaluación; los docentes practicaron en el aprendizaje: el aprender a conocer en la UCSM el 84,21 % y en la UNSA el 53,33 %; respecto a la didáctica: el aprender a ser el 73,68 % en ambas universidades; el aprender a hacer en la UCSM el 68,42 % y en la UNSA el 53,33 %; en aprender a convivir

Abstract

Objectives: To compare the self-evaluation of the development of didactic abilities of UNSA and UCSM professors. Compare the self-evaluation regarding the development of Multiple Intelligences of students and professors in the 6th year of Faculty of Medicine from National University of Saint Agustin (UNSA) and from Catholic University of Saint Mary (UCSM). Prospective transversal, comparative studio, in 192 medicine students, 115 from UCSM and 77 from UNSA. Also, 49 professors: 30 from UNSA and 19 from UCSM. Results: professors at both Faculties show in their teaching the favorable motivation towards their students development of their Multiple Intelligences, proving students assertiveness, being modern teaching the predominant method. When describing the mainstay of Education, we find; Learning, Didactic and Evaluation; the professor practices first the Learning: learn to know that at UCSM 84,21 % and at UNAS 53,33 %, regarding Didactic: learn to know that 73,68 % in both universities is to learn to do at UCSM 68,42 % and at UNSA 53,33 %; in learning how to coexist at UCSM 68,42 % and at UNSA el 53,33 %. Objectively evaluate the student at UCSM 94,74 % and

1. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias Medicina. Arequipa, Perú

Fecha de recepción: 20-11-2011
Fecha de aceptación: 15-07-2012

Correspondencia 

Marcela Silva Zevallos
Correo Electrónico: guadalupesz@hotmail.com Cel. 959694811

Marcela Silva Zevallos

en la UCSM el 68,42 % y en la UNSA el 53,33 %. Evaluaron al alumno en la UCSM en forma objetiva el 94,74 % y en la UNSA el 73,33 %. Los recursos didácticos más utilizados en UCSM fueron las experiencias prácticas y la pizarra, en la UNSA los audiovisuales, proyecciones o películas. En las dinámicas de grupo los docentes de la UCSM emplean los talleres prácticos y en la UNSA los seminarios. El docente desarrolla la inteligencia emocional en sus alumnos UCSM el 89,47 % y UNSA el 66,66 %. El educador en su sesión de enseñanza-aprendizaje estimula el desarrollo de las inteligencias múltiples en la UCSM la intrapersonal, lingüística e intrapersonal; en la UNSA la intrapersonal y corporal. En el inventario de las inteligencias múltiples los alumnos de la Facultad de Medicina de ambas universidades desarrollan la intrapersonal, lingüística, interpersonal, espacial y naturalista con predominio de la tendencia débil o normal en la UCSM, y fuerte tendencia o domina en la UNSA.

PALABRAS CLAVE:

Didáctica, inteligencias múltiples.

at UNSA el 73,33 %. The most used didactic means at UCSM were practical experiences and on the board, at UNSA audio visual aid, projections and movies. Regarding group dynamics, professors at UCSM apply practical work sessions and at UNSA seminars. The professor develops the emotional intelligence of his students, at UCSM 89, 47 % and at UNSA 66, 66 %. The educator in his Teaching Learning session, stimulates Multiple Intelligences development at UCSM the Intrapersonal, Linguistic ; at UNSA kinesthetic and Intrapersonal. In the inventory of Multiple Intelligences, students from the Faculty of Medicine of both universities, develop Intrapersonal, Linguistic, Interpersonal, Spatial and Naturalistic with mild or normal predominance at UCSM, and great tendency or dominance at UNSA.

KEYWORDS:

Didactic, multiple intelligences.

INTRODUCCIÓN

La misión de la educación es formar personas aptas para un mundo globalizado en continuo cambio, donde se requiere periódicamente reciclar, reconvertir o actualizar las habilidades profesionales. La educación juega un papel significativo en la sociedad peruana, ante la demanda de profesionales competentes. Dados los cambios didácticos en la pedagogía moderna es de suma importancia la preparación del docente a fin de motivar en los alumnos su inteligencia múltiple, dándoles diferentes estilos de aprendizaje; todos los seres humanos somos capaces de aprender de ocho modos diferentes según Gardner ⁽¹⁾: a través del lenguaje, el análisis lógico-matemático, de la representación espacial, del pensamiento musical, del uso del cuerpo para resolver problemas o hacer cosas, de una comprensión de los demás individuos y de una comprensión de nosotros mismos, a través de la observación de la naturaleza. Los individuos se diferencian en la intensidad de estas inteligencias, en las formas que recurre o las combina para llevar a cabo diferentes labores. El desarrollo de nuestras inteligencias es en diferente nivel y determinarán nuestras habilidades y destrezas para desarrollar

diversas actividades de la vida y en la profesión de los médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación, se realizó en las Facultades de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín (UNSA), y Universidad Católica Santa María (UCSM) de Arequipa en los meses de Octubre-Noviembre del 2007; se encuestaron a 192 alumnos de ambos sexos del sexto año 115 de la UCSM, 77 de la UNSA; y a 49 docentes nombrados y contratados (30 de la UNSA y 19 de la UCSM). El tipo de estudio fue observacional, prospectivo y transversal.

Los datos obtenidos fueron ordenados en tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentuales). Medidas de tendencia central como la Media Aritmética, mínimo y máximo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1, nos muestra que del total de docentes de la UCSM el 63,16% promovían el desarrollo favorable de las inteligencias múltiples en comparación con el 60% de los docentes de la UNSA, es importante resaltar que en ambas universidades todos

los docentes conocen las inteligencias múltiples, pero no las aplican en su totalidad podría ser por la tendencia a mantener la enseñanza tradicional. Los docentes deben manejar las Inteligencias Múltiples, para desarrollar las inteligencias de sus alumnos⁽²⁾.

Utilizaron la educación activo-participativa (tabla 2), en la UCSM el 94,74% y en la UNSA el 93,33%. Datos que se pueden corroborar mejor a través de un estudio

prospectivo^(3,6).

El comportamiento adoptado por los docentes frente a sus alumnos (tabla 3), fue el 100% asertivo en la UCSM; el 86,66% asertivo y el 6,67% agresivo en la UNSA. El profesor puede mostrar conducta agresiva por el stress que atraviesa debido a dificultades, tensiones, poca empatía y no tolerancia; o puede ser una actitud del maestro para aplicar los límites de corrección frente a discentes problema⁽⁴⁾.

Tabla 1

Distribución de los docentes participantes según estimulación del desarrollo de las inteligencias múltiples en los estudiantes de la facultad de medicina.

Inteligencias múltiples	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Conoce	7	36,84	12	40,00
Desarrolla Favorablemente	12	63,16	18	60,00
Total	19	100,00	30	100,00

Tabla 2

Distribución de los docentes participantes según tipo de educación que utiliza.

Tipo	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Activo-Participativo	18	94,74	28	93,33
Pasivo-Receptivo	0	0,00	1	3,33
Ninguna	1	5,26	1	3,33
Total	19	100,00	30	100,00

Tabla 3

Distribución de los docentes participantes según el tipo de comportamiento que adopta frente a los alumnos.

Tipo	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Asertivo	19	100,00	26	86,67
Pasivo	0	0,00	2	6,67
Agresivo	0	0,00	2	6,67
Total	19	100,00	30	100,00

Marcela Silva Zevallos

En La didáctica como uno de los pilares de la pedagogía según Derlos (tabla 4), los docentes de la UCSM practicaron el “aprender a conocer” el 84,21% y en la UNSA el 53,33%. Los maestros, transmiten los conocimientos; y evalúan la participación del alumno en seminarios, no

hacen reforzamiento del tema, solo efectúan el avance programado.

El segundo pilar de la pedagogía que es el aprendizaje (tabla 5) se encontró que en el aspecto de “aprender a ser” la frecuencia de practicarlo en ambos grupos de

Tabla 4

Distribución de los docentes participantes según la práctica de la didáctica como un pilar de la pedagogía.

Aprender a *Conocer	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Sí	16	84,21	16	53,33
No	3	15,79	14	46,67
Total	19	100,00	30	100,00

* Aprender a aprender, o saber.

Tabla 5

Distribución de los docentes participantes según la práctica del aprendizaje como un pilar de la pedagogía.

Aprendizaje	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
a) Aprender a ser				
Sí	14	73,68	22	73,33
No	5	26,32	8	26,67
Total	19	100,00	30	100,00
b) Aprender a hacer				
Sí	17	89,47	27	90,00
No	2	10,53	3	10,00
Total	19	100,00	30	100,00
c) Aprender a convivir				
Sí	13	68,42	16	53,33
No	6	31,58	14	46,67
Total	19	100,00	30	100,00

Tabla 6

Distribución de los docentes participantes según evaluación que practica como pilar de la pedagogía.

Evaluación	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
a) Objetiva				
Siempre	18	94,74	22	73,33
A veces	1	5,26	5	16,67
Nunca	0	0,00	3	10,00
Total	19	100,00	30	100,00

docentes fue muy similar (73,68% UCSM y 73,33% UNSA). En lo que es “aprender a hacer” fue del 89,47% en los docentes de la UCSM y del 90% en los de la UNSA. El 68,42 % de los docentes de la UCSM practicaron con sus alumnos el “aprender a convivir” y en la UNSA el 53,33%. Según el informe Derlos⁽⁵⁾; no solo se debe enseñar a los alumnos a aprender, sino también a buscar y a vincular informaciones, demostrando espíritu crítico, además el Saber hacer, ser, convivir y conocer⁽⁶⁾.

La tabla 6, nos muestra el tercer pilar de la pedagogía que es la evaluación; siendo el 94,74% objetiva en la UCSM y el 73,33% en la UNSA. El sentir y el pensar del docente

no debe interferir en una evaluación adecuada del alumno⁽⁶⁾.

En la técnica didáctica (tabla 7) los docentes de la UCSM utilizaban los talleres prácticos y los de la UNSA los seminarios. La creación de entornos cooperativos y solidarios en los hogares, escuelas, y las comunidades ha demostrado un efecto positivo en el bienestar social y psicológico de los estudiantes y conducen a un mayor aprovechamiento académico⁽⁷⁾. Al realizar el trabajo grupal según Vigotsky permite trabajar en la Zona de Desarrollo Próximo (ZPD) que es la brecha que existe entre lo que el alumno puede hacer sin ayuda, y lo que puede llegar a hacer con la ayuda de un

Tabla 7

Distribución de los docentes participantes según técnicas didácticas que utiliza.

Técnica	UCSM = 19		UNSA = 30	
	Nº	(%)	Nº	(%)
a) Talleres Prácticos				
Siempre	9	47,37	9	30,00
A veces	5	26,32	11	36,67
Nunca	5	26,32	10	33,33
b) Seminario				
Siempre	6	31,58	10	33,33
A veces	5	26,32	13	43,33
Nunca	8	42,11	7	23,33
c) Discusión Dirigida				
Siempre	7	36,84	6	20,00
A veces	5	26,32	12	40,00
Nunca	7	36,84	12	40,00
d) Panel				
Siempre	3	15,79	4	13,33
A veces	2	10,53	11	36,67
Nunca	14	73,68	15	50,00
e) Phillips 6/6				
Siempre	4	21,05	2	6,67
A veces	2	10,53	9	30,00
Nunca	13	68,42	19	63,33
f) Cuchicheo				
Siempre	0	0,00	3	10,00
A veces	0	0,00	6	20,00
Nunca	19	100,00	21	70,00
g) Exposición				
Siempre	1	5,26	1	3,33
A veces	3	15,79	4	13,33
Nunca	15	78,95	25	83,33

Marcela Silva Zevallos

compañero más hábil (o el maestro), lo cual representa el potencial por desarrollar e implica alentar siempre al estudiante a dar un poco más de sí, el aprendizaje colaborativo se da de una mejor forma cuando los estudiantes trabajan juntos, en pos de un objetivo común. Esta es una de las estrategias más utilizadas actualmente en los modelos educativos constructivistas, a lo cual debe apuntar nuestra educación ^(4,8).

Los recursos didácticos (tabla 8) utilizados con más frecuencia por los docentes de la UCSM fueron las experiencias prácticas y la pizarra; y los de la UNSA los medios audiovisuales seguidos de proyecciones y/o películas. Es muy importante el uso de materiales y/o medios educativos según los niveles del cono de la experiencia: desde

los símbolos verbales hasta las experiencias directas, para poder llegar a los alumnos⁽⁶⁾. El canal de información, facilita la comunicación interpersonal, el intercambio de ideas, materiales y el trabajo colaborativo. Al conocer acerca de estilo de enseñanza-aprendizaje y de las inteligencias individuales, no se podría insistir en que todos los estudiantes aprendan de la misma manera. Para un productivo manejo didáctico, debe tenerse presente la formas de Enseñanza-Aprendizaje y el nivel de retención o asimilación de Gunther Beyer; retenemos o asimilamos: 10% de lo que leemos, 20% de lo que oímos, 30% de lo que vemos, 50% de lo que oímos y vemos, 70% de lo que dice uno mismo, 90% de lo que hace uno mismo ⁽⁸⁾.

Tabla 8

Distribución de los docentes participantes según recurso didáctico que utiliza.

Recurso	UCSM = 19		UNSA = 30	
	Nº	(%)	Nº	(%)
a) Audiovisuales				
Siempre	4	21,05	21	70,00
A veces	13	68,42	6	20,00
Nunca	2	10,53	3	10,00
b) Proyecciones y/o Películas				
Siempre	5	26,32	12	40,00
A veces	4	21,05	1	3,33
Nunca	10	52,63	17	56,67
c) Experiencias Prácticas				
Siempre	7	36,84	6	20,00
A veces	4	21,05	17	56,67
Nunca	8	42,11	7	23,33
d) Pizarra				
Siempre	6	31,58	3	10,00
A veces	4	21,05	16	53,33
Nunca	9	47,37	11	36,67
e) Esquemas o Resúmenes				
Siempre	3	15,79	1	3,33
A veces	4	21,05	9	30,00
Nunca	12	63,16	20	66,67
f) Láminas				
Siempre	2	10,53	1	3,33
A veces	3	15,79	14	46,67
Nunca	14	73,68	15	50,00
g) Música de Fondo				
Siempre	0	0,00	2	6,67
A veces	0	0,00	5	16,67
Nunca	19	100,00	23	76,67

A la pregunta de si el docente desarrolla la inteligencia emocional en sus alumnos (tabla 9), encontramos que el 89,47% en la UCSM y el 66,66% en la UNSA siempre lo hacen. El maestro asertivo, da confianza y

tranquilidad a sus alumnos creando una relación de convivencia, atmósfera de afecto, comprensión, tolerancia para desenvolverse y bienestar necesario para el aprendizaje, donde los alumnos se

Tabla 9

Distribución de los docentes participantes según la motivación de la inteligencia emocional en los alumnos

Motivación	UCSM		UNSA	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Siempre	17	89,47	20	66,67
A veces	2	10,53	8	26,67
Nunca	0	0,00	2	6,67
Total	19	100,00	30	100,00

Tabla10

Distribución de los docentes participantes según estimulación de las inteligencias múltiples.

Estimulación	UCSM = 19		UNSA = 30	
	Nº	(%)	Nº	(%)
1) Intrapersonal				
Siempre	11	57,89		50,00
A veces	0	0,00	5	16,67
Nunca	8	42,11	10	33,33
2) Lingüística				
Siempre	9	47,37	8	26,67
A veces	4	21,05	14	46,67
Nunca	6	31,58	8	26,67
3) Interpersonal				
Siempre	9	47,37	8	26,67
A veces	1	5,26	7	23,33
Nunca	9	47,37	15	50,00
4) Corporal				
Siempre	7	36,84	9	30,00
A veces	0	0,00	5	16,67
Nunca	12	63,16	16	53,33
5) Naturalista				
Siempre	4	21,05	7	23,33
A veces	1	5,26	6	20,00
Nunca	14	73,68	17	56,67
6) Matemática				
Siempre	3	15,79	7	23,33
A veces	1	5,26	6	20,00
Nunca	15	78,95	17	56,67
7) Espacial				
Siempre	1	5,26	8	26,67
A veces	3	15,79	2	6,67
Nunca	15	78,95	20	66,67
8) Musical				
Siempre	0	0,00	4	13,33
A veces	1	5,26	3	10,00
Nunca	18	94,74	23	76,67

sienten seguros y pueden expresarse libremente⁽⁹⁾.

La inteligencia múltiple que con más frecuencia estimularon los docentes de la UCSM (tabla 10) fue la intrapersonal, seguida de la lingüística e interpersonal en la misma frecuencia, y los de la UNSA la inteligencia intrapersonal en el 50%, la corporal seguida por la espacial, lingüística, e interpersonal. La descripción evolutiva de la inteligencia de cada persona esta íntimamente relacionada con la necesidad de un régimen educativo que ayude a cada persona a alcanzar su máximo potencial en todas las disciplinas y oficios.

La educación en cualquier momento de la vida, representa el cultivo de las inteligencias^(1,6). La práctica constructivista en el estímulo de las inteligencias múltiples según Gardner requiere que la escuela sea un espacio de formación y de información donde el aprendizaje de contenidos, la formación de conceptos, el desarrollo de habilidades y la valoración de las tareas relevantes puedan favorecer la interacción del alumno en la sociedad donde vive y donde necesita aprender a convivir⁽⁶⁾.

La tabla 11, nos presenta los valores de resumen de los puntajes alcanzados en el inventario de las tendencias de las inteligencias múltiples que fueron muy semejantes entre los alumnos de ambas universidades, tanto en la intrapersonal como en la lingüística, matemática, interpersonal, espacial y naturalista.

El sistema educativo debería estar diseñado de tal manera que fuera sensible a estas diferencias, se necesita modelos que consideren seriamente los perfiles de inteligencias individuales e intenten maximizar los logros educativos de cada persona.

La frecuencia en la tendencia del desarrollo de las inteligencias múltiples en los alumnos participantes de la UNSA (tabla 12) fue mas fuerte en lógico-matemático, interpersonal, cinestésica, lingüística, espacial y tendencia normal en la musical, en comparación con los alumnos de la UCSM que mostraron tendencia normal en la musical, interpersonal, lógico-matemática, intrapersonal, cinestésica y fuerte tendencia en la lingüística y espacial.

Tabla 11

Distribución de los alumnos estudiados según los puntajes alcanzados en el inventario de las tendencias de las inteligencias múltiples.

Tendencia	UCSM		UNSA	
	X	Min - Max	X	Min - Max
Intrapersonal	17,45	4 - 20	17,75	7 - 19
Lingüística	16,25	7 - 17	16,82	2 - 20
Matemática	16,15	6 - 18	17,66	4 - 20
Interpersonal	16,08	6 - 20	16,35	3 - 19
Espacial	15,38	5 - 19	15,77	0 - 19
Cinestésica	13,88	7 - 20	14,33	8 - 19
Musical	13,67	3 - 20	11,85	5 - 20
Naturalista	13,22	2 - 19	13,48	1 - 20

X= media aritmética.

