Gestión del Conocimiento III y Salud Pública III:

PRODUCTO DE LOS MÓDULOS

(Generación 2009-2011, tercer semestre)

COLECCIÓN EDUCATIVA EN SALUD PÚBLICA

11

Instituto de Salud Pública
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III
Y SALUD PÚBLICA III:
Productos de los módulos
(Maestría en Salud Pública
2009-2011, tercer semestre)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Febrero 2011
Primera edición, Xalapa, Ver.

Se admite la reproducción parcial o total
de esta publicación con la condición
de que sea mencionada la fuente.

Correspondencia:
Instituto de Salud Pública.
Universidad Veracruzana.
Av. Luis Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
isp@uv.mx

Coleccion Educativa en Salud Pública es un espacio de divulgación, donde los autores contribuyen con su esfuerzo a difundir los productos, avances, debates o experiencias que se generan al interior de los programas educativos que promueve el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Los trabajos que se publican conservan las ideas originales de los autores, sólo se realizan cambios en formato. De ahí que como proceso de formación ofrecemos un disculpa anticipada por los errores que puedan presentarse.

ÍNDICE

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE DETECCIÓN DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO **5**

Abigahid Vianey Morales Ortiz
Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales

HIPERURICEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, XALAPA **49**

María Eugenia Galindo Mimendi
Director: Dr. Gabriel Riande Juárez
Codirector: Dr. Jorge Ramos Zepeda

IMPACTO DE LA AUTORREGULACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON EXCESO DE PESO **73**

Vianey Guadalupe Argüelles Nava
Yolanda Campos Uscanga
Directores de tesis: Mtra. María Cristina Ortiz León, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD EN MUJERES PORTADORAS DEL VIH QUE ASISTEN AL CAPASITS- CEMEV, XALAPA **101**

Natalia López García
Director de Tesis: Dr. Benno de Keijzer Fokker

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL, DE LAS POLICLÍNICAS DEL SECTOR PÚBLICO, QUE HA SIDO CONTRATADO POR EL SEGURO NACIONAL DE SALUD PARA LA PROVISIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA. BELICE C.A, 2011” **107**

Deysi Marie Mendez Marin
Directora de Tesis: Edit Rodríguez Romero

SIGNIFICADOS CULTURALES DEL PAPANICOLAOU: VOCES DE MUJERES RURALES Y URBANAS QUE NO SE REALIZAN LA PRUEBA **129**

Alma Delia Guevara Méndez
Directora de tesis: Mtra. Rocío López Lara
Co-directora de tesis: Dra. María del Carmen López Zermeño

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE DETECCIÓN DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

Abigahid Vianey Morales Ortiz
Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Calidad de la atención médica

La calidad de la atención médica ha evolucionado y este concepto es tan antiguo como ejercer la medicina; una acción importante del médico es que procura la atención de los pacientes de una mejor manera.[1] Uno de los que más han aportado en este tema es Avedis Donabedian, quien con sus investigaciones cambió los conceptos de calidad que predominaban en su época, define a la calidad de la atención como aquella que se espera que se le pueda proporcionar al usuario: el máximo y completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas.[2]

Según Donabedian en un primer artículo publicado en 1966, que trata sobre calidad de la atención de la salud plantea tres dimensiones que explican mejor su análisis.

- Componente técnico: es el conjunto de elementos que intervienen en el proceso de prestación de servicios de salud, consiste en llevar a cabo avances científicos y capacitar a los profesionales para que realicen procedimientos de atención médica.
- Componente interpersonal: son las relaciones que se muestran entre el profesional de la salud y el paciente.
- Componente del entorno: Es el espacio adecuado de un establecimiento de salud que brinda comodidades para que se desarrolle la atención de la salud.[3]

Donabedian, da a conocer las características de la calidad en la atención a la salud, reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, en donde se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.[3]

Con el paso de los años plantea que "la calidad de la atención en salud debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud".[4]

Propone el análisis de la calidad de la atención médica a través de tres métodos.

1. Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura, que consiste en valorar la capacidad de los medios materiales, humanos y la estructura organizativa.
2. Análisis de la calidad de los métodos: evaluar el proceso y los procedimientos, que es una forma indirecta de analizar la atención y su funcionamiento. Principalmente se basa en cómo se desempeña el médico.
3. Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados, aquí se valora la calidad del producto o resultado final de la atención médica.[5]

Para realizar la evaluación del desempeño del personal de enfermería en los procedimientos de detección del hipotiroidismo congénito se utilizará la teoría de Avedis Donabedian, en el análisis de la calidad de los métodos, porque se evaluará el nivel de conocimiento del personal de enfermería del primer nivel de atención sobre los procedimientos que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Así como también se evaluará la calidad de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Para conocer más, acerca de los conceptos de calidad de atención médica se mencionan algunos autores, por ejemplo:

Aguirre define la calidad de la atención médica como "otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnologías vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes del acto médico y un ambiente confortable que permita mejorar el nivel de salud y satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuyan a mejorar su calidad de vida".[6]

Aguirre también hace referencia que la atención médica hacia el usuario debe ser equitativa, con oportunidad, calidad y humanismo, utilizando tecnología adecuada, teniendo principalmente resultados que atiendan al objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y cubriendo las expectativas del usuario, el prestador de servicios e institución donde se otorga la atención.[7]

Enrique Ruelas define a la calidad de la atención médica como "la obtención de los mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente, con los menores costos y que sean socialmente aceptadas".[8]

Luft y Hunt definen la calidad de la atención médica como "el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos".[9]

1.2 INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

Este tipo de investigación se lleva a cabo para evaluar la utilidad de los programas. La evaluación de programas "es el proceso sistemático de recogida y análisis de información fiable y válida para tomar decisiones sobre un programa educativo. Este proceso en la medida que es riguroso, controlado y sistemático".[10]

El propósito de esta evaluación es que se lleve a cabo la mejora de la eficiencia y eficacia de los programas, productos o actividades. En otras palabras se evalúa para establecer la congruencia entre lo que se observa de los programas, actividades o productos y el resultado deseado o esperado de estos.

Las características de la investigación evaluativa son:

- Solucionar el problema, por supuesto encontrando la mejor decisión. Consiste en describir una cosa o un fenómeno y relacionándola con algún tipo de escala o algún criterio normativo.
- Establece valor a las cosas.
- Para obtener los datos es necesario que se realicen instrumentos que sean cuidadosamente elaborados, de tal manera que se asegure la confiabilidad y validez de los resultados.

Existen diferentes enfoques acerca de la evaluación por ejemplo:

1. Evaluar con la opinión o crítica de algún experto.
2. Evaluar como medición.
3. Evaluar para comparar datos sobre resultados con los objetivos.
4. Evaluar como el proceso de identificación y recolectar información para la adecuada para tomar decisiones.
5. Evaluar como el proceso de identificación y recolectar información para determinar la calidad del funcionamiento y el valor del impacto de un programa.
6. Evaluación como el proceso de descripción e interpretación cualitativa de un programa.[11]

En esta tesis se pretende evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería y la evaluación de los procedimientos del primer nivel de atención que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito

1.3 Enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras de Perú señala que la responsabilidad fundamental de la enfermera es promover y establecer la salud, evitar las enfermedades, y aliviar el sufrimiento.[12]

La calidad de la atención de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería.[13]

El paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad. La necesidad del paciente es una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que debe confiar en la enfermera como una persona que se preocupa por su atención. La calidad de atención que brinda la

enfermera también influirá en la relación enfermera paciente y dependiendo de ésta el paciente calificará como mala o buena la calidad de atención.[14]

1.4 Hipotiroidismo congénito

El hipotiroidismo se refiere a la disminución de la hormona tiroidea en los recién nacidos y en algunos casos no hay producción de dicha hormona. Si el bebé nació con esta afección se llama hipotiroidismo congénito.

Este puede ser causado por la ausencia o desarrollo anormal de la glándula tiroidea, insuficiencia hipofisaria para estimular la hormona tiroides y la formación defectuosa o anormal de las hormonas tiroideas. El desarrollo incompleto de la tiroides se presenta con mayor frecuencia en los recién nacidos.[15]

El hipotiroidismo congénito repercute para el desarrollo a nivel intelectual, debido a que las hormonas tiroideas son necesarias para el desarrollo cerebral.

