

CARTAS AL EDITOR

Consumo de alcohol, autoeficacia para la empleabilidad, compromiso de carrera y sensibilidad emocional en estudiantes universitarios de Morelos

Señor editor: con la presente carta enviamos los resultados de una encuesta aplicada entre junio de 2011 y julio de 2012 sobre autoeficacia en el trabajo y para la búsqueda de empleo, involucramiento, compromiso de carrera, sensibilidad emocional y consumo de alcohol y tabaco, en estudiantes universitarios de Morelos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA),¹ el consumo de alcohol y tabaco en México va en aumento. Estudios llevados a cabo entre universitarios revelan que 31% tienen un elevado consumo de alcohol.² Por otro lado, se sabe que la empleabilidad en el Sector Salud ha alcanzado niveles alarmantes debido a la baja inserción laboral: en el ámbito de la educación superior, alrededor de 50% de los egresados no trabajan en las especialidades en las que se han formado.³ En la última década se ha observado un incremento del empleo en el mercado informal y mejores condiciones para la participación de la mujer. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENEO),⁴ existen un poco más de 47 millones de personas consideradas como población económicamente activa (PEA), 42% de las cuales afirmaron tener una escolaridad equivalente a educación media superior y superior. Mediante una

encuesta validada, en esta investigación descriptiva y transversal se emplearon tres criterios propuestos por la ENA 2008 para medir la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco por ocasión, en el último mes: a) no consumidores; b) consumidores de menos de cinco copas (consumo bajo), y c) consumidores de más de cinco copas (consumo alto). Además, se buscó evidenciar las consecuencias en empleabilidad y en el compromiso de carrera, y también se buscó describir el papel que desempeña la sensibilidad emocional en la conducta de los estudiantes.

La muestra intencional fue de 402 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, conformada de la siguiente manera: 68.7% eran psicólogos y 31.3% enfermeras, con una edad promedio de 22.3 años ($DE=3.5$). Por otra parte, 47.3% cursaba su último año de carrera; de éstos, 38% había buscado empleo en los últimos seis meses y en 18.2% de los casos el empleo había estado relacionado con la profesión. Hoy en día, 22.1% de los estudiantes tienen un empleo; de ellos, 30.3% desempeña un trabajo relacionado con su profesión y sólo 20.2% tiene contrato de planta y gana más de 3 000 pesos mensuales. La prevalencia de consumo alto de tabaco obtenida a través de la ENA 2008 fue de 3%, y la correspondiente al consumo de alcohol de 26.4%. Al comparar el consumo de alcohol por carrera, se observaron diferencias entre psicología y enfermería: 29% vs 20.6% ($X^2=9.61$, $gl=2$, $p=0.008$). En cuanto a las diferencias por sexo, los hombres mostraron tener mayor consumo elevado de alcohol que las

mujeres: 41.7% vs 21% ($X^2=18.88$, $gl=2$, $p<0.001$). Respecto a la edad (18 a 20, 21 a 23 y más de 23 años) y si son PEA/no PEA, no se muestran diferencias significativas.

Se llevó a cabo un análisis de varianza (cuadro I), mediante el cual se hizo evidente que el consumo de alcohol y las subescalas de las pruebas muestran diferencias significativas en “compromiso”, “exploración del mercado laboral”, “integración”, “planificación proactiva de carrera” y “compromiso de carrera”. Los estudiantes que mostraron tener un elevado consumo de alcohol obtuvieron las puntuaciones más bajas, a diferencia de lo que ocurrió con los no consumidores o con aquellos que tenían un consumo bajo. Aunque no resultaron estadísticamente significativas, la sensibilidad egocéntrica negativa y el distanciamiento emocional alcanzaron los puntajes más altos entre quienes tenían un alto consumo de alcohol; lo anterior se vincula con la falta de habilidades para el manejo de situaciones cotidianas donde no existe control, y con la intoxicación frecuente.