Min= puntaje mínimo, Max= puntaje máximo.

Tabla 12

Distribución de los alumnos estudiados según la tendencia del desarrollo de las inteligencias múltiples que presentaron.

Recurso	UCSM = 115		UNSA = 77	
	Nº	(%)	Nº	(%)
a) Intrapersonal				
No presenta	3	2,61	1	1,30
Tendencia Débil	8	6,96	5	6,49
Tendencia Normal	31	26,96	29	37,66
Fuerte Tendencia	26	22,61	27	35,06
Convive y Domina	8	6,96	9	11,69
No respondió	39	33,91	6	7,79
b) Lingüística				
No presenta	1	0,87	0	0,00
Tendencia Débil	6	5,22	7	9,09
Tendencia Normal	28	24,35	30	38,96
Fuerte Tendencia	36	31,30	31	40,26
Convive y Domina	5	4,35	3	3,90
No respondió	39	33,91	6	7,79
c) Lógico Matemática				
No presenta	2	1,74	0	0,00
Tendencia Débil	6	5,22	4	5,19
Tendencia Normal	35	30,43	24	31,17
Fuerte Tendencia	22	19,13	33	42,86
Convive y Domina	11	9,57	10	12,99
No respondió	39	33,91	6	7,79
d) Interpersonal				
No presenta	1	0,87	0	0,00
Tendencia Débil	10	8,70	6	7,79
Tendencia Normal	38	33,04	23	29,87
Fuerte Tendencia	20	17,39	31	40,26
Convive y Domina	7	6,09	11	14,29
No respondió	39	33,91	6	7,79
e) Espacial				
No presenta	0	0,00	0	0,00
Tendencia Débil	9	7,83	8	10,39
Tendencia Normal	27	23,48	22	28,57
Fuerte Tendencia	29	25,22	28	36,36
Convive y Domina	11	9,57	13	16,88
No respondió	39	33,91	6	7,79
f) Cinestésica				
No presenta	3	2,61	0	0,00
Tendencia Débil	14	12,17	5	6,49
Tendencia Normal	29	25,22	29	37,66
Fuerte Tendencia	23	20,00	31	40,26
Convive y Domina	7	6,09	6	7,79
No respondió	39	33,91	6	7,79
g) Musical				
No presenta	2	1,74	3	3,90
Tendencia Débil	19	16,52	13	16,88
Tendencia Normal	41	35,65	34	44,16
Fuerte Tendencia	8	6,96	12	15,58
Convive y Domina	6	5,22	9	11,69
No respondió	39	33,91	6	7,79

CONCLUSIONES

1.- Al comparar la autoevaluación entre los docentes se encontró que estimularon el desarrollo de las inteligencias múltiples, utilizaron una educación activo-participativa, adoptaron un comportamiento asertivo ante sus alumnos; y los de la UNSA además, pasivo y agresivo. En los pilares de la pedagogía los docentes de la UCSM practicaron el “aprender a conocer” y en ambas universidades en forma similar el “aprender a ser y hacer”; y mayormente en la UCSM el “aprender a convivir”; consideran que la evaluación siempre es objetiva. La técnica participativa empleada por los docentes de la UCSM son los talleres/prácticos y en la UNSA los seminarios. Los recursos didácticos más utilizados en la UCSM fueron las experiencias prácticas y en la UNSA los medios audiovisuales y motivaron el desarrollo de la inteligencia emocional, estimularon las inteligencias intrapersonal, lingüística, interpersonal y corporal; y los docentes de la UNSA además la naturalista, lógico-matemática y musical.

2.- En la comparación de la autoevaluación de los alumnos del sexto año de ambas

universidades se encontró: que el puntaje medio alcanzado en el inventario de las tendencias de las inteligencias múltiples fue semejante en la, intrapersonal, lingüístico, interpersonal, espacial y naturalista; y mayor puntaje en la UNSA en la matemática y cinestésica, y la musical entre los de la UCSM. Con tendencia débil o normal en la UCSM y fuerte tendencia o domina en la UNSA en el desarrollo de las inteligencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gardner Howard. Inteligencias Múltiples, colección Surcos. Edición Paidós Ibérica. Barcelona 2005.
2. Antuens A. Celso. Estimular la Inteligencias Múltiples. Narcea, S.A. de ediciones Madrid 2004.
3. Ausubel, David y otros “Psicología Educativa un Punto de Vista Cognitivo” Editorial Trillos México 1991
4. Palomino Mendoza: Inteligencias Múltiples Ediciones Mirbet Peru 2006
5. Derlos, Jacques La Educación Encierra un Tesoro. Madrid, España. Editorial Santillana, ediciones UNESCO 1996.
6. Docencia Universitaria Diplomado Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina. 2007.
7. Santivañez Limas Vicente Medios y Materiales. 2002.
8. William, Linda Aprender con Todo el Cerebro. Barcelona 1986.
9. Tapia Aréstegui Isaac Como Debe Evaluar un Profesor en el Nivel Superior de Educación. Editorial el Corito. Arequipa-Perú 2006.

Publicaciones Científicas de los Docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín

Teaching Scientific Publications of
Medicine School of Universidad
Nacional de San Agustín

Karla Manrique Hipólito¹, Guillermo Herrera-Chávez¹, Oscar Moreno-Loaiza¹

Resumen

Objetivo: Determinar el número de publicaciones científicas de los docentes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional San Agustín (UNSA) durante los años 2000-2011. **Material y Métodos:** El presente es un trabajo observacional, transversal y retrospectivo. Tomamos como población las publicaciones de trabajos de investigación de los docentes de la facultad de Medicina de la UNSA. Se realizó la búsqueda de las publicaciones de los docentes en el buscador Google Académico (scholar.google.com). Los datos fueron procesados con el programa Microsoft Excel 2007 y expresados como frecuencias relativas y absolutas. **Resultados:** Del total de docentes 24 de ellos realizaron al menos una publicación (12,34%). Se realizaron 39 publicaciones, siendo los departamentos académicos con mayor número de publicaciones: Microbiología y Patología, Pediatría, y Medicina; con el 38,46; 27,21; y 25,64% de la producción científica total respectivamente. El 43,59% de publicaciones no está publicado en una revista indexada y el 23,08% están publicadas en revistas indexadas en Science Citation Index (ISI). El 43,48% de filiaciones institucionales fueron incorrectas. **Conclusión:** La publicación de artículos durante los años 2000-2011 por parte de los docentes de la facultad de medicina es escasa, la mayoría ha sido realizada en revistas no indexadas, y con una filiación institucional incorrecta.

PALABRAS CLAVE:
Producción científica.

Abstract

Objective: To assess the scientific output of the teachers of the Faculty of Medicine of the Universidad Nacional de San Agustín (UNSA) during the period 2000-2011. **Material and Methods:** This is an observational, cross-sectional and prospective. We as a population of teachers of the Faculty of Medicine of the UNSA. We performed the search for research publications for teachers in these archengine Google Scholar (scholar.google.com). The data were processed with Microsoft Excel 2007 and expressed as absolute and relative frequencies. **Results:** Of the teachers 24 of them made at least one publication (12,34%). 39 publications were made, with the academic departments with the largest number of publications: Microbiology and Pathology, Pediatrics, and Medicine, with 38,46, 27,21, and 25,64% of the total scientific output respectively. The 43,59% of publications is published in a journal indexed and 23,08% are published in journals indexed in Science Citation Index (ISI). The 43,48% of institutional affiliations were incorrect. **Conclusion:** The publication of articles over the years 2000-2011 by the teachers of the faculty of medicine is scarce, most have been conducted in non-indexed journals, and a wrong institutional affiliation.

KEYWORDS:
Scientific production.

1. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Agustinos. Arequipa, Perú

Fecha de recepción: 03-03-2012
Fecha de aceptación: 10-10-2012

Correspondencia 

Karla Manrique Hipólito
Correo Electrónico: kita0713@hotmail.com Teléfono: 054-400552

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es considerado una de las armas más valiosas en la sociedad actual. Y como es bien sabido, éste produce desarrollo y crecimiento en distintos aspectos del país. Es por eso que la generación del mismo se ha convertido en una necesidad de la sociedad para poder avanzar. El conocimiento nace de un proceso llamado investigación que es la búsqueda de la verdad contenida en un problema (o situación problemática), mediante un proceso sistemático y una correcta interpretación de información relevante, con el fin de contribuir al progreso y bienestar de la humanidad.

El proceso de investigación culmina únicamente con la publicación de la misma en un medio que esté al alcance de la comunidad científica y haya pasado por un sistema de revisión por pares. Las revistas científicas son el medio comunicación oficial en la comunidad científica a nivel mundial. Por ello no podemos hablar de investigación si es que no existe publicación⁽¹⁾.

En los últimos años se han usado múltiples indicadores bibliométricos para estudiar la producción científica de una institución, región o país⁽²⁾.

A nivel mundial, según la base PubMed, la producción científica peruana registra 1509 artículos durante el 2009, una cantidad muy inferior a los 33088 artículos de Brasil y los 875 265 de EEUU⁽³⁾.

En nuestro país, la investigación en general y especialmente en el campo de la salud no es un proceso aislado sino que se halla integrada y subordinada a las estructuras económica, política y cultural predominantes en la sociedad donde se desarrolla⁽⁴⁾.

La Ley universitaria (23733) señala que la investigación es función obligatoria de la universidad y sus profesores⁽⁵⁾. Por ello, tanto la misión de la Facultad de Medicina

de la Universidad Nacional San Agustín (UNSA), como el perfil del egresado de la misma, hacen mención al proceso de investigación, al método científico, y a la difusión de los aportes logrados con la misma^(6,7). Por ello, es una tarea de los miembros de ésta facultad el realizar investigación y publicar sus resultados.

Antes de evaluar la contribución de la investigación universitaria al desarrollo científico y tecnológico de la sociedad se debe profundizar en las características y la organización de la comunidad científica universitaria, los patrones que regulan su comportamiento y cómo se constituyen, tanto de forma individual como colectiva, sus objetivos e intereses⁽⁵⁾.

Dado que actualmente no hay datos sobre el estado real de las publicaciones en la Facultad de Medicina, el objetivo del presente artículo fue determinar el número de publicaciones científicas de los docentes de la Facultad de Medicina de la UNSA durante los años 2000-2011, así como evaluar algunos indicadores bibliométricos sobre las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, prospectivo según Altman-Douglas. Tomamos como población las publicaciones de los docentes registrados en la secretaría académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín. Las publicaciones de docentes que figuran como jubilados o retirados fueron excluidos del estudio. Se obtuvo la lista de docentes que conforman cada departamento académico y procedimos a buscar en el buscador Google académico (www.schoolar.google.com) los nombres de cada docente según la siguiente estrategia de búsqueda:

- Nombre + Apellido1 + Apellido 2
- Nombre+ Apellido 1
- Nombre + Apellido1-Apellido2
- Apellido1-Apellido2 + Inicial(Nombre)

Tabla 1

Artículos Publicados y Autores según Departamento Académico de la Facultad de Medicina de la UNSA. 2000-2011.

Departamento Académico	Artículos de Inv.		Autores		Artículos/Autor	Docentes con Publicación
	Nº	(%)	Nº	(%)		
Pediatría	11	28,21	5	20,83	2,20	23,81
Medicina	10	25,64	7	29,17	1,43	17,07
Microbiología y Patología	15	38,46	6	25,00	2,50	33,33
Otros	6	15,38	6	25,00	1,00	5,17
Total	39	100,00	24	100,00	1,63	12,24

- Nombre + Apellido 2
- Apellido2 + Inicial (Nombre+Apellido1)
- Apellido1 +Inicial (Nombre)

Los resultados de la búsqueda fueron limitados a publicaciones hechas a partir del año 2000. Sólo fueron considerados artículos procedentes de investigación, por lo que se excluyeron reportes de caso y artículos de opinión. Además se excluyeron artículos que no estuvieran publicados en revistas biomédicas. Una vez obtenidos los artículos, procedimos a determinar si la revista en que estaban publicados se encontraban en los index: SCIELO, Medline, Scimago Journal Rank, o ISI Web of Knowledge. Además procedimos a verificar la filiación institucional de cada docente. De tal modo que clasificamos como filiación institucional adecuada a aquella que incluyera los siguientes términos: Facultad, Medicina, Universidad, **Nacional**, San Agustín, Arequipa, Perú. Los datos fueron introducidos en el programa Microsoft Excel 2007 ® en donde se procedió a generar las tablas. Los datos son expresados como frecuencias absolutas y relativas. No se realizó estadística inferencial.

RESULTADOS

Al realizar la búsqueda de artículos en Google Académico (Schoolar.google.com) encontramos 39 publicaciones realizadas por 24 docentes de la facultad de medicina

de la UNSA (Tabla 1). Los departamentos académicos con mayor producción científica fueron los de Microbiología y Patología, Pediatría y Medicina, con 38,46; 27,21 y 25,64% de la producción científica total respectivamente. Sólo el 12,34% de docentes de la facultad de medicina realizó al menos 1 publicación durante el periodo 2000-2011.

El 43,59% de artículos fueron publicados en revistas no indexadas en las bases de datos Scielo, Medline, Scimago Journal Rank, o Science citation index. La publicación de artículos fue mayor durante el 2000-2005 (23 artículos) que durante el 2006-2011 (16 artículos) (Tabla 2).

En cuanto a la filiación institucional el 43,48% de docentes que realizaron alguna publicación no consignaron correctamente la misma (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Tal como se evidencia en la tabla 1, la producción científica de los docentes de la Facultad de Medicina durante el periodo 2000-2011 es escasa, habiendo sólo 39 artículos publicados. Estas publicaciones fueron realizadas por el 12,34% de docentes, los cuales en muchos casos sólo realizaron una publicación, por lo cual el índice publicaciones/autor es cercano a la unidad (1,63). Éste índice contrasta notoriamente con la realidad de Estados

Unidos, en donde, el 87% de los docentes de ciencias biomédicas realizaron un promedio de 9,03 publicaciones en un periodo de 3 años (1988)⁽⁸⁾. En el caso de la UNMSM el número total de artículos producidos entre 1991- 2000 fue 462 y se presentó una tendencia a disminuir entre el primer y segundo quinquenio⁽⁴⁾.

Gil JMS reportó que uno de los principales problemas que afronta el docente universitario a la hora de realizar investigación es que no hay un horario definido ni horas de carga en las cuales deba realizar investigación⁽⁹⁾. Esta situación ocurre también en la facultad de medicina de la UNSA, lo cual explicaría parcialmente el reducido número de publicaciones; sin embargo, parece que el problema es multifactorial y debe ser estudiado más profundamente para poder mejorar esta situación.

La investigación científica es parte del proceso de mejoramiento continuo de la calidad docente. El docente universitario, por medio de la investigación amplía su horizonte intelectual y se mantiene actualizado en el área de su especialidad. Además que la investigación le permite transmitir a los estudiantes el conocimiento surgido de la propia experiencia o actualización que demanda el proceso de investigación⁽¹⁰⁾.

El 33,3% de las publicaciones fue realizado por docentes del departamento académico de Microbiología y Patología; en tanto, que el resto de departamentos académicos de ciencias básicas, y los departamentos de cirugía y ginecología, tuvieron una producción que no alcanzó los 6 artículos en este período de tiempo.

A este escaso número de publicaciones debemos añadir que el 43,59% de trabajos

Tabla 2

Publicaciones realizadas en revistas indexadas de los docentes de la Facultad de Medicina de la UNSA durante el periodo 2000-2011.

Index	TOTAL		2000-2005		2006-2011	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Ninguno	17	43,59	16	69,57	1	6,25
Scielo	5	12,82	2	8,70	3	18,75
Scimago Journal Rank	8	20,51	4	17,39	4	25,00
Science Citation Index	9	23,08	1	4,35	8	50,00
Total	39	100,00	23	58,97	16	41,03

Tabla 3

Filiación Institucional de Publicaciones de acuerdo a Index de la Revista.

Filiación Institucional	Ninguno		Scielo		Scimago Journal Rank		Science Citation Index		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Incorrecta	7	36,84	6	66,67	2	22,22	5	55,56	20	43,48
Correcta	12	63,16	3	33,33	7	77,78	4	44,44	26	56,52
Total	19	100,00	9	100,00	9	100,00	9	100,00	46	100,00

se haya publicado en revistas que no se encuentran indexadas (Tabla 2).

La publicación en revistas indexadas es un indicador de la calidad de los trabajos de investigación. El Scimago Institution Ranking (SIR) es un ranking que sólo incluye trabajos publicados en revistas internacionales que cumplan ciertos criterios de calidad. En el Ranking Iberoamericano 2011 publicado por dicha institución, la UNSA ocupa el lugar 504 como institución generadora de investigación⁽¹¹⁾ y no ha sido incluida en el ranking internacional de revistas médicas debido a que cuenta con un número de publicaciones menores a 100 por año. La única universidad peruana que figura en dicho ranking es la Universidad Peruana Cayetano Heredia⁽¹²⁾.

A pesar de ello, es loable que cerca de la cuarta parte de publicaciones (23,08%), figuren en revistas indexadas en el Science Citation Index (ISI), lo cual revela que existe posibilidad de hacer trabajos de calidad que alcancen los altos estándares de publicación de dichas revistas. Huamani C et al. reportaron que durante el periodo 2005-2009 se publicaron 21 artículos en ISI en las que algún autor tenía por filiación la ciudad de Arequipa⁽¹³⁾. Teniendo en cuenta tales datos la UNSA habría producido cerca del 50% de artículos indexados en ISI para dicho periodo de tiempo.

Es importante que la publicación de artículos se realice en revistas de calidad, y preferentemente que se encuentren en bases de datos electrónicas disponibles en internet. Esto debido a que, en Chile, encontraron que el principal problema de las revistas locales era su pobre difusión por la falta de presupuesto, y que, implementando una política que permitiera la difusión vía internet sus revistas hallaron mayor notoriedad a menor costo⁽¹⁴⁾. Sin embargo, hay que recalcar que existen problemas de importancia local que probablemente no podrán ser publicables en revistas internacionales debido a que el público al que están dirigidos es mucho

más específico. Es bajo esta perspectiva que se debe analizar con cuidado la información presentada por cualquier indicador bibliométrico de producción científica⁽¹⁴⁾.

Del mismo modo debemos notar que existe una tendencia en el periodo 2006-2011 a incrementar las publicaciones indexadas, lo que resulta positivo. Lamentablemente también es notoria la tendencia de una peligrosa disminución en el número de publicaciones, lo cual debe generar alarma y, aunado a los datos antes expuestos, ser base para la generación de nuevas políticas y normativas en la facultad de medicina en pro de la investigación.