El hipotiroidismo congénito se puede clasificar como:

1. Primario, se refiere a la insuficiencia para la síntesis de hormonas tiroideas por alteración de la glándula tiroides.
2. Secundario, deficiencia a nivel hipofisiario.
3. Terciario, problema a nivel hipotalámico, con una glándula tiroides estructural y funcionalmente integra.[16]

La Organización Mundial de la Salud en el año 2005 señala que la prevalencia mundial de hipotiroidismo congénito, se reportan de dos a tres casos por cada 10,000 recién nacidos (1:3000), con variación de la frecuencia por la ubicación geográfica y poblacional. Los reportes para América Latina en el año 2006 indican que en México, la incidencia del hipotiroidismo congénito es alta, en comparación con otros países de la región, como es el caso de Brasil que tiene una incidencia de 1:9390; Argentina 1:4859; Ecuador 1:4480; Chile 1:2514 y México 1:1586.[17]

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establece que a nivel mundial la incidencia puede variar, es decir, la mayor frecuencia se encuentra en la población hispana y ésta es de 1:2000 y en comparación con la raza negra es de 1:20 000, ésta es baja.

La OPS señala que el sexo femenino presenta mayor frecuencia del hipotiroidismo congénito, no se conoce la causa, pero se presenta con mayor susceptibilidad dentro de este sexo.[18]

1.5 Tamiz Neonatal

Es una herramienta muy importante para la detección del hipotiroidismo congénito, que permite conocer con mayor exactitud la prevalencia de esta enfermedad. La prueba de tamiz neonatal se utiliza para detectar en el recién nacido alguna enfermedad en el metabolismo, antes de que se manifieste y se utiliza para prevenir de manera oportuna, alguna discapacidad física, mental o incluso la muerte.

La historia del tamiz neonatal en el recién nacido, inició con las ideas de Garrol en 1902, quien señaló la posibilidad de herencia de efectos químicos específicos en el metabolismo.[19]

En el año de 1961, el Dr. Robert Guthrie realizó la prueba de tamiz neonatal, que consistía en la recolección de gotas de sangre del recién nacido en papel filtro, ese estudio sólo se enfocaba a detectar la fenilcetonuria.

En el año de 1963, los doctores Guthrie y Susi dieron a conocer los resultados de un diagnóstico que realizaron para observar los errores congénitos del metabolismo en la etapa perinatal. Con base en las investigaciones que realizaron estos doctores se despertó interés para la implementación de la prueba de tamiz neonatal. Esta prueba se inició en los Estados Unidos de América en el año de 1963.[20]

En México, el tamiz neonatal para detectar enfermedades metabólicas se llevó a cabo por primera vez en 1973. Inicialmente estaba dirigido para la detección de fenilcetonuria, galactosemia, Cetoaciduria de cadena ramificada, homocistinuria y tirosemia. Este programa fue cancelado en 1977, a pesar de que mostró su eficacia y de que tuvo como resultado el descubrimiento y tratamiento oportuno de varios niños con esas enfermedades.

La Secretaría de Salud en el año de 1986 establece un nuevo programa dirigido a la detección del hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria. Y a partir del año de 1988, esta institución estableció prevenir el retardo mental causado por el hipotiroidismo congénito a través de la prueba de tamiz neonatal a todos los recién nacidos, y quedó incorporada con carácter de obligatoriedad en la Norma Oficial Mexicana en 1995. NOM-007-SSA2-1995, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y

puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.[21]

El tamiz neonatal es una prueba que se les realiza a los recién nacidos para detectar las alteraciones en el metabolismo y así evitar que se llegue a desarrollar el retraso mental o la muerte. Detecta enfermedades congénitas, antes de que éstas se manifiesten y de tal manera poder iniciar el tratamiento adecuado para que se disminuya el problema. La prueba de tamiz neonatal recibe varios nombres por ejemplo detección, tría, pesquisa, cribado, selección o escrutinio neonatal.

Se considera que no es un procedimiento diagnóstico, porque si un recién nacido resulta como caso sospechoso se debe someter a una prueba confirmatoria. Puede considerarse como una herramienta preventiva. Es importante mencionar que en México este estudio para la detección de hipotiroidismo congénito es obligatorio por ley para todos los centros de atención materno infantil y se debe realizar a todos los niños que nazcan en territorio mexicano.