Se debe prestar atención a estos datos, ya que por precontemplación o ignorancia, los estudiantes, en general, no consideran cambiar sus hábitos de consumo de alcohol y tabaco.⁵ En este trabajo destaca el elevado porcentaje de consumo alto de alcohol, en particular entre las mujeres. Esta circunstancia ha sido notificada de manera consistente en fechas recientes,^{1,2,5} vinculándola con consecuencias negativas en la salud y con una manifestación de la existencia de pro-

Cuadro I

RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA PARA EL TRABAJO, LA BÚSQUEDA DE EMPLEO, INVOLUCRAMIENTO, COMPROMISO Y SENSIBILIDAD EMOCIONAL, ASOCIADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. CUERNAVACA, MORELOS, 2011-2012

	Consumo de alcohol						F	p
	No consumidor		Consumo bajo		Consumo alto			
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Autoeficacia en el trabajo								
Compromiso	23.08	1.90	22.54	2.40	22.11	2.24	3.611	.028
Integración relacional	22.78	2.40	22.28	2.71	21.79	2.71	2.843	.059
Autoeficacia para la búsqueda de empleo								
Exploración del mercado laboral	21.56	2.25	21.33	2.61	20.46	3.23	3.745	.024
Afrontamiento de la frustración	13.52	1.62	13.24	1.78	12.80	1.80	2.382	.094
Integración	13.47	1.68	13.00	1.94	12.81	2.03	9.101	.001
Planificación proactiva de carrera	14.08	1.17	13.72	1.48	13.13	1.69	4.664	.010
Involucramiento y compromiso de carrera								
Involucramiento con la carrera	54.03	9.46	55.41	9.28	52.18	11.00	1.777	.171
Compromiso de carrera	26.89	5.77	26.60	5.81	25.38	6.81	3.960	.020
Sensibilidad emocional								
Sensibilidad egocéntrica negativa	21.33	2.88	21.60	3.40	22.32	2.95	2.470	.086
Distanciamiento emocional	11.91	2.08	11.74	2.29	12.16	2.45	1.210	.299
Sensibilidad interpersonal positiva	15.67	1.90	15.45	2.15	15.12	2.27	1.461	.233

blemas sociales, (por ejemplo, problemas laborales): sólo 30.3% de los estudiantes trabajan hoy en día en algo relacionado con su profesión, de tal manera que la situación en la que se encuentra el resto de ellos significa un desperdicio de recursos humanos altamente calificados. Se trata de profesionistas que no se pueden colocar en el mercado de trabajo y desempeñar funciones para las que fueron formados.³ La falta de oportunidades para desarrollarse propicia condiciones de inestabilidad y precariedad laboral; este problema ha adquirido una gran relevancia por el rezago en su atención y por la posibilidad de instrumentar medidas eficaces para reducir estas afectaciones.

Referencias

1. CONADIC, INPRF, INSP, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P. Encuesta Nacional de Adicciones. México: Secretaría de Salud, 2008.

2. Mora-Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2001;43:89-96.

3. Nigenda G, Ruiz JA, Rosales Y, Bejarano R. Personal de enfermería con licenciatura en México: valoración del desperdicio en su formación y en el mercado de trabajo. *Salud Publica Mex* 2006;48:22-29.

4. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2010.

5. del Bosque-Garza J, Fernández-Casares C, Fuentes-Mairena A, Díaz-Negrete DB, Espínola-Nadruille M, González-García N, et al. Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del Sector Salud. *Salud Ment* 2012;35:165-174.

Norma Betanzos Díaz, Dra. en Psic.⁽¹⁾
Francisco Paz-Rodríguez, Dr en Psic.⁽²⁾
fpaz@inn.edu.mx, psic.francisco.paz@gmail.com

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
Cuernavaca, Morelos, México

⁽²⁾Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo,
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
México DF, México.

Calidad de agua en asentamientos humanos, ¿cuál es la realidad?