Un aspecto fundamental en publicación científica es la adecuada identificación del autor de manera que debe identificarse de forma única y constante para poder tener en cuenta la producción científica del mismo y las instituciones a las cuales representa. De otro lado se mantendrá un subregistro de dichas publicaciones con la consecuente disminución de los índices bibliométricos de la facultad de medicina de la UNSA^(15,16).

Dado que el 43,48% de filiaciones institucionales de docentes de la facultad de medicina de la UNSA son incorrectas es responsabilidad de los autores y autoridades pertinentes implementar políticas que permitan a nuestros investigadores ser conscientes de dicha realidad⁽¹⁶⁾.

El presente estudio tiene como limitación principal la confiabilidad del motor de búsqueda utilizado (GOOGLE ACADÉMICO), que a pesar de ser uno de los mejores buscadores de artículos de investigación, es posible que exista cierta pérdida de información en cuanto al total de publicaciones.

CONCLUSIÓN

La publicación de artículos durante los años 2000-2011 por parte de los docentes de la

facultad de medicina de la UNSA es escasa, la mayoría ha sido realizada en revistas no indexadas, y con una filiación institucional incorrecta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Day RA: Como escribir y publicar trabajos científicos., vol. 526. USA: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
2. Bordonsa M, Zulueta MÁ: Evaluación de la actividad científica a través de indicadores bibliométricos. Rev Esp Cardiol 1999, 52(10):790-800.
3. Villaverde H, Seas C: La investigación en la calidad de la formación médica: ¿obligación o no? Cuaderno de debate de salud pública 2010, 1:36-37.
4. Sogi C, Perales A, Anderson A, Bravo E: Producción Científica de los investigadores de la facultad de medicina UNMSM. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2002, 63(3).
5. Sogi C, Perales A, Anderson A, Bravo E: El proceso de producción científica de los investigadores de la Facultad de Medicina, UNMSM. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2002, 63(2):115-124.
6. Facultad-de-Medicina-Universidad-Nacional-San-Agustín. Perfil del Egresado [http://www.medicinaunsa.edu.pe/pregrado/perfil-profesional/]. accedido 24/09/2011
7. Facultad-de-Medicina-Universidad-Nacional-San-Agustín. Misión y Visión [http://www.medicinaunsa.edu.pe/la-facultad/presentacion/mision-y-vision/]. accedido 25/09/2011
8. Dundar H, Lewis D: Determinants in research productivity in higher education. Research in Higher education 1988, 39:607-631.
9. Gil JMS: Docencia e investigación en la universidad:una profesión, dos mundos. Educar 2001, 28:41-60.
10. Herrera JJA, Lazo EC: Integración docente-asistencial-investigativa (idai). Educ Med Super 2000, 14(2):184-195.
11. Scimago-Research-Group. Ranking Iberoamericano S I R 2 0 1 1 [http://www.scimagoir.com/pdf/ranking_iberamericano_2011.pdf]. accedido 25/09/2011
12. Scimago-Research-Group. Sir World Report 2010. Health Sciences accedido 20/09/2011
13. Huamani C, Mayta-Tristan P: Producción científica peruana en medicina y redes de colaboración, análisis del Science Citation Index 2000-2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2010, 27(3):315-325.
14. Prat AM: Evaluación de la producción científica como instrumento para el desarrollo de la ciencia y la tecnología. ACIMED 2001, 9(ns4):11-114.
15. Mayta-Tristan P: ¿Quién es el autor? Aspectos a tener en cuenta en la publicación de artículos estudiantiles. CIMEL 2006, 11(2):50-52.
16. Huamani C, Mayta-Tristán P: Errores en la filiación: Responsabilidad de autores y editores. Rev Peru Med Exp 2006, 24(5):196-197.

Propuesta de una Escala Abreviada para evaluar el desarrollo infantil (ESADI)

Proposing an Abbreviated Scale to assess child development (ESADI)

Aymé Barreda Parra¹, Edgar Durand Romero², Jenyffer Chambi Fernández³

Resumen

El objetivo del trabajo fue la creación de un instrumento para evaluar de forma integral, rápida y fiable el desarrollo infantil de niños entre 0 meses a 3 años 11 meses de edad en sus cuatro áreas de desarrollo, motora, cognitiva, lenguaje y socioafectiva. Los participantes fueron 214 niños de zonas urbano marginales a quienes se les aplicó la escala de acuerdo a su edad. **Método:** Elaborados los ítems de las 11 fichas que conforman la escala de desarrollo infantil se aplicó una prueba piloto a 317 niños, se hicieron los ajustes requeridos y se aplicó la escala a los niños con la presencia de la madre. **Resultado:** la confiabilidad de la escala se obtuvo con la prueba Cronbach alcanzándose alta confiabilidad en las 11 fichas que componen la escala. **Conclusión:** La escala propuesta representa la oportunidad de evaluar el desarrollo de niños menores de 4 años.

PALABRAS CLAVE:

Escala, desarrollo infantil, urbano marginal.

Abstract

The objective was to create an instrument to assess on a comprehensive, quick and reliable basis child development of children from 0 months to 3 years 11 months old in its four development areas, motor, cognitive, language and socio-affective. Participants were 214 marginal urban children who were administered the Scale according to their age. **Method:** Processed items of the 11 sheets that make up scale of child development pilot test was applied to 317 children, were made the adjustments required and the scale was applied to children with the presence of the mother. **Result:** The reliability test was obtained with high reliability Cronbach reaching the 11 sheets that make up the scale. **Conclusion:** The proposed scale represents an opportunity to assess the development of children under four years.

KEYWORDS:

Scale, child development, urban marginal.

Fecha de recepción: 21-07-2012
Fecha de aceptación: 19-11-2012

Correspondencia 

Aymé Barreda Parra
Correo Electrónico: abarredap@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La medición del desarrollo infantil reviste gran interés a los profesionales comprometidos en el trabajo con niños y que necesitan acceder a un instrumento que sin duda revele a tiempo los déficits que presentan los infantes.

Los test psicológicos que evalúan el desarrollo infantil sirven de parámetro entre los indicadores de normalidad y problemas en el desarrollo, que si se detectan a tiempo pueden ser corregidos y en otros casos atenuados, con el fin de tener un niño funcionalmente más apto para enfrentar los desafíos propios de su edad.

Los criterios del desarrollo que marcan el límite entre una etapa y otra tienen una serie de factores subyacentes, como son la cultura, educación, nivel socioeconómico, factores genéticos, entre otros; que definitivamente influyen en el desarrollo del niño. Son varios los test para evaluar el desarrollo infantil, entre los que destacan la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño (EEDP)⁽¹⁾ de 0 a 24 meses, el Test de Desarrollo Psicomotor de (TEPSI)⁽²⁾ de 2 a 5 años, los Test Motores de Ozeretski(Oz)/Ozeretski⁽³⁾ y el Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño⁽⁴⁾, sin embargo no se cuenta con alguna validada en niños de sectores urbano marginales; en estos sectores las familias tienen insuficiente acceso a los servicios públicos e inseguridad de la tenencia de propiedades.

El desarrollo infantil es el conjunto de cambios cuantitativos y cualitativos que se producen condicionados por factores biológicos y ambientales que constituyen el proceso de formación de nuestra personalidad⁽⁵⁾.

El objetivo de la investigación fue construir una escala de desarrollo infantil que permita evaluar las áreas del desarrollo que habitualmente se trabajan en los programas de estimulación temprana, especialmente en zonas urbano

marginales; consideramos que la creación de la escala será relevante en la medida que la valoración oportuna del desarrollo posibilita detectar y elaborar programas de estimulación temprana acorde a las necesidades específicas del niño y brinda pautas a los padres de familia para que ayuden a su menor hijo a potencializar su desarrollo.

El trabajo se hizo a través del Proyecto Red Regional para el Desarrollo Infantil REDIT 2010-2012, cuyo objetivo fue mejorar las habilidades y destrezas de madres gestantes, niños y niñas menores de 4 años en el desarrollo infantil a través del enfoque comunitario, participativo, multidisciplinario y preventivo en la Región Arequipa.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estuvo compuesta por 214 participantes, 85 niñas y 129 niños pertenecientes a los distritos periféricos de la ciudad de Arequipa (Yura, Hunter, Mariano Melgar, Miraflores, Alto Selva Alegre y Cayma). Con el consentimiento informado y presencia de la madre se aplicó la escala a los niños que asistían al Centro de Salud de la Red Arequipa - Caylloma y Centro de Desarrollo Infantil (CDI) "Pasitos", estos Centros de Desarrollo Infantil (CDIS) han sido instalados por la ONG Acción Social y Desarrollo (ASDE) con 25 años de trabajo por las poblaciones más vulnerables de Arequipa.

La mayor parte de los padres son migrantes, tienen educación secundaria, ambos padres trabajan y el padre suele desempeñarse como obrero.

Los criterios de inclusión fueron la salud y la edad del niño, se aplicó la escala a los niños sanos comprendidos entre 0 a 3 meses hasta 3 años 11 meses.

PROCEDIMIENTO

Para obtener la validez de contenido de la escala abreviada, la selección de las áreas

a evaluar se hizo a partir de la literatura, de las pruebas psicológicas y de la experiencia de profesionales psicólogos expertos en desarrollo infantil.

El objetivo fue crear un instrumento para evaluar de forma rápida y fiable el desarrollo infantil, es decir que cualquier profesional capacitado e involucrado en el trabajo con menores pueda obtener un resultado oportuno. La Escala quedó conformada por 4 áreas de desarrollo:

Área motora. Evalúa la habilidad que el niño va adquiriendo para mover armoniosamente su cuerpo y la destreza para tomar objetos, sostenerlos y manipularlos.

Área cognitiva. Es la capacidad que tiene el niño para comprender, relacionar y adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y el mundo que lo rodea.

Área de lenguaje. Se refiere a las habilidades expresivas mediante el uso del lenguaje oral y corporal.

Área socioafectiva. Se relaciona con la habilidad del niño para aprender a relacionarse con las demás personas, aprender a querer y ser querido y aceptado. La elaboración de la escala se inició en octubre del 2011 y estuvo a cargo de los psicólogos Edgar Durand Romero, Jenyffer Chambi Fernández y Gabriel Flores Luque; culminó en setiembre del 2012 con la aplicación y tratamiento estadístico de los resultados.

El instrumento inicial fue aplicado a una muestra piloto de 317 niños (ficha 1, 30 niños; ficha 2, 30 niños; ficha 3, 29 niños; ficha 4, 15 niños; ficha 5, 34 niños; ficha 6, 32 niños; ficha 7, 31 niños; ficha 8, 35 niños; ficha 9, 33 niños; ficha 10, 32 niños; ficha 11, 16 niños) a partir de los cuales se fueron descontando los ítems que tenían baja confiabilidad y modificando los que estuvieron mal redactados.

Las respuestas del instrumento son dicotómicas, Sí presenta la conducta o NO presenta la conducta.

La escala final consta de 11 fichas y quedó conformada de la siguiente manera:

- Ficha 1: de 0 a 3 meses (24 ítems)
- Ficha 2: de 4 a 6 meses (25 ítems)
- Ficha 3: de 7 a 9 meses (28 ítems)
- Ficha 4: de 10 a 12 meses (31 ítems)
- Ficha 5: de 1 año 1 mes a 1 año 3 meses (23 ítems)
- Ficha 6: de 1 año 4 meses a 1 año 6 meses (26 ítems)
- Ficha 7: de 1 año 7 meses a 1 año 9 meses (22 ítems)
- Ficha 8: de 1 año 10 meses a 2 años (24 ítems)
- Ficha 9: de 2 años 1 mes a 2 años 6 meses (25 ítems)
- Ficha 10: de 2 años 7 meses a 3 años (27 ítems)
- Ficha 11: de 3 años 1 mes a 3 años 11 meses (24 ítems)

Cada ítem está acompañado de un gráfico para facilitar la aplicación de la escala.

Aplicación: se realizaron acciones con las coordinadoras y madres guías de los diferentes comités de gestión de los wawawasis y se citó a las madres para que puedan acudir con sus menores hijos a la evaluación; el mismo procedimiento se siguió en los comités de vaso de leche y centros de salud.

La aplicación estuvo a cargo de psicólogos capacitados en la evaluación de niños recién nacidos hasta los 3 años 11 meses, quienes registraron los datos en las respectivas fichas.

Cabe destacar la colaboración de las madres quienes manifestaron su satisfacción por la evaluación integral que recibieron sus niños y solicitaron recomendaciones para mejorar su desarrollo.

Tabla 1

Confiabilidad de la escala abreviada de desarrollo infantil (ESADI).

	Nº	Cronbach	Items
Ficha 1	15	0,828	24
Ficha 2	15	0,878	25
Ficha 3	15	0,879	28
Ficha 4	34	0,739	30
Ficha 5	15	0,790	23
Ficha 6	17	0,749	26
Ficha 7	15	0,759	22
Ficha 8	17	0,791	23
Ficha 9	15	0,715	25
Ficha 10	16	0,822	26
Ficha 11	40	0,756	24
Total			
P<.05			

RESULTADOS

Aplicada la escala se codificaron los datos para su análisis con el programa SPSS V. 20.; luego se analizó el índice de confiabilidad de Cronbach que requiere una sola administración del instrumento de medición⁽⁶⁾, obteniéndose confiabilidad alta en sus 11 fichas, todos los índices de confiabilidad están por encima de 0,70 (Tabla 1).

El resultado obtenido muestra que la escala tiene consistencia interna, es decir, hay coherencia entre los ítems de cada una de las fichas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo la creación de un instrumento breve para evaluar el desarrollo infantil, se han considerado cuatro áreas del desarrollo; psicomotora, cognoscitiva, lenguaje y socioafectiva, estas áreas hacen referencia a los criterios más utilizados por diferentes teóricos del desarrollo, con el agregado que en nuestro estudio están incluidas en una sola escala. La escala consta de 11 fichas

las cuales varían en la cantidad de ítems, cada una evalúa una etapa del desarrollo comprendido entre cero a tres meses hasta tres años once meses.

La escala abreviada propuesta para evaluar el desarrollo infantil (ESADI) cumple con su función de hacer un diagnóstico rápido y eficiente del desarrollo infantil en zonas urbano marginales, tiene validez de contenido y consistencia interna, esta última analizada a través del alfa de Cronbach con alta confiabilidad (por encima de 0,70); inclusive un valor de confiabilidad de 0,50 o 0,60 es aceptable dependiendo de cómo se utilice la medida⁽⁷⁾.

La escala puede ser utilizada por los profesionales que conocen y tienen entrenamiento en el trabajo con niños menores de 4 años, siendo de gran ayuda para detectar problemas de desarrollo y elaborar programas de estimulación en las cuatro áreas del desarrollo infantil.

Especialmente útil para trabajar con niños que viven en zonas urbano marginales, ya que existen pruebas similares pero que han

sido validadas en otros contextos y pocas contienen en una sola ficha las 4 áreas del desarrollo infantil: motora, cognitiva, lenguaje y socioafectiva.

Se espera continuar realizando estudios que brinden mayores aportes en el tema del desarrollo infantil, además sería oportuno obtener datos de su validez concurrente.

Agradecemos la colaboración del psicólogo Gabriel Flores Luque.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, Arancibia, Undarraga. Escala de

- Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (EEDP); 1974.
2. Haeussler M, Marchant T. Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años (TEPSI). Madrid: TEA Ediciones, S.A; 1985.
 3. Ozertski-Guillmain. Tests Motores de Ozeretski(Oz)/Ozeretski. Madrid: MEPSA; 1999.
 4. Rebaza A. Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño; 1996.
 5. Papalia D, Olds S, Feldman R. Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. 11° ed. México: Mc Graw - Hill; 2009.
 6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4° ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2006:288-290.
 7. Kerlinger F, Howard L. Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2002:601.

Características Socio demográficas asociadas a la Valoración Geriátrica Mental en Adultos Mayores Integrantes de Clubes del Ministerio de Salud de Arequipa. 2010

Sociodemographic characteristics associated with Mental Geriatric Evaluation in Elderly members of the Ministry of Health Clubs Arequipa. 2010

Zeida Cáceres Cabana¹, Alberto Cáceres Huambo², María Jesús Noriega¹

Resumen

La tendencia hacia una mayor esperanza de vida ha hecho patente el envejecimiento. Es importante adaptar los conocimientos a las necesidades de estas personas. **Problema:** ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a la valoración geriátrica Mental en los adultos mayores? **Objetivo:** Determinar la asociación de características sociodemográficas con la Valoración Geriátrica Mental en los adultos mayores. **Tipo de Estudio:** Descriptivo, Transversal, Observacional. **Muestra:** método aleatorio estratificado con afijación proporcional, se seleccionaron 420 personas. **Método:** entrevista con aplicación del test de Valoración Mental (Pfeifer, Gesavage). **Criterios de inclusión:** comunicación clara. **Criterios de exclusión:** deterioro mental severo. **Resultados:** El 73,80% fueron mujeres. El 63,10%, correspondieron a la 6ta década y el 26,20% a la 7ma década. El 71,70% de los participantes fueron de provincias, el 98,80% no tienen trabajo estable, el 33,30% son analfabetos y el 63,10% de los que tienen cuidador sufren de Estado Depresivo. Los de provincias, los de nivel de instrucción bajo, la desocupación, la presencia de


Abstract

The trend towards greater life expectancy has become apparent aging. Knowledge is important to adapt to the needs of these people. **Problem:** What are the demographic characteristics associated with Mental geriatric assessment in older adults? **Objective:** To determine the association of sociodemographic characteristics with Mental geriatric assessment in older adults. **Type of study:** descriptive, cross-sectional observational study. **Sample:** Stratified random method with proportional 420 personas. **Method:** Interview with implementation Mental Assessment Test (Pfeifer, Gesavage). **Inclusion criteria:** clear communication. **Exclusion criteria:** severe mental impairment. **Results:** 73, 80% were women. 63,10%, of the 6th decade, 26,20% in the 7th decade. The 71,70% of the participants were from provinces, 98,80% have no steady job. The 33,30% are illiterate and 63,10% of those suffering from caregiver depressive state. The provinces, the low educational level, unemployment, presence of caregiver status. civil, are directly associated to submit a depressive state (affective state). On the other hand, the older, the provincial origin, education, associated with presenting

1. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina, Dpto. de Salud Pública. Arequipa. Perú

2. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Biología. Arequipa. Perú

Fecha de recepción: 01-11-2012
Fecha de aceptación: 20-04-2013

Correspondencia 

Zeida Cáceres Cabana
Correo Electrónico: zeida1@yahoo.com

cuidador, el estado civil, se asocian directamente a presentar un Estado Depresivo (estado afectivo). Por otro lado, a mayor edad, la procedencia de provincia, la instrucción, se asocian a presentar algún grado de deterioro cognitivo. En el análisis multivariado, no existe asociación significativa.