Alcanzar la cobertura del Tamiz neonatal es imprescindible para todos los recién nacidos, primero se debe acertar este estudio por la población, y se considera necesario ampliar la difusión de esta medida de prevención que es útil dentro de la población, principalmente en los recién nacidos.[22]

Existen dos tipos de tamiz neonatal, que son el tamiz neonatal básico que detecta enfermedades como hipotiroidismo congénito y fenicetonuria; y el tamiz neonatal ampliado que detecta enfermedades como hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, galactosemia, cetoaciduria de cadena ramificada, defectos del ciclo de la urea, tirosemia, acidémicas orgánicas congénitas, defectos de oxidación de los ácidos grasos, toxoplasmosis, VIH, talasemias y distrofia.[23]

Dentro de esta referencia se menciona que se detecta la toxoplasmosis y el VIH, sin embargo es muy importante resaltar que no se encontró algún artículo de investigación que hable acerca de que el tamiz neonatal detecte estas enfermedades.

1.6 Tamiz neonatal. Detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. Lineamiento técnico

Con la finalidad de unificar los criterios para realizar el tamiz neonatal que el personal de salud lleva a cabo, se ha elaborado el lineamiento técnico para la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Llevar a cabo la vigilancia del hipotiroidismo congénito, incluye acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que tiene como finalidad reducir la discapacidad de los niños que resulten afectados.[22]

Prevención primaria

En esta etapa se lleva a cabo la detección de casos de hipotiroidismo congénito durante los primeros 12 días de vida del recién nacido, de esta manera se confirma el diagnóstico y de ser positivo se debe cumplir el tratamiento antes de los 15 días de vida del recién nacido.

En ésta prevención primaria el principal objetivo es llevar a cabo la promoción y difundir como se realiza el tamiz neonatal a toda la población, a través de los medios masivos de comunicación para que se le dé importancia al tamiz neonatal.

Un aspecto importante en el procedimiento de la toma de tamiz neonatal es la calidad en la realización de los procedimientos, así como, la adecuada educación y capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención de salud.

Prevención Secundaria

En ésta etapa la principal acción es promover el diagnóstico de manera oportuna a fin de que se les otorgue un tratamiento adecuado y temprano del hipotiroidismo congénito con la finalidad de limitar daños y la discapacidad. Básicamente consiste en localizar al niño con resultado sospechoso, realizar el perfil tiroideo para confirmar el HC y finalmente el tratamiento oportuno de los casos con HC.

Prevención Terciaria

El objetivo principal es promover un estado de salud adecuado a través del seguimiento y rehabilitación de los pacientes, las medidas que se aplicarán son una valoración médica periódica y de por vida, incluir a los niños con HC en el programa de estimulación temprana, vigilar la rehabilitación, brindar apoyo psicosocial a las familias de pacientes con HC y vigilancia epidemiológica.

Para realizar el procedimiento de la toma de muestras de tamiz neonatal es necesario contar con los siguientes aspectos:

- Ficha de identificación, que debe contener datos necesarios tanto de la institución así como los datos personales del niño y de la madre.
- Técnica de la toma de muestra en el talón, que contiene el procedimiento adecuado para llevar a cabo la recolección de muestras por parte de la enfermera, y el material necesario que tiene que utilizar.

Esta prueba se realiza en un papel filtro especial denominado Guthrie en honor a su inventor, este papel se utiliza para la recolección de gotas de sangre del recién nacido y debe tener características especiales, debe ser 100% de algodón puro, de calidad controlada para la absorción, además un peso básico de 185 g/m2, grosor de 0.545 mm, tener una absorción en agua de 4.7 ml/100 cm2, cenizas 0.06 %, densímetro 3.0 segundos y superficie medio suave. Este papel filtro debe cumplir con dichas características y estar registrado en la SSA.[20]

Es importante mencionar que el programa de Tamiz neonatal requiere de un sistema de vigilancia que garantice el control de la calidad de todas las actividades que se realicen, esto incluye la supervisión de cada una de las etapas, desde la toma de muestra, el envío y transporte, análisis de muestras de laboratorio, informe de resultados, localización de los niños, confirmación de casos sospechosos, tratamiento de seguimiento y rehabilitación.