Señor editor: Las enfermedades por ingesta constituyen un problema de salud pública en todo el mundo.¹ Según la Organización Mundial de la Salud, el agua destinada a consumo humano requiere de una cuidadosa selección de la fuente de procedencia, tratamiento para obtener una buena calidad y la vigilancia de su distribución. Los coliformes son utilizados como indicadores de una posible contaminación, siendo *Escherichia coli* el más útil indicador de calidad del agua.²

La región de Latinoamérica y el Caribe ha experimentado grandes cambios demográficos, de tal manera que las zonas urbanas son, hoy en día, las más pobladas. Estas últimas han incrementado su número de habitantes con población de

escasos recursos económicos, situación que la obliga a asentarse en sitios carentes de servicios básicos, creándose así asentamientos humanos irregulares.³

La aptitud del agua es supervisada mediante la aplicación de criterios (estándar y guías). En Perú se carece de datos sensibles actuales a este respecto. La norma técnica nacional 214.003 ITEN-TEC y sus indicadores no garantizan que el agua que se consume no presente riesgos para la salud humana, ya que es una recopilación de normas aplicadas en el extranjero, donde priva una realidad muy distante a la nacional.⁴

Lima presenta una elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas por microorganismos presentes en el agua;⁵ los asentamientos humanos son abastecidos de este líquido mediante sistemas de cañerías y camiones cisterna. En ambos casos, la aptitud para el consumo es cuestionable.

Al revisar la literatura sobre calidad del agua en asentamientos humanos se hizo evidente que los trabajos al respecto son escasos, por no decir inexistentes. Así entonces, para establecer medidas sanitarias relativas al consumo de agua potable es necesario promover investigación relevante sobre la calidad de la misma.

En la actualidad, el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas desarrolla un proyecto piloto cuyo objetivo es determinar la calidad del agua para consumo humano en el asentamiento de Casa Huerta, Lima. Sus habitantes consumen agua que proviene de un único caño de la red pública y de camiones cisterna. Las viviendas no cuentan con un sistema de cañerías, por lo que las personas almacenan el agua en depósitos de plástico, en algunos casos sin tapar, exponiendo el líquido a factores de riesgo que podrían contaminarla, como por ejemplo el hecho de que la mayoría de las viviendas tienen suelo de tierra, además de que abundan los animales y de que a menos de 100 metros se practica la crianza de cerdos de legalidad desconocida.

La municipalidad de San Juan de Miraflores aplica un programa de control de calidad del agua en asentamientos hu-

manos. Sin embargo, datos preliminares de nuestro estudio tomados del ciclo de distribución del agua demuestran que sólo 30% de las muestras tomadas fueron aptas para el consumo humano, lo cual generó una alerta epidemiológica ante las autoridades de salud ambiental, además de constituir un primer antecedente para identificar la situación real del control del agua en los asentamientos humanos en Perú.

Mauro Jonis-Jiménez,^(1,2)
maurojonis@gmail.com
José Antonio Grandez-Urbina,^(1,2)
Nicanor Domínguez-Medrano.^(1,2)

⁽¹⁾ Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

⁽²⁾ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Lima, Perú.

Referencias

1. Rayner M, Scarborough P. The burden of food related ill health in the UK. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(12): 1054-57.
2. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality. Health criteria and other supporting information. Ginebra: WHO, 1998. Addendum to vol. 2:281-283.
3. Ministerio de Vivienda. Las "tomas" de tierras urbanas en Latinoamérica hoy. Problema o solución. Madrid: Ministerio de Vivienda, 2010. [Consultado 2011 junio 22] Disponible en: http://www.cuhabupm.es/especializacion/XIII-curso/apuntes/04_16_enero/III.5_Tomas_Tierra.pdf
4. Vergaray G, Méndez C, Béjar V. Coliformes injuriados en el agua de bebida de edificios de Lima-Cercado. *Revista del Instituto de Investigaciones FIGMMG* 2006; 10(19): 51-54.
5. Ibáñez N, Jara C, Guerra A, Díaz E. Prevalencia de enteroparasitismo en escolares de comunidades nativas del Alto Marañón, Amazonas, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2004; 21(3):126-33.