PALABRAS CLAVE:

Características sociodemográficas, Valoración Geriátrica Mental.

some degree of cognitive impairment. In multivariate analysis, no association significant.

KEYWORDS:

Sociodemographic Characteristics, Mental Geriatric Evaluation.

INTRODUCCIÓN

Existe la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida lo cual ha hecho patente el fenómeno del envejecimiento⁽¹⁾, por lo que se hace necesario adaptar los conocimientos de los médicos a las necesidades sanitarias que presentan estas personas⁽²⁾, la fragilidad ante agresiones internas y externas y la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas hace necesario un abordaje diferenciado que permita una aproximación clínica y diagnóstica correcta⁽³⁾, Prieto y Fernández concluyeron que el nivel de salud, la clase social, el nivel socioeconómico y educativo son factores que influyen en el bienestar emocional del adulto mayor⁽⁴⁾.

La Valoración Geriátrica mental se realiza separadamente: valoración cognitiva y afectiva. La primera es la capacidad de realizar funciones intelectuales como recordar, calcular, orientarse, su deterioro va desde el olvido hasta la demencia. La segunda, es la valoración de la depresión y ansiedad. A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales ó inevitables en el envejecimiento. Los cambios en éste campo requieren intervención oportuna^{(5) (9)}.

Ciertas características socio demográficas influyen en la Valoración Mental del adulto mayor, así en el estudio en residentes adultos mayores de la ciudad de Córdoba, se encontró asociación de la edad, sexo femenino, menor nivel de estudios y escasos ingresos económicos, con problemas de salud⁽⁶⁾.

En nuestro medio, la mayoría de las personas mayores son atendidas en los centros de salud por los equipos de atención primaria. Ante la particularidad de la situación social en que viven, es importante conocer una aproximación realista de la asociación sociodemográfica y la valoración geriátrica mental para intervenir oportunamente en los factores que repercuten en su salud para reducir las probabilidades de discapacidad, precisión diagnóstica, reducción de la mortalidad, utilización correcta de recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y prospectivo. Realizado desde junio a octubre 2010 en Arequipa, ubicada a 1,000 km. al sur de Lima, a 2,363 msnm. Los clubes de los establecimientos del Ministerio de salud son en total 41 con 2971 adultos mayores de concurrencia semanal, con fines de socialización. Se les dio charlas de sensibilización, sobre la importancia de la Valoración Geriátrica

mental. Se solicitó autorización de los integrantes y del jefe del establecimiento respectivo. El muestreo fue aleatorio estratificado con afijación proporcional, se seleccionó a 420 personas, con los criterios de inclusión (comunicación clara) y exclusión (deterioro mental severo), se les aplicó el test de Pfeiffer (valoración Cognitiva), Yesavage (valoración Afectiva). Método estadístico: chi cuadrado, Rho de Spearman, Análisis multivariado. Se tabuló en el SPSS - 15.

DEFINICIONES: Valoración Geriátrica Mental.-Identifica problemas, como ⁽⁷⁾:

Deterioro Cognitivo.- El nivel cognitivo expresa el complejo funcionamiento de las distintas áreas intelectuales que son básicas para un adecuado desenvolvimiento y una buena interacción con el ambiente y las personas que nos rodean. El Deterioro de las distintas áreas intelectuales se mide con el test de Pfeiffer.

Depresión.- Los trastornos depresivos en la vejez son comunes y discapacitantes, está en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la

inmovilización, el luto, los problemas sociales y económicos, tienen un impacto negativo, se mide con el test de Gesavage. ⁽⁸⁾

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Valoración cognitiva.- test de Pfeiffer: Deterioro cognitivo leve, moderado, severo ⁽⁸⁾

Valoración afectiva.- escala de Yesavage: Depresión leve: 6– 9p. Depresión establecida 10p ⁽⁸⁾

RESULTADOS

En el estudio de 2971 personas se extrajo una muestra de 420 asistentes a los clubes. El 73,80% fueron mujeres. El 63.10% pertenecían a la sexta década y el 26,20% a la 7ma década de la vida (Tabla 1).

Existe relación de la procedencia (provincia), ocupación (sin trabajo), Nivel de instrucción (analfabeto), Tenencia de cuidador y E. civil (casado), con la presencia de Estado Depresivo en los adultos mayores. Los factores demográficos no se asocian a Depresión (Tabla 2).

Tabla 1
Características Generales.

CARACTERÍSTICA			
Sexo	Masc.	Nº	%
	Femen.	110	26,20
Edad	60-74ª.	310	73,80
	75-85ª.	265	63,10
	>85	110	26,20
Procedencia	Arequipa	45	10,70
	Provincia	119	28,30
		301	71,70

Tabla 2

Factores sociodemográficos asociados a valoración afectiva.

	DEPRIMIDO		NO DEPRIMIDO		ESTADÍSTICOS	
	Nº	(%)	Nº	(%)	X2 OR	P IC.
SEXO						
Masculino	22	26,20	88	26,20	0,00	P>0,05
Femenino	62	73,80	248	73,80	1,00	0,50-1,7
GRUPO ETÁREO						
(años)	53	63,10	212	63,10		
60-74	23	27,40	87	25,90	0,19	P>0,05
75-84	8	9,50	37	11,00		
>85						
PROCEDENCIA						
Provincia	84	100,00	217	64,60	41,5	P<0,05
Arequipa	0	0	119	35,40	1,00	0,00
OCUPACIÓN						
Sin trabajo	83	98,80	275	81,80	15,3	P<0,05
Con trabajo	1	1,2	61	18,20	0,05	0,00-0,3
N. INSTRUCCIÓN						
Analfabeto	28	33,30	101	30,10		
Primaria	56	66,70	185	55,10	14,3	P<0,05
Secundaria	0		44	13,10		
Superior	0		6	1,80		
SEGURO						
Sin seguro	11	13,10	28	8,30	1,8	P>0,05
Con seguro	73	86,90	308	91,70	0,6	0,2-1,2
CUIDADOR						
Sin cuidador	14	16,70	81	24,10	38,6	P<0,05
Familiar directo	53	63,10	247	73,50		
Persona extraña	17	20,20	8	2,4		
E. CIVIL						
Soltero	20	23,80	66	19,60	5,4	P<0,05
Vdo. Divorciado	15	17,90	103	30,70		
Casado, conviviente	47	58,30	167	49,70		

La edad, la procedencia, el nivel de instrucción, se relacionan a Deterioro Cognitivo. El 42,90% de la 7ma década se encuentran en Deterioro Cognitivo Leve, al igual que el 85,70% de los que viven en provincias y el 38,10% de los analfabetos (Tabla 3).

En el análisis multivariado no existe

asociación significativa (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Dentro de las características generales de la población (Tabla 1), predominó el sexo femenino, 6ta. Década de la vida y procedentes de provincias.

Tabla 3

Factores sociodemográficos asociados a valoración Cognitiva.

	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		No Deterioro Cognitivo		ESTADÍSTICO X ² (P)
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
SEXO							
Masculino	18	21,40	6	20,00	86	28,10	2,1(P>0,05)
Femenino	66	78,60	24	80,00	220	71,90	
GRUPO ETÁREO (años)							
60-74	32	38,10	14	46,70	219	71,60	36,6(P<0,05)
75-84	36	42,90	10	33,30	64	20,90	
>85	16	19,00	6	20,00	23	7,50	
PROCEDENCIA							
Provincia	72	85,70	25	83,30	204	66,70	13,9(P<0,05)
Arequipa	12	14,30	5	16,70	102	33,30	
OCUPACIÓN							
Sin trabajo	17	20,20	1	3,3	44	14,40	5,1(P>0,05)
Con trabajo	67	79,80	29	96,70	262	85,60	
N. INSTRUCCIÓN							
Analfabeto	32	38,10	9	30,00	88	28,80	21,9(P<0,05)
Primaria	52	61,10	21	70,00	168	54,20	
Secundaria	0	0	0	0	44	14,40	
Superior	0	0	0	0	6	2,00	
SEGURO							
Sin seguro	13	15,50	0		26	8,50	7,1(P>0,05)
Con seguro	71	84,50	30	100	280	91,50	
CUIDADOR							
Sin cuidador	24	28,60	7	23,30	64	20,90	8,6(P>0,05)
Familiar directo	51	60,70	23	76,70	226	73,90	
Otra Persona	9	10,70	0	0	16	5,20	
E. CIVIL							
Soltero	27	32,10	1	3,33	58	19,00	15(P>0,05)
Vdo. Divorciado	22	73,30	7	23,30	89	29,10	
Casado, conviviente	35	41,70	22	26,20	159	52,00	

El 100% de los procedentes de provincias (Tabla 2) presentan algún tipo de Depresión, así como el 98,80% de los que no cuentan con trabajo estable y que están en pobreza; el 33,30% de analfabetos con dificultad para su desenvolvimiento en la ciudad; y el 63,10% de los que tienen como cuidador directo al hijo, esposo(a) también

padecen ésta patología, explicable por recibir cuidados inadecuados, aislamiento social, etc. Un alto porcentaje de los solteros, viudos o divorciados también lo presentan. Existe una relación estadísticamente significativa (P<0,05).

El grupo etario mayor de 70 años, la

Tabla 4

Análisis Mutivariado.

CARACTERÍSTICA	B Inferior	Wald Inferior	Sig. Inferior	Exp(B) Superior	I.C. 95,0% para EXP(B) Inferior	I.C. 95,0% para EXP(B) Superior
Paso 1(a) Sexo	0,140	0,193	0,660	1,150	0,616	2,148
Edad	0,111	0,294	0,588	1,117	0,748	1,670
Procedencia	-20,368	0,000	0,995	0,000	0,000	.
Estado civil	0,198	1,011	0,315	1,219	0,829	1,794
Grado de instrucción	-0,101	0,147	0,701	0,904	0,539	1,515
Ocupación	-3,570	11,621	0,001	0,028	0,004	0,219
Cuidador	-0,471	12,417	0,000	0,625	0,481	0,812
Seguro	0,350	0,590	0,442	1,420	0,581	3,472

procedencia generalmente de provincias, el Nivel de instrucción primaria (Tabla 3), se asocian a Deterioro Cognitivo, con dificultad especialmente de mantener memoria adecuada. El 42,90% de la 7ma década se encuentran en Deterioro Cognitivo Leve, al igual que el 85,70% de los que proceden de provincias que por razones familiares, se ven con la necesidad de migrar a la ciudad, y el 38,10% de los adultos mayores con nivel de instrucción analfabetos, ó primaria, quienes tienen dificultad para entablar una relación adecuada con la sociedad.

En el análisis Multivariado no existe asociación (Tabla 4).

CONCLUSIONES

Los resultados nos sugieren que existen factores sociodemográficos que están relacionados a la Valoración Geriátrica mental (deterioro cognitivo, deterioro afectivo), como la edad, ocupación, estado civil, procedencia, presencia de cuidador; que son factores que se debe conocer en

forma adecuada, porque repercuten directamente en la calidad de vida en el adulto mayor condicionando casos de depresión ó deterioro cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Demografía epidemiológica del envejecimiento. Lima Perú; 2001.
2. Varela L. "et al". Tópicos Selectos en Geriatria. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú 2000; 2(1):13-21.
3. Mujica L. Concordancia entre la historia clínica Geriátrica y la historia Clínica tradicional para la determinación de síndromes geriátricos. Revista colegio médico del Perú 2007 octubre (1).
4. Boletín Atención Primaria de la Escuela de Salud Pública de Cuba 1997; 20:425-34.
5. Varela L. "et al". Tópicos Selectos en Geriatria. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú 2004; 32(3):20-32
6. Valderrama, Pérez del Molino. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2008; 33(5).
7. Sandoval L, Varela L. Evaluación del estado nutricional de pacientes adultos mayores ambulatorios. Rev. Med. Hered. 1998; 9:104- 108.
8. Merino R, Varela L. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, orientado por problemas: estudio prospectivo de 71 casos. Rev. Med. Hered. 1992; 3:51-9.
9. Guía para la atención de las personas mayores. OPS 2008.

Relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral en los médicos del Hospital III Yanahuara - EsSalud, Arequipa

Relationship between organizational climate and job satisfaction perceived by the physicians at the Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa

Miguel Manrique Zegarra¹, Sergio Valdivia Rojas²

Resumen

El Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral son relevantes en el comportamiento del personal de una institución, potenciando aspectos como la eficacia, diferenciación, innovación, adaptación, competitividad, compromiso, e identificación. Por lo que se planteó determinar la relación entre el Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral percibido por los médicos que laboran en el Hospital III Yanahuara EsSalud. Se trabajó con 145 médicos asistentes que laboran en el Hospital Yanahuara, a quienes se les aplicó una ficha de datos, un cuestionario de clima organizacional, y un cuestionario de satisfacción laboral. Se logró una participación del 94,15%. El 73,10% de médicos fueron varones, y 26,90% mujeres, con edad promedio de 49,4 años para los varones y 48,9 años para las mujeres. El 68,28% de médicos fueron contratados, y un 31,72% nombrados. El tiempo promedio de labor fue de 12,3 años. El clima organizacional se mostró desfavorable en el 12,41% y muy desfavorable en el 1,38%, existiendo un 46,90% de indiferentes; así mismo, 37,24% manifiestan tener un clima favorable y un 2,07% muy favorable. En relación a la satisfacción laboral, el

Abstract

The organizational climate and job satisfaction are relevant to the personal behavior of an institution, fostering aspects such as efficiency, differentiation, innovation, adaptation, competitiveness, commitment, and identification. To determine the relationship between organizational climate and job satisfaction perceived by the physicians at the Hospital III Yanahuara EsSalud. We studied 145 physicians of Yanahuara Hospital, applying a data sheet, a questionnaire of organizational climate, and job satisfaction questionnaire. We achieved a 94,15%; the 73,10% of physicians were male, and 26,90% women, mean age of 49,4 years for males and 48.9 years for women. The 68, 28% of physicians were hired, and 31, 72% are appointed. The average work time is 12, 3 years. The organizational climate was unfavorable to very unfavorable 12, 41% to 1, 38%, 46, 90% of existing one indifferent, likewise, 37, 24% report having a favorable climate and 2,07% very favorable. In relation to job satisfaction, 49, 66% have some degree of dissatisfaction (4, 14% very dissatisfied, dissatisfied 15, 17%, 30, 34% moderately dissatisfied), 26, 21% indifferent, and satisfied in

1. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de medicina. Departamento Académico de Pediatría.
2. Essalud.- Hospital III Yanahuara.

Fecha de recepción: 18-12-2012
Fecha de aceptación: 20-04-2013

Correspondencia 

Miguel Antonio Manrique Zegarra
Correo Electrónico: miguelantoniomanriquezegarra@hotmail.com Teléfono: 054-400552

49,66% tiene algún grado de insatisfacción (4,14% muy insatisfechos, 15,17% insatisfechos, 30,34% moderadamente insatisfechos), indiferentes en 26,21%, y satisfechos en diversos grados en 24,14% de casos (19,31% moderadamente satisfecho, 3,45% satisfechos, 1,38% muy satisfechos). Existe una relación directa y significativa entre el Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral en los médicos que laboran en el Hospital III Yanahuara EsSalud, con un Rho de Spearman de 0,6543; lo que indica que, a mejor clima organizacional una mayor satisfacción laboral.

PALABRAS CLAVE:

Clima Organizacional - Satisfacción Laboral.

various degrees in 24, 14% of cases (19, 31% moderately satisfied, satisfied 3, 45%, 1, 38% very satisfied). There is a direct and significant relationship between organizational climate and job satisfaction among physicians who practice at the Hospital EsSalud Yanahuara III. With a Spearman's Rho 0, 6543, which indicates that the greater job satisfaction better organizational climate and calculating the coefficient of determination states that 42, 81% the job satisfaction is influenced by the organizational climate.

KEYWORDS:

Organizational climate - job satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones prestadoras de salud deben ser más eficientes en todas las áreas que la integran y para ello se hace necesario que los recursos con los que cuentan se aprovechen eficientemente, teniendo en consideración su escasez. Optimizar los recursos es una tarea difícil porque las organizaciones son complejas, sobre todo por el hecho de que trabajan mucho con el factor humano, y este tiene innumerables intereses y distintas formas de pensar y percibir las acciones. Cabe destacar, por otra parte, que uno de los principales capitales que tiene cualquier organización es su capital humano, de cuyo desempeño depende en gran medida la efectividad de la organización.

Un hospital es una organización con un espacio estructurado de prácticas de división y de coordinación del trabajo, en donde se vive la interrelación de médicos especialistas, enfermeras, técnicos, administrativos y de servicios.

El clima organizacional es la percepción que los miembros de una organización tienen de las características más inmediatas que le son significativas, que la describen y diferencian de otras

organizaciones. Estas percepciones influyen en el comportamiento organizacional^(1,2,3).

De todos los enfoques sobre el concepto de Clima Organizacional, el que ha demostrado mayor utilidad es el que utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un medio laboral^(4,5).

La Satisfacción Laboral es un sentimiento de placer o dolor que difiere de los pensamientos, objetivos e intenciones del comportamiento; estas actitudes ayudan a los gerentes a predecir el efecto que tendrán las tareas en el comportamiento futuro⁽⁶⁾.

El Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral son relevantes en el comportamiento del personal que labora en una empresa o institución, “potenciando los aspectos como la eficacia, diferenciación, innovación, adaptación, competitividad, compromiso, identificación, ...”⁽⁷⁾.

El clima organizacional como la satisfacción laboral, condicionan el comportamiento de las personas dentro de las organizaciones. Es quien determina en

las personas: “enraizamiento, arraigo, pertenencia, permanencia,…”⁽⁸⁾.

Muchos investigadores han tratado, al igual que este trabajo, de manera descriptiva y relacional, mostrar la importancia de estas dos variables para el éxito de toda organización: “Clima Organizacional y Satisfacción Laboral”, para llamar a la reflexión de los directivos hospitalarios, sobre las condiciones laborales en las que se desenvuelve el personal de un Hospital^(9,10).

"Una organización sólo existe cuando dos o más personas se juntan para cooperar entre sí y alcanzar objetivos comunes, que no pueden lograrse mediante iniciativa individual"⁽¹¹⁾.

Desde que se crea EsSalud el 29 de Enero de 1999, con la firma de la Ley N° 27056 por parte del entonces presidente de la República Ingeniero Alberto Fujimori Fujimori, en donde se le devuelve a dicha institución, anteriormente denominada Instituto Peruano de Seguridad Social, la recaudación, fiscalización y la administración de los fondos económicos; se ha visto incrementada, la oferta de seguros particulares, potestativos, agrarios, y la transferencia de la capa compleja que no pueden cubrir las EPS (Entidades Prestadoras de Servicios de Salud), a los Establecimientos Asistenciales del Seguro Social de Salud. Objetivándose en el día a día, el incremento de la brecha oferta y demanda de los servicios de salud. Sumándose a ello el crecimiento poblacional de los adscritos a cada centro asistencial de salud, del Seguro Social.