El método de tamiz neonatal constituye un aspecto básico para la atención de los problemas de salud pública, éste ha demostrado ser un procedimiento eficaz en los países en desarrollo.[24]

El modelo de atención para el tratamiento de hipotiroidismo congénito, trata de detectar, dar tratamiento, seguimiento, rehabilitación y vigilancia epidemiológica acerca del hipotiroidismo congénito, así como prevenir secuelas, es un modelo integral y multidisciplinario que debe incluir acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se debe de aplicar en los tres niveles de atención a la salud.[25]

La vigilancia epidemiológica muestra la capacidad de generar información útil para orientar los programas y las intervenciones que se necesitan en la atención de los padecimientos que afectan a la comunidad.[26]

Existen tres etapas en el programa de tamiz neonatal: etapa preanalítica que consiste en la toma, secado y envío de la muestra, es importante señalar que éste debe ser en un plazo no mayor a cinco días, asegurando las muestras y por supuesto los datos; otra etapa es la analítica que es donde se lleva a cabo la recepción y selección de muestras, perforación de muestras, preparación de placas, análisis de las placas y la emisión de resultados, y finalmente la etapa postanalítica que consiste en la entrega de resultados, así como la localización de casos sospechosos, realización de pruebas confirmatorias a niños sospechosos y el seguimiento de casos positivos.[27]

Para realizar ésta investigación es importante mencionar que solo se abarcaran las etapas preanalítica y postanalítica, porque los procedimientos son realizados por el personal de enfermería y es el grupo de estudio de interés.

1.7 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

"La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez".[28]

1.8 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

Esta norma se refiere a los defectos al nacimiento y los define como un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica y fisiológica, los procesos del metabolismo, del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. De tal forma que algunos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente.

Permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica, así como al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida. En esta Norma Oficial Mexicana se incluyen los principales defectos que pueden ser prevenibles o aquellos que son susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años.

Los objetivos y el campo de aplicación a que se refiere esta Norma Oficial Mexicana, establece los criterios y especificaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los defectos al nacimiento. Es de observancia obligatoria para el personal de salud que brinde atención en el campo de la salud reproductiva de las instituciones públicas, sociales y privadas.[29]

2. MARCO EMPÍRICO

Se realizó una búsqueda en bases de datos, de investigaciones que tuvieran relación con el estudio que se pretende realizar, tales como Medline, Health Bussines Fulltext Elite, MedicLatina, Biomedic Central, SciELO, Medigraphic, no se logró localizar estudios relacionados con el apego a la normatividad establecida para la toma de muestras de tamiz neonatal, sin embargo, se incluyen estos estudios ya que nos dan una noción acerca de evaluación de procesos en donde se analiza el apego a normas o lineamientos técnicos.

Es muy importante señalar que en la mayoría de estas investigaciones se evalúa la participación del personal de enfermería, ya que son las encargadas de realizar estos procesos, es el personal de salud que más está en contacto con el paciente, además de que tienen mayor trato con los pacientes y sus familiares.

Salinas y colaboradores realizaron una investigación en el estado de Nuevo León sobre calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en este estado. El objetivo de este trabajo fue el evaluar la calidad de la toma de muestras de células endocervicales, manejo de laminillas, envío e interpretación en el laboratorio, calidad de la cobertura y del programa de cáncer cervicouterino.

El universo se constituyó de todos los informes citológicos de Papanicolaou que se registraron en los módulos de detección oportuna dentro de las unidades de atención de la Secretaría de Salud Estatal (SSE), en el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Universitario (HU) y que se hubiesen generado durante el periodo de estudio. Se excluyeron las mujeres con antecedente de histerectomía, embarazo actual, menopausia, o aquellas que tuvieran resultado citológico positivo.

La muestra se calculó con base en la prevalencia de los reportes citológicos cervicovaginales con presencia de células endocervicales, que fue un 40%, con un intervalo de confianza de 99% y un margen de error de 2% dando como resultado un tamaño muestral de 3963 informes.

La muestra se distribuyó en forma proporcional, correspondió a las unidades médicas de localización urbana el 80% de la muestra, en donde el 50% de éstas pertenecen al IMSS y el 50% a la SSE, por otra parte el 20% fueron registros rurales que se repartieron de la siguiente manera, 15% en unidades del IMSS y 85% en unidades de la SSE.