Local committees for health administration: What can be improved through health policy

To the editor: Years ago Iwami *et al.* reported to the public health community the implementation of the Local Committees for Health Administration (LCHA), within

the primary level of the Peruvian health care system.¹ These are community-based organizations in which the community and the responsible for allocating budgets make joint decisions based on the health needs, assessed by the community itself.¹ It could have been thought that, because it is the organized community who takes care of itself, the resources will be better used, as they meet their exact needs; however, the authors found some limitations: i) poor communication with regional authorities as there were no clear guidelines for this relationship, and ii) lack of training among its administrators.¹

I would like to point out some of the guidelines and laws that have been promoted by the government to address the LCHA's limitations, since they were first presented.

The Law 29124 (October, 2007), clearly establishes what duties belong to either the LCHA's government or to the Regional/Local Government. The former should use efficiently the resources (human and material) in order to satisfy the needs targeted at the Local Health Plan (which should have been identified through surveys, meetings and active participation of the community); also, to foster the participation of the community in health promotion activities, among other responsibilities. The Local/Regional Government, on the other hand, should provide the infrastructure and equipment to achieve the aims of the Local Health Plan, supervising the correct use of the financial resources and verifying that the LCHA's government is consistent with the law, among a few more duties.² Both entities should promote and provide, respectively, the continuing education of the LCHA's administration force, in order to ensure the good quality of its work. These, and other details of the LCHA's responsibilities, goals and plans, are detailed in the Law's guideline (Supreme Decree 017-2008-SA), published in the year 2008.³ In table I, I present the laws and guidelines regarding LCHAs, published after the year 2002.

This letter's objective is neither to state that LCHAs are the best option

Table I
LAWS, GUIDELINES, AND THEIR OBJECTIVES, REGARDING LCHAs, ALL PUBLISHED AFTER 2002

Law/Guideline	Date	Objective
Law N°29124	October 2007	To establish the general framework of the community's participation within the primary level of the health care system, in order to improve the quality and foster an equal access to health services through the participation of the organized community, according to the process of decentralization of health services.
Supreme Decree N° 017-2008-SA	July 2008	To establish the guidelines for the development of the community's participation, sanitary, administrative, legal and financial issues stated in the Law N° 29124.
Supreme Decree N° 010-2009-SA	June 2009	To postpone for six months, the time limit to adequate new implementations stated in the Supreme Decree N° 017-2008-SA.

for the primary level of any health care system, nor to highlight the work of the LCHAs at Peru. The real aim of this communication is to show that even though, at first, some health initiatives might not work as well as expected or plenty of limitation might arise, with adequate health policies and with the government commitment on health issues, plans and new strategies will survive, improve, and

impact positively on any community's health. However, continuous assessment, through research^{4,5} and other methods, must be carried out to ensure the highest standards are achieved.

Rodrigo M. Carrillo-Larco.(1)
 rodrigo.carrillo@upch.pe

(1) School of Medicine "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima, Perú.

References

1. Iwami M, Petchey R. A CLAS act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru. Local Committees for Health Administration. J Public Health Med. 2002;24(4):246-251.
2. Peruvian Congress; Peru. Law 29124 [Internet Document]. Lima: Peruvian Congress, 2007 [accessed: 5 July 2012]. Available: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/29124.pdf>
3. Peruvian Ministry of Health. Guideline of Law 29124 [Internet Document]. Lima: Peruvian Congress, 2008 [accessed: 4 July 2012]. Available: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1079_MINSA1474.pdf
4. Pardo K, Andia M, Rodriguez A, Pérez W, Moscoso B. Remunerations, benefits and labor incentives perceived by health care workers in Peru: an analysis comparing the Ministry of Health and the Social Insurance, 2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(2):342-351.
5. Bambaren C, Alatriza M. Estimation of the socioeconomic impact of the earthquake of Pisco on the Peruvian health sector. Rev Med Hered. 2009;20(2):177-184.