Sin tener en consideración, la mejora de las relaciones organizacionales, jerarquías con atribuciones y autoridad que muchas veces crean malestar, e incomodidad laboral, alterando el clima organizacional, la motivación y por consiguiente la satisfacción laboral de la mayoría de los trabajadores de un hospital⁽¹²⁾.

El hoy Hospital III Yanahuara, fue concebido inicialmente como un Centro Materno Infantil, luego decidieron reestructurarlo como Policlínico, en 1996 se le eleva de nivel a Hospital II y es en el 2000 que oficialmente adquiere la categoría de Hospital III. Con población adscrita de 147,000 y atendidos con la infraestructura del año 1995, condicionando turgurización de todos los ambientes, tanto de los espacios libres, vías de evacuación, consultorios, hospitalización, área de emergencia y hasta al mismo centro quirúrgico.

Por lo que propuso determinar la relación entre el Clima Organizacional y la Satisfacción Laboral percibido por los médicos, que laboran en el Hospital III Yanahuara EsSalud.

MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Hospital III Yanahuara durante el año 2010. La población de estudio estuvo constituida por los 145 médicos que laboran en el Hospital III Yanahuara EsSalud, de ambos sexos, todas las edades, nombrados o contratados, mínimo seis meses de antigüedad en la institución, especialistas y no especialistas, todos los servicios; y se excluyó a médicos con contrato CAS, suplentes, residentes, rotantes o que estén realizando pasantía, con cargo administrativo jefatural y con licencia administrativa o por enfermedad prolongada.

Según Altman D. es un estudio observacional, transversal y prospectivo. Previa coordinación la Dirección y Cuerpo médico se convocó a una reunión de todos los médicos, en donde se les explicó detalladamente la necesidad del estudio y la importancia de su participación. Programándose entrevistas personales con cada uno de ellos. Se utilizaron dos instrumentos: clima organizacional y satisfacción laboral. El primero de ellos en base al inventario DO-SPC⁽¹³⁾ con un total de 25 preguntas, divididas en cinco

dimensiones: Autorrealización, Involucramiento Personal, Supervisión, Comunicación y Condiciones Laborales; con 5 alternativas de respuesta y con una calificación del 1 a 5, conformándose las siguientes categorías: Muy Favorable, Favorable, Ni Favorable Ni Desfavorable, Desfavorable y Muy Desfavorable.

Para evaluar la satisfacción laboral se empleó la Escala General de Satisfacción del Trabajo (Overall Job Satisfaction), desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979; que constaba de las siguientes dimensiones ^(14,15,16): Factores Motivadores (Intrínsecos como: Reconocimiento, Responsabilidad, Promoción, Variedad de tareas, Libertad de elección y Capacidades) y los Factores Higiénicos (Extrínsecos como: Horario, Remuneración, Condiciones físicas, Compañeros, Jefatura y Estabilidad laboral.

Obteniéndose una calificación final de: Muy Satisfecho, Satisfecho, Moderadamente Satisfecho, Ni Satisfecho Ni Insatisfecho, Moderadamente Insatisfecho, Insatisfecho y Muy Insatisfecho.

Además recogió información sobre la edad, sexo, tiempo de servicio, servicio y especialidad.

Se aplicó estadística descriptiva e inferencial y en esta última análisis bivariado (rho de Spearman) y multivariado (regresión logística).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontró que el 73,10% fueron varones, y el 26,90% mujeres. Con una edad promedio en los varones de $49,4 \pm 8,5$ años; y en las mujeres, de $48,9 \pm 9,3$ años. Con una edad mínima de 32 años y una máxima de 68 años. El 68,28% de médicos eran contratados y el 31,72% nombrados. Y un tiempo de servicio en el 34,48% de 15 a más años, el 15,86% con menos de 5 años y el 49,66% entre 5 y 15 años; con un tiempo promedio de $12,3 \pm 7,4$ años. El 52,41% eran de especialidades clínicas, el

42,76% de áreas quirúrgicas, y 4,83% de otras áreas como PADOMI y servicios de ayuda diagnóstica.

La tabla 1, nos muestra la percepción del clima organizacional en los médicos participantes, donde el 13,79% perciben un clima no favorable, el 46,90% se muestran indiferentes y el 39,31% lo perciben como favorable o muy favorable. Si consideramos al término "indiferente: ni favorable ni desfavorable" como aquellos que se sienten bien con el clima organizacional junto a los que si percibieron un clima favorable, tendremos entonces que el 86,21% perciben un favorable clima organizacional. Resultados que coinciden con los de Manrique, M. quien encontró al 78,26% con clima organizacional favorable ⁽¹⁷⁾. Así mismo Huarsaya, T. refiere que un 66,67% de clima organizacional favorable, en el personal asistencial del Hospital Goyeneche ⁽¹⁸⁾. Estos hallazgos muestran que los médicos tendrían comportamientos funcionales positivos hacia su organización, en este caso hacia su Hospital, tal como lo describe Alexis Goncalves (1997) en su obra Clima Organizacional ⁽⁵⁾.

En la tabla 2 se aprecia las características de la satisfacción laboral en los médicos encuestados; donde la mayor frecuencia (49,65%) muestran algún grado de insatisfacción, seguida del 26,21% que mostrarían indiferencia y finalmente el 24,14% refieren estar satisfechos en diversos grados. De igual manera si se considera al término "indiferente: ni satisfecho ni insatisfecho" como aquellos que sienten una satisfacción laboral adecuada, y los sumamos con los que sí manifiestan estar satisfechos, tendremos entonces que el 50,35% se sienten satisfechos laboralmente. Contrastándose con los resultados obtenidos por Manrique, M. quien encontró el 89,13% de satisfechos laboralmente ⁽¹⁷⁾. Siendo los factores principales de la insatisfacción encontrada, la falta de libertad para escoger su propio método de trabajo, falta de reconocimiento por el trabajo bien hecho, falta de

Tabla 1

Distribución de médicos participantes según clima organizacional.

	Nº	%
Muy desfavorable	2	1,38
Desfavorable	18	12,41
Indiferente	68	46,90
Favorable	54	37,24
Muy favorable	3	2,07
Total	145	100,00

Tabla 2

Distribución de médicos participantes según satisfacción laboral.

	Nº	%
Muy insatisfecho	6	4,14
Insatisfecho	22	15,17
Mod. Insatisfecho	44	30,34
Indiferente	38	26,21
Mod. Satisfecho	28	19,31
Satisfecho	5	3,45
Muy satisfecho	2	1,38
Total	145	100,00

promociones y el ambiente físico de trabajo. Factores insatisfactorios determinantes, tal como lo señala Cook Warr (1979) en su obra *The overall job satisfaction*⁽¹⁶⁾.

En la tabla 3, observamos que conforme el clima organizacional se hace más favorable también se incrementa el grado de satisfacción laboral de los médicos participantes, por lo tanto encontramos una buena asociación y ésta fue directa y altamente significativa. Es así que al calcular el coeficiente de determinación R² se podría afirmar que el 42,81% de la satisfacción laboral es influido por el clima

organizacional. Siendo este resultado importante, ya que demuestra que la satisfacción laboral no depende exclusivamente del clima organizacional, existiendo otros factores que no han sido estudiados en el presente trabajo (estrés ocupacional, problemas personales, carga familiar, otros). Resultados similares a los obtenidos por Manrique, M⁽⁸⁾, Sánchez, L^(17, 19).

Sin embargo Andrés A. en su obra *Clima organizacional y Desempeño laboral*, refiere que ambas se comportan como predictores del desempeño laboral⁽²⁰⁾.

Tabla 3

Relación entre la satisfacción laboral y el clima organizacional.

Satisfacción laboral	Clima total	Muy desfavorable	Desfavorable	Indiferente	Favorable	Muy favorable
	Nº	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Muy insatisfecho	6	1 (16,67)	3 (50,00)	2 (33,33)	0	0
Insatisfecho	22	1 (4,55)	9 (40,91)	12 (54,55)	0	0
Mod Insatisfecho	44	0	5 (11,36)	29 (65,91)	10 (22,73)	0
Indiferente	38	0	1 (2,63)	17 (44,74)	20 (52,63)	0
Mod Satisfecho	28	0	0	8 (28,57)	20 (71,43)	0
Satisfecho	5	0	0	0	4 (80,00)	1 (20,00)
Muy satisfecho	2	0	0	0	0	2 (100,00)
Total	145	2 (1,38)	18 (12,41)	68 (46,90)	54 (37,24)	3 (2,07)

Rho Spearman = 0,6543 P=0,

CONCLUSIÓN

Se concluye que la percepción del clima organizacional está relacionada de manera directa a la satisfacción laboral de los médicos del Hospital III Yanahuara EsSalud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Brunet L. "El Clima de Trabajo en las Organizaciones". Definiciones, diagnóstico y consecuencias. México: Editorial Trillas; 1999.
- 2.- Segredo, A. "Clima Organizacional en Salud Pública, Consideraciones Generales". alina.segredo@infomed.sld.cu. Consultado diciembre 2005.
- 3.- Rodríguez, D. "Diagnóstico Organizacional". Alfa Omega: Grupo Editor México; 1999.
- 4.- Goncalves, A. "Fundamentos del Clima Organizacional". Sociedad Latinoamericana para la Calidad (SLC); 2000.
- 5.- Goncalves, A. "Clima Organizacional". México: Editorial Trillas; 2000.
- 6.- Davis, K. y Newtron, J. Comportamiento Humano en el Trabajo. Comportamiento Organizacional. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana S.A. México; 1991.
- 7.- Valle R. Gestión Estratégica de Recursos Humanos. Estados Unidos de América: Addison Wesley. Editorial Iberoamericana; 1995 p.80 - 90.
- 8.- Guedez V. Gerencia Cultura y Educación. Caracas. Fondo Editorial. Tropykos; 1998. p. 28.
- 9.- Sohi R. Organizacional Climate-Culture. Journal of Personal Selling and Sales. Management; 1999. P. 19. 1, 83
- 10.- Zurriaga R. Las Características del Trabajo Como

- Antecedentes de Bournout, en Profesionales de la Salud. Psicología del Trabajo. Ediciones Pirámide. Madrid; 1998. p. 203-212.
- 11.- Chiavenato I. "Introducción a la Teoría General de la Administración". México. Mc.Graw-Hill Interamericana de México: S.A. 1989.
- 12.- Fernández F. Salud Mental y Morbilidad Psiquiátrica en el Personal Sanitario. Interamericana-Mc-Hill; 1993. p. 414-423.
- 13.- Palma, S. Elaboración y Validación del Inventario DO-SPC. Lima: CIURP. 2002.
- 14.- MINSA. Normas Legales. RM N° 623-2008/MINSA."Plan para el Estudio del Clima Organizacional 2008-2011".
- 15.- Locke, E.A.The Nature and Causes of JOB Satisfaction. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago. United States. Rand Mc Nally Collage Ed. 1976.
- 16.- Warr, Cook y Wall. The Overall Job Satisfaction. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological wellbeing; 1979.
- 17.- Manrique Zegarra, Miguel. "Influencia del Clima Organizacional en la Satisfacción del Personal Médico". Tesis de maestría. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, facultad de medicina; 2006.
- 18.- Huarsaya, T. Características del trabajador asociado al nivel de satisfacción laboral, en el personal asistencial del Hospital Goyeneche. Arequipa 2006.
- 19.- Sánchez Soto, Luz. "Influencia del Clima Organizacional y de las Características Personales en el Grado de Motivación del Personal de Salud del Hospital Militar Regional Arequipa". Tesis de maestría. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2006.
- 20.- Andrés, A. Clima Organizacional y Satisfacción Laboral como Predictores del Desempeño Laboral. Universidad de Talca. Chile; 2006.

Rancidez de aceites en alimentos preparados en tres kioskos del área de Biomédicas de la UNSA-2011

Rancidity of oils in prepared foods in three kiosks of the area biomedical of the UNSA-2011

Maritza Chirinos Lazo¹, Cender Quispe Juli², Eva Quispe Soria², Fredy Ramírez Corrales², José Ramos Olivera², Yeren Salhua Zúñiga², Eddy Sánchez Urure², Paola Sancho Chuquipalla², Josué Soria Solis², Carlos Tairo Cerrón², Oscar Ticona Chino²

Resumen

El enranciamiento es un proceso por el cual un alimento con contenido de grasas o aceites se altera con el tiempo adquiriendo un sabor desagradable. Los aceites vegetales comestibles al sufrir los procesos oxidativos se deterioran, presentándose compuestos volátiles que imparten olores y sabores desagradables, compromete la calidad y vida útil de los mismos, puede incluso provocar la aparición de sustancias dañinas para la salud. Por lo tanto, no solo producen la pérdida de características organolépticas de los mismos sino que también pueden ser causa de cáncer, enfermedades inflamatorias, aterosclerosis y envejecimiento precoz. Por lo que se planteó determinar la rancidez de los aceites con los que son preparados los alimentos que se expenden en los diferentes kioskos del área de biomédicas. Se recolectaron alimentos preparados con aceite (salchipapas, papa frita) de los kioskos seleccionados, para proceder a obtener el aceite se exprimieron estos alimentos, luego este aceite fue llevado al laboratorio de bioquímica en donde se realizó la evaluación química a través del índice de peroxidación. A la evaluación se encontró: que en el kiosko 1 y 2 sus aceites usados en la preparación de alimentos tenían un elevado índice de peroxidación (50,25 y 26,27 en promedio respectivamente), mientras el kiosko 3 tuvo un índice de peroxidación de 17,17 en promedio. Se concluye que el kiosko 1 y 2 preparan sus alimentos con aceite rancio, mientras el kiosko 3 prepara sus alimentos con aceite no rancio.

PALABRAS CLAVE:
Enranciamiento.

Abstract

Rancidity is a process by which a food with fat or oil changes with time acquiring an unpleasant taste. Edible vegetable oils undergo oxidative processes to deteriorate, occurring volatile compounds that impart unpleasant tastes and odors, compromises quality and their useful life, it may even cause the appearance of substances harmful to health. Therefore, not only result in the loss of organoleptic characteristics of the same but can also cause cancer, inflammatory diseases, atherosclerosis and premature aging. By what was raised determine the rancidity of oils that are prepared with foods that are sold in different biomedical area kiosks. Foods were collected with oil (salchipapas, potato chip) of the stands selected to proceed to obtain the oil is squeezed these foods, then the oil was taken to the biochemistry laboratory where chemical evaluation was performed through the index of peroxidation. The evaluation found: that the kiosk 1 and 2 the oils used in food preparation had a high rate of peroxidation (50.25 and 26.27 respectively on average), while the kiosk 3 had a peroxidation index 17.17 on average. We conclude that the kiosk 1 and 2 prepare their food with rancid oil, while preparing meals kiosk 3 not rancid oil.

KEYWORDS:
Rancidity.

1. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. Departamento Académico de Salud Pública.

Fecha de recepción: 10-12-2012
Fecha de aceptación: 01-06-2013

Correspondencia 

Maritza Chirinos Lazo
Correo Electrónico: maritza_ch_l@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años el mercado mundial se ha caracterizado por un marcado incremento en la producción y también el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, dentro de ellas principalmente las comidas rápidas. En este tiempo el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas no ha sido indiferente a las personas en general, sobre todo niños, adolescentes y jóvenes, conllevando al incremento de la obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, etc. Es importante mencionar que la producción y venta de diversos alimentos con alto contenido de grasas que se preparan con aceites, no se efectúan de la misma manera, puesto que en algunos establecimientos el aceite que se usa para preparar los alimentos, puede estar en óptimas condiciones, mientras que en otros lugares sucede lo contrario, dado que en éstos los aceites utilizados están en un proceso de rancidez es decir peroxidación lipídica.

Los cuales no solo producen la pérdida de características organolépticas de los mismos sino que también pueden ser causa de cáncer, enfermedades inflamatorias, aterosclerosis y envejecimiento^(1,2,3). En este sentido, lo que buscamos con este proyecto de investigación es determinar el enranciamiento de grasas contenidos en los alimentos que expenden en los diferentes kioskos del área de biomédicas, lo cual está relacionado a la peroxidación lipídica los que nos sugeriría la presencia de agentes nocivos para la salud de los estudiantes del área de biomédicas y más específicamente para los estudiantes de nuestra facultad; los resultados que se obtengan permitirán dar a conocer a los alumnos ros de esta facultad de tal manera que ellos tengan el conocimiento de los alimentos que ingieren, y de tal forma puedan ser más exigentes al elegir un alimento para su consumo.

Realizada la búsqueda bibliográfica

respectiva se encontró un estudio realizado en la escuela de nutrición con la diferencia que la determinación del ranciamiento se hizo en alimentos.

Por lo cual se propuso determinar la rancidez de los aceites con los que son preparados los alimentos que se expenden en los diferentes kioskos del área de biomédicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal según Altman D., en los “kioskos” pertenecientes al área de biomédicas y en el laboratorio de bioquímica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Se recogieron muestras de alimentos preparados con aceites y que fueron obtenidos de 3 de los kioskos: Kiosko 1: ubicado frente al pabellón de la facultad de medicina (derecha), Kiosko 2: ubicado frente al pabellón de la facultad de medicina (izquierda) y Kiosko 3: ubicado en la Facultad de Biología. Se consideró aquellos kioskos donde se tuvo la certeza que preparaban alimentos utilizando aceite.

Luego se procedió a la toma de la muestra, programándose dos días, uno el viernes 13 y la otra el lunes 16 de enero, la recolección de la toma se hizo aproximadamente a las 11:30 am. De los respectivos kioskos, se realizó la compra de productos en dichos establecimientos (salchipapas, papas fritas), una vez obtenidos estos productos se procedió a exprimir haciendo uso de guantes y material de apoyo (vasos descartables), una cantidad de 5 ml por muestra, una vez obtenido el aceite (grasa), se vertió a envases acaramelados para protegerlos de la luz y evitar la alteración de sus componentes, todo esto se realizó en un intervalo de tiempo de 30 minutos. Seguidamente las muestras fueron llevadas al laboratorio de Bioquímica de la Facultad de Medicina Eleazar Guzmán Barrón con ayuda de los asesores y técnicos de la Sección de

Bioquímica del Departamento Académico de Ciencias Fisiológicas, para su posterior análisis con los respectivos reactivos y materiales de estudio todo el procedimiento se empezó a las 12:00 horas culminándose a las 2:00 pm. Se aplicó estadística descriptiva.

Índice de peróxidos en grasas

Llamamos "índice de peróxidos" a los miliequivalentes de oxígeno activo contenidos en un Kilogramo de grasa, calculados a partir del yodo liberado del yoduro de potasio, titulado con tiosulfato de sodio, operando en las condiciones especificadas según la metódica analítica.

Las sustancias que oxidan al yoduro de potasio en las condiciones descritas, las consideramos peróxidos u otros productos similares provenientes de la oxidación de las grasa, por lo cual el índice obtenido es considerado, con una aproximación bastante aceptable, como una expresión cuantitativa de los peróxidos de la grasa muestra⁽⁴⁾.

Procedimientos:

- 1.- Se pesó 2 gr de muestra en un Erlenmeyer de 50ml, con su tapón esmerilado limpio y seco.
- 2.- Se añadió 10 ml de cloroformo-acido acético y agítase por rotación para disolver la muestra.
- 3.- Se añadió 0,2 ml de la disolución de yoduro de potasio (solución saturada de 10 gr en 3ml de agua destilada).
- 4.- Se añadió almidón caliente al 1% y titular hasta que la solución cambió de color a negro.
- 5.- Finalmente se tituló la solución con tiosulfato de sodio al 0,01N dejando caer esta disolución gota a gota mientras se agita vigorosamente, hasta la casi total desaparición del color negro.

Cálculos:^(5,6)

El índice de peróxidos (IP) se expresa en miliequivalentes de oxígeno activo por kilogramo de muestra:

$$\text{ÍNDICE DE PERÓXIDO (milieq/Kg)} = \frac{(S \times N \times 1000)}{(\text{Gr. de muestra})}$$

S: Gasto de tiosulfato de sodio N: Normalidad.

Se consideró como aceite rancio cuando el índice de peróxido fue >20mlequiv.O₂/Kg de grasa.

RESULTADOS

Se encontró que el índice de peróxido en el kiosco 1 fue de 38,25 (sobre los valores permitidos), en el kiosco 2 de 20,05 (límite) y en el último un índice de 16,50; por consiguiente solo el kiosco 3 los días lunes empezaría a preparar sus frituras con aceite no rancio.

En la evaluación realizada el último día de la semana (viernes), se observó que el kiosco 3 aún utilizaba aceite no rancio, y los otros dos kioscos su índice de ranciamiento se incrementó.

Como observamos en la tabla resumen, en el kiosco 1 el índice de ranciamiento se incrementa 1,6 veces más entre el lunes al viernes, en el kiosco 2 este incremento también fue de 1,6 veces; lo que habría que diferenciar es que en el kiosco 1 el día lunes ya empieza con un índice de ranciamiento mayor al del kiosco 2; a diferencia del kiosco 3 donde el incremento que se observa es solo en 2,5 unidades sin llegar al límite permitido de ranciamiento.

DISCUSIÓN

En la evaluación realizada el día lunes (tabla 1), asumiendo que al ser el primer día de la semana de trabajo el aceite que utilizarán sería nuevo; se encontró: en el kiosco 1 el índice de peroxidación fue 18,25 mEq más de lo permitido; en el kiosco 2 se

lo encontró en el límite porque fue 0,05 mEq mayor; y finalmente el kiosko 3 con un valor de 3,5 meq por debajo del punto de corte aceptado. Por lo tanto en esta evaluación diremos que el kiosko 1 empleó aceite rancio, el kiosko 2 puede ser aceptable a pesar que está discretamente por encima del límite aceptado y definitivamente el kiosko 3 utilizaría aceite no rancio.

En la segunda la evaluación realizada el día viernes (tabla 2) asumiendo que al ser el último día de la semana el aceite que utilizarían sería el mismo de los días anteriores; se encontró que: en el kiosko 1 el índice de peroxidación fue 32,5 mEq más de lo permitido; en el kiosko 2 se encontró 12,5 mEq mayor del límite permisible; y finalmente el kiosko 3 se encontró un valor de 1,0 mEq por debajo del punto de corte aceptado. Diremos que esta evaluación en el kiosko 1 el ranciamiento del aceite se mantiene, en el kiosko 2 ya alcanzó valores

de ranciamiento; y en el kiosko 3 aun los valores del índice de peróxidos se mantienen por debajo de lo permitido.

Al calcular los promedios de los índices de peroxidación obtenidos en ambos días (tabla 3), se observó que el aceite que utilizan en el kiosko 1 es 3,35 mEq más de lo permitido; en el kiosko 2 6,27 mEq y en el kiosko 3 se ratifica un valor menor al límite permisible.

Por consiguiente diremos que el kiosko 1 y 2 utilizarían en la preparación de sus alimentos aceite rancio que como sabemos es un factor de riesgo para la salud de las personas (alumnos del área de biomédicas) que consumen estos productos en estos establecimientos, consecuencias que no las vamos a ver en el corto ni mediano plazo si no a largo plazo con el padecimiento de enfermedades como la obesidad la hipercolesterolemia y

Tabla 1

Índice de peroxidación lipídica obtenido de los alimentos adquiridos el día lunes.

Kioskos	Índice de Peróxido	Ranciamiento
1	38,25	SI
2	20,05	LÍMITE
3	16,50	NO

* El punto de corte para considerar rancio: > 20mEq

Tabla 2

Índice de peroxidación lipídica obtenido de los alimentos adquiridos el día viernes.

Kioskos	Índice de Peróxido	Ranciamiento
1	62,5	SI
2	32,5	SI
3	19,0	NO

* El punto de corte para considerar rancio: > 20mEq

Tabla 3

Tabla resumen del índice de peroxidación lipídica del aceite obtenido en los alimentos evaluados.

Kioskos	Día 1 Lunes	Día 2 Viernes	Promedio General	Ranciamiento
1	38,25	62,5	50,35	SI
2	20,05	32,5	26,27	SI
3	16,50	19,0	17,17	NO

* El punto de corte para considerar rancio: > 20mEq

la ateromatosis las cuales a su vez son factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares que como sabemos están incrementando la mortalidad de las personas^(7,8).

Y en el kiosko 3 no alcanza los índices encontrados para calificarlo que prepara sus alimentos con aceites rancios; es importante referir que a diferencia de los otros kioskos el costo de sus alimentos es algo mayor en comparación a los otros kioskos, sin embargo debemos ser conscientes que finalmente nuestra salud no tiene precio.

CONCLUSIÓN

Por lo que se concluye que los productos que se expenden en los kioskos 1 y 2 están

siendo preparados con aceites rancios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray RK, Bender DA, Bothman KM, Kennelly PJ, Rodwell VW, Weil PA: HARPER Bioquímica ilustrada. McGraw-Hill interamericana editores 28 ed. México: 2010. p.128
2. Baynes JW, Dominiczak MH: Bioquímica médica. Elsevier editores. 2ed. Madrid: 2007. p.239-245
3. Benzie IF: Lipid peroxidation: a review of causes, consequences, measurement and dietary influences. Int J Food Sci Nutr 1996
4. Kirk RS, SAWYER R, EGAN H; Composición y análisis de alimentos de Pearson. Editorial Continental. Ged. México: 1999. p.706-711
5. Nelson DL, Cox MM. LENINGER Principios de bioquímica. Omega editores. 5ed. Barcelona: 2009. p.343-357
6. Halliwell B, Chirico S: Lipid peroxidation: its mechanism, measurement and significance. Am J Clin Nutr 1993
7. Tortora GJ, Derrickson B: Principios de anatomía y fisiología. Panamericana editores. 11 ed. México DF: 2007. p.48-49
8. Lodish H, Berk A, Matsudaira P: Biología molecular y celular. Panamericana editores. 5ed. Colombia: 2004. p.767-775

Elogio a Don Julio Lopera Quiroga

José Luis Picoaga Chávez*

Por un encargo especial de la Academia Nacional de Medicina y recientemente, en otro foro y oportunidad, en la Sociedad Peruana de Medicina Interna, Filial Arequipa, encargos inmerecidos, pero que agradezco anticipadamente, estoy nuevamente en este recinto para atreverme a una verdadera osadía intelectual y espiritual: Tratar de interpretar el legado conductual y ético de ese maestro de todos, el Dr. Julio Lopera Quiroga y resumir su pensamiento en aspectos de la medicina, de la docencia médica y del ser humano que es, y debe ser siempre, un médico.

La tarea no es nada sencilla porque al imponerme la delicada labor de encontrar escritos, artículos, comentarios u otros semejantes que, de forma gráfica, plasmaran las ideas y posturas de Don Julio, me doy con la sorpresa de que a pesar de tantas, estas casi nunca estuvieron escritas. Creo por eso, que él pensaba que si las palabras inspiran, el ejemplo que daba a diario con esfuerzo consciente, pero con natural actitud, realmente arrastraba.



Así que se tiene que aplicar uno de los básicos principios de la llamada teoría de la Inteligencia Multifocal: sin duda, la realidad concreta de un ser, objeto o acto influye en nuestra personalidad, la forma, la conforma y hasta la transforma, pero lo hace más, importa más y queda para siempre en nosotros, si se registra adecuadamente y si se la interpreta. ¿Tengo la habilidad suficiente, he acumulado la observación

* Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina. - Académico - Academia Nacional de Medicina.

José Luis Picoaga Chávez

detenida y constante de esos hechos y, en especial, estoy autorizado para ello? No lo sé. Tal vez no. Pero vale la pena intentarlo.

Julio Lopera Quiroga era un trabajador ciento por ciento. Le he contado 9 tareas diferentes en su vida: médico asistente, consultor clínico de varias organizaciones médicas privadas y públicas, profesor de la Facultad de Medicina, investigador de medicina, directivo de entidades médicas o gremiales o docentes, filántropo o médico de pobres o servidor de congregaciones diversas, esposo, padre y ser humano. Recuerdo con lamento aquí, a una de sus discípulas - predilecta y a la que admiró sinceramente, como me lo confesó una vez -, que tuvo, en el último tramo de su corta vida, nada menos que 14 diferentes y agobiantes ocupaciones en su labor médica, a pesar que era soltera y que no era madre; me refiero a la Past-Presidenta de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, filial Arequipa, la Dra. Hermelinda Salazar Tapia. Don Julio y Hermelinda, seguían el derrotero de Thomas Alva Edison: Las tareas y conquistas humanas se componen de 1% de inspiración y 99% de transpiración. Si parece exagerado, como muchos lo afirman y sin ser exégeta, acudamos a la concepción de Jorge A. Cury, que sostiene que esa proporción es 50% de disciplina, trabajo duro y determinación y 50% de inspiración, creatividad y sueños. Con sus actos y febril actividad, Don Julio nos dijo que para alcanzar la excelencia en nuestras metas y proyectos, en los estudios, en las relaciones afectivas y en nuestra profesión, al coraje de un emprendedor, debemos unir la creatividad de un soñador.

No se crea que la genialidad de un personaje, como el que hoy recordamos esta noche, proviene de la genética o que es producto de los culturemas académicos o de la protección de un hogar materialmente instalado y pródigo; deriva más bien de lo que se construye en los desiertos de las dificultades, en las profundidades de los fracasos y en esos mercados de desafíos que a diario se viven.

La felicidad que ansiaba Don Julio, como todos nosotros, la fue disfrutando en cada paso, en cada acto, en cada vivencia y no en la meta, ni en el final. La fue gozando con cada uno de nosotros, con cada enseñanza, con cada desprendimiento, con cada lección, a lo largo de toda su vida. ¿Cree alguno que este hombre, que había desarrollado su inteligencia y sus relaciones afectivas mejor que muchos, no atravesó turbulencias que se pensarían insuperables, que no pasó por presiones que pocos soportarían y que no dudó, no una sino muchas veces, en pensar si valía la pena continuar en la brega? Sí, de hecho sí y, sin anticiparme, su secreto, uno de sus grandes mensajes, fue transformar su vida en una aventura; descartó la rutina, desafiaba al crear innovaciones permanentes, era un amigo del optimismo, era analítico, crítico, autocrítico y creativo. Entonces, ¿Cómo podemos medir a este hombre? No lo voy a medir por su poder social o político, que lo tenía; tampoco lo haré por su mandato financiero o profesional, que todos reconocían. No lo voy a hacer porque al hacerlo lo desmerecería. Lo voy a medir por la grandeza de sus sueños.

¿Por qué Julio Lopera Quiroga era un soñador?

Porque, en primer lugar, era un líder de sí mismo. Lo que precozmente comprendió fue que, si quería transformarse y con ello la sociedad y el mundo que lo rodeaba, si quería cambiar su empresa vital y su espacio afectivo, debía tener un combustible, escaso, imperceptible por su rareza, casi perdido en estos tiempos y difícil de practicar a diario, que significa entregarse y darse a otros por el solo placer de darse. Ese combustible es la pasión por la vida y el amor por la humanidad.

En esta ardua, pero sincera tarea que me he impuesto, anoto que, en segundo lugar, la calidad de soñador de este hombre, procede de otras cualidades que en variada e inmensurable cantidad estaban en nuestro personaje. Por ejemplo, aceptó y

practicó a cabalidad la misión educativa que todo líder genuino y auténtico tiene, capacidad que es obtenida y no cedida, adquirida y no congénita, persuasiva y no reglamentaria, intuitiva, convivida y razonable y no autoritaria y coercitiva; misión que tiene base en el ejemplo y no en el castigo, que necesita principios y coherencia y no que los ignora.

Y en tercer lugar, creo que Julio Lopera Quiroga, era un soñador porque estaba consciente de que su misión era servir a los demás. Y en ese sentido, consideraba a los demás como ríos y, con humildad, se ubicaba debajo de ellos y al hacerlo se convertía en un mar: pero así todos esos ríos convergían a él y de allí emanaba su poder, pero más que poder, su liderazgo. Esta obra de hacer en favor de otro, de satisfacer sus necesidades y hasta de cuidar sus intereses y que, como es fácil advertirlo, no es un bien material en ninguna forma, tuvo como recurso esencial, y no lo podemos discutir, al amor, otra vez. Pienso que Don Julio servía y así reducía su ego, al entregarse movilizaba al otro, disminuía su afán protagonista y sabía que esto era bueno para su salud. Además, escuchaba a sus seguidores, se retroalimentaba cotidianamente y reconocía que para tomar decisiones, para el bien de esos equipos innumerables que fue formando día a día, se necesitaba mucha información. He conocido pocos individuos que escuchan y que, en particular saben escuchar. Don Julio sabía escuchar y lo hacía de forma empática: escuchaba lo verbal y lo no verbal, es decir las emociones; abandonaba el ego y tomaba una actitud de servicio; pero, más importante aún, se ponía en lugar de la otra persona y abría su mente y espíritu en ese afán de saber escuchar. ¿Cuántos lo visitaban, ya de médicos o aún de alumnos, solo para que los escuche, solo para quejarse?.

Y aquí, en la exageración de quien se apodera, aunque sea transitoriamente, del poder, y no del liderazgo, de comunicar y, buscando en las diapositivas de un

adiestramiento sobre liderazgo que tengo preparado, pero que nadie quiere escuchar, quiero narrar la fábula africana del león y la gacela: “Cada mañana en el África, una gacela despierta. Ella sabe que debe correr más rápido que el león más lento o morirá. Cada mañana en el África un león despierta. Él sabe que debe correr más rápido que la gacela o morirá de hambre. Cuando sale el sol, más vale que te pongas a correr”. En el mundo de hoy, existen cada vez más y más leones, cada vez más y más hambrientos y se ha producido una carrera interminable para no ser devorados. Todos tenemos miedos y no podemos mirar más allá. ¿Es esto evolución? No. ¿A eso nos está llevando la globalización? Sí. ¿Qué hubiera pensado Julio Lopera al respecto? Aunque no pareciera, en realidad me lo dijo. Tuve ocasión de escucharlo. Una mañana, poco antes de cancelar sus salidas por su complicada salud, en un céntrico café de la ciudad, me confió lo decepcionado que estaba, de esta forma de llevar las cosas en el mundo y de lo que venía observando que también ocurría, con verdadero pesar y profunda tristeza, en el mundo de la medicina y de la educación médica, a las que tanto dedicó y entregó en toda su vida. Me quedé pensativo de cómo un profesor, otra vez de todos, podía arribar a esa conclusión lamentable. Solo concluí que él, como Gary Zukav, un escritor ruso, coincidían en que no era esto evolución porque esta es: desarrollar actividades por encima de sí mismo, hacer servicio desinteresado, servir a sus pares, preocuparse por los demás, dejar de pensar solo en los beneficios, no solo tecnología y ciencia sino nivel de conciencia y entregar amor en lugar de reclamar y de pedir. Él sabía que las personas que no hacen servicio desinteresado tienen 2.5 veces más probabilidades de morir que los que lo hacen: el servicio desinteresado es fuente inagotable de salud y es vertiente continua de paz y de felicidad.

Creo que Julio Lopera Quiroga nos ha dejado una inmensa fortuna de ideas, de ejemplos, de verdaderos proyectos de vida

José Luis Picoaga Chávez

que rescatan nuestro placer de vivir y le dan sentido a nuestra vida y que, en buena cuenta, alcanzan aquello por lo cual debemos esmerarnos siempre y que perseguimos como un bien material sin serlo y hasta somos capaces de pagar sin tener un precio. Me refiero a la felicidad. Es decir nos dejó sueños.

Y los sueños no deben morir. El día en que los sueños mueran, el día en que se piense que se merece todo lo que se tiene, se dejará de soñar y de crear y seremos estériles. Don Julio, una vez, en una inauguración de un Congreso Internacional de Medicina Interna, que tuve el placer de organizar con un grupo de entusiastas y con ese aliento siempre aprobatorio de personas como él, cuando el suscrito fungía o fingía de Presidente de la Filial Arequipa de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, me dijo: “José Luis, el futuro de nuestro país depende de la educación. Los jóvenes médicos de hoy van a ser nuestros médicos tratantes mañana o incluso ya lo son ahora. La educación médica, por tanto, no necesita remiendos sino una revolución, una verdadera revolución”. Me reclamó que los profesores, en primer lugar, sean valorados y aliviados y me señaló que nunca un grupo, tan noble, haya sido tan desprestigiado profesionalmente; que deberían trabajar menos y ganar más. Todavía fue más severo y crítico, cuando me dijo: “¿Crees, José Luis, que estamos preparando siervos o líderes en el campo de la medicina? Me parece que solo los hemos formado para el aplauso, pero no para el fracaso y los fracasados somos nosotros, entonces”. En realidad, se refería a que no estamos formando líderes auténticos, que no pensamos ni buscamos que el liderazgo deba ser una competencia de sus vidas, con un saber teórico, con un hacer práctico y con un ser teórico-práctico y, por antonomasia, que pase a ser un hábito juicioso y permanente.

Y los sueños, que él reclamaba y mostraba, que él soñaba y no se cansaba de repetirlos, serán útiles en la madurez para

no jubilar la mente, en la enfermedad para contar con calidad de vida, en la juventud para encontrar el oro que se esconde en los corazones, en los maestros para esculpir el arte de pensar en sus alumnos y en cada momento para vivir un romance con nuestra vida.

Pero insisto, y claramente repito, que esta es una interpretación. Una traducción y una explicación personal de todo lo que con actos me alcanzó a decir uno de los profesores más destacados que tuvo la Facultad de Medicina más antigua de Arequipa y uno de los médicos fundadores del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Tan personal es que, seguramente, varios ya estarán discrepando en ese autoflujo, veloz e inevitable, que es la construcción de pensamientos. Al final de cuentas, sin embargo, no existe un recuerdo puro, el pasado siempre se reconstruye cada vez en el presente y a pesar de que la memoria tiene registro involuntario e indetenible, ésta se abre por ventanas en las que las emociones determinan el grado de su apertura.

Resumir esta aventura escrita significaría reducir a Don Julio a unas cuantas frases. Es riesgoso, pero tengo una afirmación final más que decir y por eso lo haré.

Don Julio Lopera Quiroga demostró haciendo, enseñó con su ejemplo, grabó corazones y transformó personalidades, al mostrar que:

- Las palabras inspiran, pero su ejemplo intentaba y logró arrastrar.
- Era un trabajador incansable. Tenía 9 ocupaciones distintas.
- Para alcanzar nuestras metas y objetivos, al coraje de un emprendedor se debe unir la creatividad de un soñador.
- La felicidad no está en la meta ni al final. Se disfruta en cada paso, en cada vivencia, en cada enseñanza y en cada aprendizaje.

- Él y otros líderes natos deben ser medidos por la grandeza de sus sueños.
- Era un soñador porque su combustible era la pasión por la vida y el amor por la humanidad; porque aceptó y practicó a cabalidad la misión educativa que todo líder debe tener; y porque estaba consciente que su trabajo era servir a los demás.
- Asistir a la verdadera evolución del individuo: desarrollar actividades por encima de sí mismo, hacer servicio desinteresado, servir a sus pares, preocuparse por los demás, dejar de pensar solo en los beneficios, no solo ciencia sino conciencia y entregar amor en lugar de pedir y reclamar.
- Perseguir la felicidad y dejar sueños.
- Los sueños son útiles para no jubilar la

mente, para encontrar el oro que hay en los corazones de los jóvenes y para vivir un romance perpetuo con la vida.

Preparemos médicos que sean líderes no siervos y para el aplauso sí, pero también para el fracaso

Solo quiero decir, a despecho de los que afirman que esta Facultad de Medicina o el Hospital Honorio Delgado Espinoza no tienen escuela, es decir tienen una manera de ser y de pensar Institucionales, que aquí esta la real Escuela, que en estos pensamientos, ejemplos, actitudes, conductas y desempeños, se dejó una semilla imperecedera, una incontrastable Escuela.

Muchas Gracias.

Invierno del 2012.

Dunia Lozada-Quintanilla ¹

La generación de los rectos será bendita. Bienes y riquezas hay en su casa, Y su justicia permanece para siempre. (Salmos 112, 2-3)

Estamos viviendo tiempos caracterizados por una gran decadencia de valores tanto en la familia como en la sociedad, ante esta situación, urge tomar medidas que nos permitan superar esta realidad; motivada por esta circunstancia, expongo el presente artículo y lo dedico principalmente a los alumnos de la facultad de medicina, especialmente a los que cursan el primer y

segundo año, en quienes veo reflejados a mis hijos: dos jóvenes nobles y de hermoso corazón, con los que DIOS me ha premiado y que son lo más preciado y valioso de mi existencia. Anhele para estos jóvenes lo mismo que para mis hijos, por lo que deseo compartir acerca del significado y la importancia de estas palabras: integridad, rectitud, honestidad, honradez, justicia, limpieza de manos, limpieza de corazón y sinceridad⁽¹⁾; las mismas que me impactaron en una de las prédicas a las que suelo asistir y que pretendo transmitirles, con el afán de contribuir a la solución de éste álgido problema.

1. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina.

Correspondencia 

Dunia Lozada-Quintanilla
Correo Electrónico: dalq_54@hotmail.com Celular: 959951438

Integridad:

Es un concepto que proviene del término latino *integritas*, se refiere a la cualidad de íntegro, completo, entero y abarca muchas cosas buenas, aquel que tiene principios y los guarda y no se aleja de ellos, alguien recto, probo e intachable, en suma, la integridad es una actitud del corazón; debemos trabajar, estudiar y vivir con integridad. En una sociedad como la nuestra - donde se están perdiendo los valores - la desconfianza crece, entonces la integridad se torna en un gran reto en la familia, la sociedad y los negocios, integridad implica rectitud, bondad, honradez, alguien en quien se pueda confiar⁽²⁾.

Integridad significa defender lo que es correcto, vivir de acuerdo a los más altos valores, ser honrado y sincero con uno mismo y con las demás personas, significa que nuestras palabras y nuestras acciones están de acuerdo. Nos permite hacer lo que creemos correcto y decir la verdad, nos permite confiar en las demás personas y en sus promesas. Las personas que actúan en forma íntegra son respetadas y construyen un clima de paz a su alrededor. Ponemos en práctica nuestra integridad cuando mostramos congruencia ética entre lo que pensamos y lo que hacemos. Cuando practicamos lo que predicamos y predicamos lo que practicamos. Cuando predicamos con el ejemplo. Cuando damos importancia a los valores y su práctica. Cuando hacemos lo correcto aunque nadie nos esté viendo. Cuando cometemos un error y lo corregimos. Cuando defendemos lo que nos parece correcto. Cuando somos nuestros propios líderes⁽³⁾.

Integridad no es tanto lo que hacemos sino lo que somos, y lo que hacemos a su vez determina lo que somos. Jesús dijo claramente que la integridad involucra la totalidad de la persona interior, el corazón la mente y la voluntad⁽⁴⁾. “Podemos cambiar completamente nuestra vida y la actitud de la gente que nos rodea con solo cambiar nosotros mismos” Rudolf Dreikurs⁽³⁾.

Rectitud:

Según el diccionario, es aquello que es recto y justo en el sentido ético o moral. Es una actitud del corazón. Es una calidad del alma humana, es el mejor y el único camino. La rectitud tiene el poder de proporcionar gozo, felicidad y seguridad. En estos tiempos muchas personas consideran que sus acciones no tienen consecuencias morales y que lo que hacen solo tiene consecuencias sociales, negando con esto que las cosas son buenas o malas⁽⁵⁾. Debemos esforzarnos para vivir con rectitud y tratar de hacer todo lo que podamos en obediencia a las reglas morales ya que eso trae consigo la paz y el consuelo interior. La rectitud nos brinda confianza y seguridad. El ser recto implica ser justo, honrado, honesto, íntegro, imparcial, equitativo⁽⁶⁾.

Honestidad:

Es una *cualidad de calidad humana* que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad (decir la verdad), de acuerdo con los valores de verdad y justicia. Se trata de vivir de acuerdo a como se piensa y se siente⁽⁷⁾. La honestidad expresa respeto por uno mismo y por los demás, consiste en asumir que la verdad es solo una. La honradez es una consecuencia de ser honestos y justos. Implica el análisis de nuestros sentimientos buscando el bien de los demás y el propio. Implica la verdadera sinceridad con las personas y en los momentos correctos. Es una condición fundamental para las relaciones humanas, para la amistad y la auténtica vida comunitaria. Ser deshonesto es ser falso, injusto, impostado, ficticio. La deshonestidad no respeta a la persona en sí misma y busca la sombra, el encubrimiento: es una disposición a vivir en la oscuridad. La honestidad, en cambio, tiñe la vida de confianza, sinceridad, apertura y expresa la disposición de vivir a la luz, la luz de la verdad⁽⁸⁾.

Honradez:

Cualidad de una persona que se muestra tanto en su obrar como en su manera de pensar, como justa, recta e íntegra ⁽⁹⁾, persona que tiene honra, esto es, que respeta, enaltece y aporta honor. La honradez es no apropiarse de las cosas materiales o intelectuales de los demás. Una persona es honrada cuando armoniza las palabras con los hechos.

La honradez es hermosa y admirable en la vida de todas las personas. No pretendamos disfrazar las fechorías con habilidades o mentiras, procuremos en todo momento, actuar con la verdad, aunque nos cueste mucho esfuerzo conseguir lo que deseamos con nuestros propios medios. Si somos pobres, busquemos desde allí la felicidad. Si deseamos conseguir un objetivo, tracémosnos una meta, perseveremos siempre, pero nunca seamos ladrones. Procuremos rodearnos de personas sanas y de buenos sentimientos. Esforcémosnos en todo momento por ser sinceros, justos, veraces y responsables. La persona honesta siempre dice la verdad, jamás interviene donde no la llaman, o en lo que no esté preparada. Por mas necesidad que se tenga es preferible ser buen caminante, saber hablar y decir las cosas por su nombre, solicitar lo que se necesita, pedir con cariño y respeto, con todo ello seguro que las puertas se abrirán. La falta de honradez es una enfermedad letal. No nos quitemos la vida, actuemos con dignidad.

Las personas de capacidad y honorabilidad comprobada y que merecen confianza, son un bien insustituible desde todo punto de vista, porque generan bienestar social, libertad y seguridad, son garantía y un genio real para alcanzar resultados satisfactorios ⁽¹⁰⁾.

Justicia:

Es responder a las necesidades de otros. El hecho de hacer justicia es una obligación del ser humano. Es dar a cada quien lo que le corresponde. La justicia es ética, equidad y honestidad. La conocida figura que

representa a la justicia simbolizada por una mujer que lleva los ojos vendados y porta una balanza con sus dos platos en equilibrio, en la que los ojos vendados significan que, sin importar de quién se trate (sin tomar en cuenta su raza, su religión o su lugar en la sociedad), todos deben recibir lo que les corresponde; la balanza indica que la decisión no debe inclinarse a favor de una persona y en contra de otra. La injusticia ocurre cuando un plato de la balanza se inclina más que el otro. Por ejemplo: es injusto que una persona trabaje mucho y le paguen poco, pero también lo es que trabaje poco y le paguen mucho. La injusticia aparece en la vida diaria cuando le negamos a alguien lo que consiguió con su esfuerzo. También aparece en la sociedad cuando hay personas que no tienen casa ni ropa, mientras otras cuentan con más de lo necesario para vivir ⁽¹¹⁾.

La justicia es el valor por el cual la persona se esfuerza constantemente para dar a los demás lo que es debido de acuerdo con el cumplimiento de sus propios deberes y de acuerdo con los derechos personales. Decía Aristóteles: La justicia es la medida, simbolizada por la balanza, es decir, por el equilibrio y la proporción: a cada uno su parte, ni mucho ni poco.

Si queremos ser justos: juguemos siguiendo las reglas, compartiendo y escuchando lo que dicen los demás; no tomemos ventaja de otros. Antes de decidir tomemos en consideración a todos y no culpemos a otros por algo que ellos no hicieron. Desarrollemos nuestro sentido de lo que está bien y lo que está mal. Seamos honestos, rectos, compasivos y humanos. Reconozcamos nuestros derechos y deberes y los de los demás.

Una historia bíblica nos ilustra acerca de lo que es la justicia: “Un día se presentaron ante el Rey Salomón dos mujeres, diciendo cada una ser madre de un pequeño niño y pidieron que él decidiera cual de las dos se quedaría con el bebé. Salomón mandó a buscar una espada y pidió a un guardia que partiera al bebé en mitades iguales y dar

Dunia Lozada-Quintanilla

una mitad a cada una de las mujeres. A la primera de las mujeres esto le pareció justo, pero la segunda pidió llorando que no le hicieran daño al niño y que se lo dieran a la otra mujer. Entonces el Rey dio su sentencia y dijo: “Dadle el niño a la segunda mujer, ella es su verdadera madre”. Ser justo no es una tarea fácil, se requiere sabiduría, mucha firmeza y compasión al mismo tiempo⁽¹²⁾.

Limpieza de manos:

Significa sin mancha, sin suciedad, las manos deben servir para hacer el bien, brindar ayuda, apoyo, acariciar, curar, sanar, trabajar, escribir cosas hermosas, pintar y esculpir la belleza y no para hacer daño, golpear, robar, destruir o lastimar.

Limpieza de corazón:

Implica nobleza, generosidad, grandeza de alma, las personas de noble corazón harán cosas correctas, cosas buenas. En la biblia encontramos frases que nos ilustran sobre este tema como por ejemplo: “De la abundancia del corazón habla la boca”⁽¹⁾, no permitamos que ninguna palabra corrompida salga de nuestra boca, sino palabras que sirvan para edificar y no para destruir; “Por sobre toda cosa guardada, guardemos nuestro corazón porque de él mana la vida”⁽¹⁾, si tenemos cosas buenas en nuestro corazón hablaremos y haremos lo bueno ante los ojos de Dios.

Sinceridad:

Según la real academia de la lengua significa sencillez, veracidad, modo de expresarse libre de fingimiento. Una persona es sincera cuando habla sin rodeos. Cuando se identifica con lo que

dice o hace, ser sinceros es servir a la verdad y obrar la verdad, para los cristianos es estar en comunión con DIOS.

La medicina es la profesión más hermosa porque en ella se trabaja con seres humanos, quienes ven al médico con mucha esperanza y respeto, practiquemos estos valores con nuestros pacientes, es lo correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Santa Biblia. Antigua Versión de Casiodoro de Reina (1569). Revisada por Cipriano de Valera (1602). Sociedades Bíblicas en América Latina: Impreso en Corea 2005
2. La integridad. Disponible en www.proyectopv.org/1-verdad/integridad.htm [En consulta: 27/10/11]
3. La integridad. ¿Qué significa? Dulce Umazor Comisión Institucional de Valores Ministerio de Justicia. Disponible en valores.racsca.co.cr/formacion_desarrollo/.../integridad_dia_4.ppt [En consulta: 27/10/11]
4. La integridad. Recopilado por: CL Jorge Cassieri Club de Leones Bs. As. Parque Chacabuco Argentina. Disponible en www.leonismoargentino.com.ar/INST248.htm [En consulta: 27/10/11]
5. Rectitud. Élder William R. Bradford. Disponible en lds.org/conference/talk/display/0,5232,49-3-5-32,00.html [En consulta: 30/10/11]
6. Rectitud. Disponible en www.minelinks.com/message/rectitud.html [En consulta: 30/10/11]
7. Honestidad - Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/Honestidad [En consulta: 30/10/11]
8. La honestidad. Monografías. Disponible en www.monografias.com [En consulta: 30/10/11]
9. Honradez - Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/Honradez [En consulta: 30/10/11]
10. Qué es la honradez. Disponible en www.literato.es/que_es_la_honradez/ [En consulta: 30/10/11]
11. Valores. Disponible en www.fundaciontelevisa.org/valores/pages/justicia.html [En consulta: 30/10/11]
12. Un valor imprescindible, la justicia - FULVIDA.com >> FULVIDA. Disponible en fulvida.com/id-noajica/identidad/un-valor-imprescindible-la-justicia 17 Oct 2006 [En consulta: 30/10/11]

“Las aventuras de pinocho”. Analogía con la profesión médica: Parodiando a Pinocho

Jorge Lazo Vera ¹

Generalidades:

La fuente inicial de la sugerente expresión narrativa **Las aventuras de Pinocho** corresponde a Carlo Lorenzini (más conocido por el pseudónimo de Carlo Collodi) y, se inscribe al tramo que va entre 1881 y 1883, más exactamente a Italia. Masificado por Walt Disney desde 1940 en Norteamérica, sigue siendo querido por niños y adultos en todo el mundo; sin embargo, el cuento de esta marioneta, hecha de madera de pino, tiene un alto trasfondo espiritual que tratamos de relacionarlo con el humanismo médico.

Pinocho representa, así, la historia del alma humana en su larga travesía de evolución. Es creado bajo la influencia de dos personajes: el uno, masculino, –Geppetto; y, el otro, femenino, - Hada Azul, (cuya simbología da a conocer los dos aspectos elementales de todo ser supremo). De aquí derivamos las analogías en cuanto el médico(a), en su perfil, debe poseer un alma altamente sensible y su travesía es el largo recorrido de su vida profesional.

1. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Medicina. Hospital III Yanahuara. EsSALUD Arequipa. Perú.

Correspondencia 

Jorge Omar Lazo Vera
Correo Electrónico: jorgelazov@hotmail.com Celular: 959633834

La conciencia:

Como sabemos, **Pinocho** es tallado por el carpintero Geppetto y, el Hada Azul le da vida. De igual modo y al mismo tiempo, el Hada elige a un grillo llamado Pepito y le encomienda la siguiente misión: permanecer junto a **Pinocho** y ser su conciencia (el Hada Azul representa al ser supremo que pone junto a cada colega su conciencia, que siempre debe acompañarle en cada uno de sus actos permitiendo discernir entre lo que es correcto y lo incorrecto).

He aquí la gran tarea que nos ha franqueado la vida, nuestra sociedad, la vocación profunda que nos induce al ejercicio de esta profesión, dedicada por su naturaleza íntima, preñada de bondades y también henchida de sinsabores, cuando no de incomprensiones infundadas. Pero ahí estamos, afrontando los retos, prestos a servir y nada más que a servir, haciendo honor a la integridad de nuestra conciencia. En eso estamos.

La responsabilidad:

El mayor deseo de Geppetto es que **Pinocho** llegue a ser un niño de verdad. Y sabe que su deseo sólo puede hacerse realidad si **Pinocho** aprende y crece estudiando, por lo que lo envía a la escuela. Igual ocurre en nuestro trabajo, de suma responsabilidad, en cuanto tiene que ver con el tratamiento de vidas humanas, su estado idóneo, sobre todo para el trabajo y el desenvolvimiento del ser humano en su vida cotidiana. Por eso siempre debemos estar atentos a los adelantos tecnológicos y científicos, en la medida en que el ejercicio de nuestra profesión es un proceso de autodisciplina, aprendizaje y automejoramiento permanente.

El libre albedrío:

Una escena: **Pinocho** sale por la puerta principal conducido por su padre, y lo hace cargado de propósitos nobles, de buenaventuras por doquier, con

el anhelo profundo de convertirse en algo superior, es decir, en un niño de verdad. Pero cuando sale al mundo surgen los problemas. Haciendo uso de su libertad recién descubierta, **Pinocho** toma algunas decisiones equivocadas, y sucumbe ante la tentación del orgullo a pesar de las protestas de Pepito Grillo. Sigue a Juan el Honrado y se une a una compañía de circo (La característica fundamental del alma es el libre albedrío que nos permite en cada instante decidir, teniendo siempre en cuenta a nuestra conciencia). Esto nos permite la siguiente reflexión: la de proclamar, siempre, la libertad como valor supremo que rige los destinos de la humanidad, es el libre albedrío, es la libertad en el más castizo de los sentidos, por decir, rechazamos y censuramos toda clase de libertinaje porque “la libertad de cada uno termina donde comienza la libertad de otro”.

La honestidad:

En su representación teatral **Pinocho** recibe grandes aplausos, y está muy contento, pero después de la actuación lo encierran en una jaula (El dejarnos llevar por el elogio, el orgullo, que nos digan “eres el mejor médico”, puede prodigarnos placer momentáneo, pero a la larga siempre produce dolor, porque frente a nuestro subconsciente nos hacemos esclavos y dependientes). El Hada Azul acude junto a él, preguntándole la causa de su encierro, y **Pinocho** intenta justificarse diciendo mentiras; pero con cada mentira que dice le crece más y más la nariz.

Entonces **Pinocho** descubre que el mal no puede ocultarse, y reconoce sus errores con honestidad, arrepintiéndose de ellos (lo mismo se da entre nosotros; frente a un acto médico cuyo resultado no fue el que esperábamos o se suscitó un evento adverso, mientras nos auto justificamos y nada más que eso y no reconocemos nuestros errores ante nosotros mismos, ante los demás colegas, jamás aprenderemos, ya que haremos caso omiso a la obligación de revisión de las

causas que originaron este hecho). El Hada entonces le libera y recibe otra oportunidad. Pepito Grillo está decidido a ayudar a **Pinocho** a no salirse del buen camino, pero tardan poco en presentarse nuevas tentaciones. Vuelve aparecer Juan el Honrado, que le invita a la Isla del Placer, un lugar donde los niños pueden divertirse todo el día y satisfacer todos sus deseos. **Pinocho** no puede resistir la atracción de viajar a la Isla y se une al grupo (la gran tentación médica es no tener que estudiar, ni esforzarnos, recibirlo todo fácilmente). Y ocurre que cuando **Pinocho** y los demás niños llevan en la Isla demasiado tiempo, empiezan a convertirse en burros y a olvidarse incluso de hablar (De igual forma ocurre con el alma de algunos médicos, las tentaciones de la vida aparecen en el camino, la satisfacción permanente del deseo de dinero, cuando se deja de estudiar, de repasar, de asistir a capacitaciones olvidándose quiénes son y de cuál es su verdadera misión como profesionales de la salud). Pero **Pinocho** se da cuenta a tiempo. Cuando descubre que les están saliendo orejas y rabo de burro, se dirige a Pepito Grillo para pedirle ayuda. Esto le salva, porque Pepito Grillo sabe cómo puede escaparse de la Isla.

La reconciliación:

En cuanto están libres empiezan a buscar a Geppetto. Pero vuelven a su casa y descubren que ha desaparecido; ha ido a buscar a **Pinocho** (Este pasaje es de vital importancia, ya que nos permite colegir que los médicos no sólo buscamos a un ser supremo en momentos difíciles, -complicaciones-, sino que Él también nos busca). **Pinocho** recibe indicaciones sobre el paradero de su padre. Podrá encontrarlo en el fondo del mar, en el vientre de una gran ballena que se tragó la barca de Geppetto (este mamífero marino es un antiguo símbolo de la reconciliación del espíritu y la materia, que siempre debemos tratar de mantenerlos en equilibrio en nuestra vida, tratando en lo posible de que prevalezca lo espiritual, los valores por sobre las cosas materiales. El mar es un

símbolo del inconsciente, así, el presente cuento nos hace referencia a que debemos encontrar permanentemente nuestra inspiración espiritual para el ejercicio profesional de medicina, en nuestro propio yo inconsciente, en el fondo de nosotros mismos).

Cuando **Pinocho** y Pepito Grillo buscan a Geppetto en el mar, los traga la misma ballena. En el vientre de ésta tiene lugar una alegre reunión de **Pinocho** con su padre, pero pronto se dan cuenta que deben escaparse para seguir juntos a la luz del día y en tierra firme.

El sacrificio:

Es así que los médicos debemos en todo momento huir de la obscuridad de la vida, sin lectura ni capacitación, -representado por las entrañas de la ballena gigante- y ganar la luz del conocimiento y la moral a toda prueba. Nuestra labor médica no termina cuando empezamos a reencontrarnos con nuestras profundidades espirituales, con nuestros sueños o metas. El paso siguiente es llevar este estado superior de la conciencia a nuestra labor médica constantemente y eso suele ser habitualmente lo más difícil. En el cuento, **Pinocho** tiene un plan. Se le ocurre un modo de escapar, que requiere mucha fuerza y valor, y lo consigue. Pero cuando están en medio del mar, Geppetto parece que se va ahogar y **Pinocho** se sacrifica para salvarle.

(Este es el momento determinante, que le va hacer merecedor de ser un niño de verdad; el amor sin ningún interés. Cuando la necesidad de un paciente es más importante que la nuestra, cuando el amor al prójimo aquejado por una dolencia prevalece, se abre el gran portón que deja paso al milagro). Al volver Geppetto en sí en la playa, se encuentra a su lado el cuerpo sin vida de su hijo. Muy afectado, se lo lleva a casa y lo deposita en la cama. Pero la acción de amor del niño, dando su vida por su padre, le ha hecho merecedor de ser un niño de verdad. Este resucita y se cumple

Jorge Lazo Vera

así su destino; ser un niño verdadero.

La recompensa armonía y paz personal y social:

Este cuento es el símbolo del desenvolvimiento espiritual de nuestra propia travesía en el ejercicio médico, no seamos como ese trozo de madera convertido en una gran marioneta que tiene forma humana, pero sin alma, sin lograr ser un niño de verdad, es decir, un médico humanista en toda su dimensión, para lo cual se necesita la chispa divina. La llave maestra para ello es el amor desinteresado, dejando de lado a ese "yo" personal y egoísta. El propósito de vida que debemos compartir los médicos es nuestro mejoramiento constante como personas,

manifestando en lo finito, lo infinito; tratando de llevar lo divino a lo humano y dejar nuestra huella indeleble que demuestre nuestras cualidades morales y espirituales en nuestra vida y en cada uno de nuestros actos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eco U. (Con la colaboración de Rorty R, Culler J y Brooke-Rose Ch.) (1997). Interpretación y sobreinterpretación. Cambridge, University Press. ISBN 0-521-42554-9.
2. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Editorial Alianza Madrid. 1979.
3. García Bacca JD. "La analogía del ser y sus relaciones con la metafísica". Episteme. Caracas. 1959.
4. Gutiérrez Sánchez G. "Estudio psicoanalítico de cuentos infantiles", Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 1993.
5. López Quintás A. "El Análisis Literario y su papel Formativo". Universidad Complutense de Madrid. 2010.

Fe de Erratas Vol. 1 N°2

DICE: Eleazar CÓRDOBA Benzaquen
DEBE DECIR: Eleazar CÓRDOVA Benzaquen

DICE: Elí Martínez BERRIO
DEBE DECIR: Elí Martínez BARRIOS

Agradecimiento a los Árbitros

Dr. Walter Medina Rueda
Dra. Yolanda Álvarez de Trillo
Dr. Azael Paz Aliaga
Dr. Carlos Bernedo Gutiérrez
Dr. Edgardo Gutiérrez Torres
Dra. Rebeca Medina Tong
Dr. Luis Vásquez Huerta
Dr. Jorge Ríos Málaga
Dra. Martha Ávila
Dra. Josefina Medina
Dr. José Pastor
Dra. Luz Mujica Calderón

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Es la revista científica oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Perú. Tiene como finalidad difundir los trabajos de investigación realizados por los docentes y alumnos de pregrado y postgrado.

Los trabajos enviados a la revista Acta Médica de la UNSA tendrán una antigüedad no mayor de 5 años y deben seguir las siguientes normas de presentación:

- Tratar temas relacionados al área de las ciencias bioquímicas y de la docencia.
- Ser originales e inéditos.
- Pertenecer a una de las siguientes categorías:
 - Editorial
 - Trabajos originales.
 - Temas de revisión.
 - Reporte de casos.
 - Salud pública.
 - Comunicaciones breves.
 - Artículos especiales: Consensos y/o Controversias.
 - Galería Fotográfica.
 - Ensayos literarios relacionados con la medicina.
 - Cartas al Editor.
- Estar acompañado de una carta de presentación firmada por el investigador principal, dirigida al Presidente del Comité Editor de la revista Acta Médica de la UNSA, Dr. Héctor Rondón Cardoso, [forla@star.com.pe] solicitando la evaluación del artículo para su publicación, incluyendo el título del trabajo, el nombre completo de los autores, el tipo de trabajo, la certificación que el trabajo es original, que no ha sido publicado en otra revista y no ha sido presentado para ser evaluada su publicación en otra revista.
- Adjuntar declaración jurada firmada por todos los autores (según formato establecido), en la que declaran que el artículo presentado es propiedad de los autores e inédito y que no ha sido publicado, ni difundido, ni presentado para publicación a otra revista, cediendo los derechos de autor a la revista Acta Médica de la UNSA una vez que el manuscrito sea aceptado para su publicación.
- Estar redactado en español e impreso en papel bond A4, en una sola cara a doble espacio, con márgenes de 3 cm, con fuente Arial, tamaño 12.
- Cada componente del manuscrito empezará en página aparte, ordenadas y numeradas en forma consecutiva.
- El texto de la primera página debe ser presentado en el siguiente orden:
 - Título del trabajo en español e inglés, con los nombres completos del autor (es) (apellido paterno, materno y nombre), su afiliación institucional (es), ciudad y país. El llamado hacia la afiliación institucional del autor o autores se debe realizar colocando el mismo en números arábigos y en superíndice, coincidiendo con el orden que debe figurar al pie de la primera página separada del texto por una línea horizontal.
 - Los nombres de los autores deberán estar separados entre sí por una coma y se debe colocar un punto al final del último autor.
 - Nombre de la institución (es) en la (s) que se realizó el trabajo.
 - Nombre, dirección, teléfono, fax/correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (al final del artículo).

- El título del trabajo debe ser claro, preciso y conciso y reflejar aspectos importantes o el objetivo del estudio.
- Resumen en español e inglés (con palabras clave y keywords).
- Las tablas y figuras no deben estar insertadas dentro del artículo, deben colocarse al final del texto en página aparte con el título correspondiente y en el orden de aparición según los llamados respectivos. Se consideran figuras a los dibujos, mapas, fotografías o gráficos ordenados con números arábigos. En el caso de que sean fotografías convencionales o dibujos, en la parte posterior de cada una se deberá anotar su número ubicándolo arriba y a la derecha, así como el autor y el título del artículo. Las leyendas de cada figura van en la parte inferior y en las tablas, en la parte superior. Las leyendas de microfotografías deberán indicar también el aumento óptico y el método de coloración. Los mapas también deben tener una escala. El Comité Editor de la revista se reserva el derecho a limitar el número de ilustraciones.
- Las referencias bibliográficas serán únicamente las que han sido citadas en el texto, se ordenarán correlativamente según su aparición y se redactaran siguiendo las normas Vancouver.
- Los agradecimientos a personas o instituciones que en alguna forma hayan colaborado en la elaboración de su trabajo, aparecerán antes de las referencias bibliográficas.
- Se entregarán tres originales impresos y la versión del texto en formato electrónico grabado en CD, en el programa Word para Windows y los gráficos en MS-Excel, las imágenes y mapas deberán ser grabados en formato TIFF a una resolución mayor a 300 dpi. Se debe adjuntar las fotografías del revelado convencional y original a mejor resolución.
- Conservar copias de todo lo enviado.

ESQUEMA DE PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Editorial

El editorial será redactado por el señor Decano de la Facultad de Medicina, o quien él designe. La extensión total del manuscrito no debe superar las dos páginas en una sola cara a doble espacio. El Editorial es una opinión de un tema específico por un experto en el área y no lleva referencias bibliográficas.

Trabajos Originales

En los que se trata de encontrar una respuesta a una o varias interrogantes. Deben ser redactados de acuerdo a los siguientes ítems y tener una antigüedad no mayor a cinco años.

- Título en castellano e inglés
- Resumen
- Abstract
- Introducción
- Material y método
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias bibliográficas

La extensión total del manuscrito, incluyendo las referencias bibliográficas, no será mayor de 10 páginas escritas en una sola cara a doble espacio.

El resumen y el abstract se presentan en hoja aparte, con una extensión máxima de 250 palabras en un solo párrafo y a continuación agregar de 3 a 6 palabras claves que ayuden a clasificar el artículo.

Se aceptará un máximo de diez (10) figuras o tablas por artículo. Los gastos de impresión de las figuras y tablas serán por cuenta del Acta siempre que no excedan de 10 en total. Los llamados hacia las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis en el orden de aparición de la sección respectiva. El máximo de Referencias Bibliográficas permitidas son 50.

Cuando se informe sobre experimentos en seres humanos, señale si los procedimientos que se siguieron estuvieron de acuerdo con la norma ética del comité (institucional o regional) que supervisa la experimentación en seres humanos y con la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. No use el nombre, las iniciales, ni el número de clave hospitalaria de los pacientes, especialmente en el material ilustrativo. Cuando dé a conocer experimentos con animales, mencione si se cumplieron las normas de la Institución o las del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos o cualquier ley nacional sobre el cuidado y uso de los animales de laboratorio.

Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deberán ser identificables o de lo contrario, habrá que anexar un permiso por escrito para poder usarlas. (Véase Protección de los Derechos del Paciente a la Privacidad).

Tema de Revisión

Serán redactados por invitación del Comité editorial de la revista Acta Médica de la UNAS.

El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de limitar la extensión del tema de revisión así como el número de referencias bibliográficas, tomando en cuenta su importancia y el número de ítems desarrollados en su contenido.

Reporte de Casos

Deben ser redactados colocando en orden los siguientes pasos:

- Título en castellano e inglés
- Resumen
- Abstract
- Introducción
- Descripción
- Discusión
- Referencias bibliográficas

La extensión total del trabajo, incluyendo las referencias bibliográficas, no será mayor de seis (6) páginas escritas en una sola cara a doble espacio.

El resumen y el abstract se presentarán en hoja aparte con una extensión máxima de 150 palabras, incluyendo el título en inglés y a continuación del resumen debe agregar tres palabras clave.

Se aceptarán como máximo seis (6) tablas o figuras. Las tablas o figuras no deberán ser insertadas dentro del artículo, deben colocarse al final del texto, en página aparte con el título correspondiente y en el orden de aparición de los llamados respectivos. Los llamados hacia las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis en el orden de aparición de la sección respectiva. El máximo de referencias bibliográficas permitidas es de 30.

Salud Pública

Sección destinada a temas de Protección y Fomento de la Salud y aspectos de Medicina Social y de Poblaciones relacionados con la atención Materno-Infantil, siguiendo el mismo esquema de presentación que los trabajos originales.

Comunicaciones Breves

Todo trabajo que signifique un aporte original, con carácter preliminar o definitivo, que no sobrepase en extensión 4 páginas, a doble espacio, incluyendo tablas y referencias.

Artículos especiales: Consensos y/o Controversias.

En esta sección se incluirán temas de consenso y/o controversia. Los temas especiales serán solicitados por invitación del Comité Editorial. El comité editorial se reserva el derecho de limitar la extensión del tema especial así como el número de referencias bibliográficas, tomando en cuenta su importancia y el número de ítems desarrollados en su contenido.

Galería Fotográfica

Son fotos de interés sobre un tema de salud o docencia en particular, acompañado de un breve resumen del tema y una explicación del origen de las ilustraciones presentadas. Además de las fotos deberán acompañarse de una leyenda explicativa. El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de limitar el número de ilustraciones o seleccionar la que consideren más relevantes.

Cartas al Editor

Deben ser redactadas según el siguiente esquema:

- Texto
- Referencias bibliográficas

Las cartas al Editor no son un artículo y si extensión no debe exceder de dos páginas.

Referencias Bibliográficas

Se referirán exclusivamente a las citas en el texto de trabajo.

Se debe citar las referencias por orden de aparición consecutiva en el texto y añadirlas en la lista numerada correspondiente con información bibliográfica completa al final del documento, redactadas de acuerdo a las normas de Vancouver.

Utilizar superíndices ejemplo: ⁽¹⁾ o ^(2,5). Estas llamadas de cita precedidas de un espacio, se colocan antes del punto, coma u otro signo de puntuación.

Deberá evitarse la mención de comunicaciones personales y documentos inéditos.

Artículos en Revistas

Primero debe aparecer el nombre del autor o autor corporativo colocando el apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, pueden citarse hasta seis autores, separados por comas; si son más de seis se mencionan los seis primeros seguidos de una abreviatura “*et al*”, se debe colocar un punto final de la inicial del nombre del último autor y a continuación se citará el título del artículo en el idioma de origen terminando en punto seguido. A continuación el nombre de la revista (en abreviatura reconocida internacionalmente) y el año de publicación seguido de un punto y coma, luego el número del volumen seguido del número de la publicación entre paréntesis, luego dos puntos, finalizando con las paginas en que aparece el artículo y un punto final. Ej.:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7. (Opcionalmente se puede omitir el mes y el número).

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

Libros

Autor y/o coautores (presentados en igual forma que para los artículos originales), título del libro, nombre de la ciudad donde se editó el libro, dos puntos, nombre de la Editorial, punto y coma, año de publicación, dos puntos y el número de la páginas consultadas. Ej.:

Murray P, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis. Mosby, 2002. Breedlove GK, Schorfheide AM. *Adolescent pregnancy.* 2nd ed. Wieczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services, 2001.

Capítulos de libros, folletos o similares

Primero debe aparecer el nombre del autor o autor corporativo colocando el apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, pueden citarse hasta seis autores, separados por comas; si son más de seis se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura “*et al*”, se debe colocar un punto al final de la inicial del nombre del último autor y a continuación se citará el título del artículo

en el idioma de origen terminando en punto seguido y luego la preposición “En”, seguida del nombre del autor y/o coautores (presentados en igual forma que para los artículos originales), título del libro, ciudad donde se editó el libro, dos puntos, nombre de la Editorial, punto y coma, año de publicación, dos puntos y el número de páginas consultadas. Ej.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cáncer. New York: McGraw-Hill;2002.p.93-113.
(N. del T.: En español: En:)

Tesis

Nombre del autor en igual forma que para los artículos. Título del trabajo, punto seguido, especificar el grado optado, punto seguido. Ciudad y país donde se sustentó, separados por una coma, dos puntos y la Universidad de procedencia, una coma, el año, punto seguido, luego el número de páginas. Ej.:

Borbkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
(N. del T.: En español: [tesis])

Página Web

Las páginas electrónicas nombradas en las referencias bibliográficas deben estar acompañadas de la fecha en la cual se consultaron. Ej.:

Cáncer-Pain.org [homepage on the internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01[updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from. <http://www.cancer-pain.org/>.
(N. del T.: En español: [actualizado 16 May 2002; citado 9 Jul 2002]. Disponible en:)

American Medical Association [homepage on the internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>
(N. del T.: En español: [actualizado 23 Ago 2001; citado 12 Ago 2002]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:)

Los artículos pueden entregarse en la Unidad de Acreditacion – Facultad de Medicina - Universidad Nacional de San Agustín, Av. Virgen del Pilar 1713 - A Arequipa - Perú. Correo electrónico: acta.medicadelaunsa@gmail.com.

“Las aventuras de pinocho”.