La selección de la muestra fue aleatoria, para seleccionar los casos se tomaron los registros de las muestras citológicas del Laboratorio Estatal de la SSE, realizadas durante el periodo agosto-octubre de 1995, de igual manera se recurrió a los registros de los laboratorios de los hospitales número 4, 6, 23 y 33 del IMSS; de las muestras procesadas durante el periodo de noviembre-diciembre de 1995 y febrero-marzo de 1996 en el laboratorio del HU.

Los indicadores para medir la calidad de la detección de calidad del cáncer cervicouterino fueron parámetros basados en la norma oficial mexicana, y fueron los siguientes:

Calidad en el manejo de laminillas: es decir la presencia de elementos técnicos, físicos o administrativos que dificultan o impiden que se pueda leer la muestra de manera adecuada, pueden ser laminillas multifragmentadas, mal fijadas, teñidas o identificadas.

Este indicador se construyó de acuerdo al informe citológico de laminillas sin fallas en el manejo, a partir del cual se obtuvo el porcentaje. Resaltando que se estableció como estándar de calidad 95% de laminillas sin fallas en el manejo.

Calidad en la toma de muestra: se basa en el criterio establecido por el Instituto Nacional de Diagnóstico y referencias Epidemiológicos (INDRE), el cual

establece la presencia de dos o más grupos que contengan mínimo cinco células endocervicales o escamosas metaplásicas, este indicador se construyó con base en el porcentaje de informes incluidos en el estudio, utilizando como estándar de calidad el 60% o más de muestras con células endocervicales.

Calidad de la oportunidad del envío de laminillas e interpretación de las mismas en el laboratorio: es decir los días hábiles transcurridos entre la fecha de la toma de citología y la interpretación de la laminilla.

Este indicador se construyó con base en el promedio de días transcurridos. El estándar de calidad que se utilizó fue el emitido por la Secretaría de Salud en la norma oficial mexicana el cual, establece que debe ser menor de 15 días, para este estudio se adecuó considerando para los informes provenientes de unidades médicas en zona metropolitana un periodo menor de siete días y para las localizadas en la zona no metropolitana, menor de veinte días.

Calidad de la cobertura. Se estableció de acuerdo al número de informes citológicos procedente de mujeres de 25 años o más que se realizaron el examen citológico por primera ocasión. Este indicador se construyó con base en el número de informes citológicos de primera vez, que se presenta en porcentaje.

Calidad del aprovechamiento del recurso instalado: se refiere a la productividad en la interpretación de laminillas en los diferentes laboratorios. El indicador se construyó con base en el número de citologías por turno y por citotecnólogo. El estándar recomendado por la SE. Fue de 60 laminillas leídas.

Los resultados de calidad de estos indicadores se analizaron a partir del resultado observado (logro) y un resultado ideal (estándar), de acuerdo al porcentaje de informes citológicos con el apego al estándar, por institución y zona de origen.

La calidad global del programa se determinó con base en el porcentaje estándar. Estableciendo cinco grados de calidad, que son los siguientes: apego al estándar 90-100% muy satisfactoria; 80-89% satisfactoria; 70-79% moderadamente satisfactoria; 60-69% poco satisfactoria; menor del 60% nada satisfactoria. Se señala de manera importante que no se llevó a cabo la ponderación, debido a que todos los indicadores tenían igual importancia para el programa.

Antes de realizar este estudio se llevó a cabo la estandarización de la definición de calidad de la muestra entre los citotecnólogos de los laboratorios participantes y se consideró el registro de la lectura de las laminillas, ya que no se registraba anteriormente.

Resultados: Se obtuvo un total de 4791 informes citológicos, 3953 provenían de unidades de atención de zonas urbanas y 838 de zonas rurales.

Analizando los indicadores se mostró que la calidad en la toma de muestras en la SSE alcanzó el 25.7% de informes con células endocervicales es decir un apego al estándar de 42.8%; que de acuerdo a la clasificación tiene un grado de calidad, nada satisfactoria, entre la toma e interpretar la citología se tardó un promedio de 11 a 7 días hábiles de la semana que se clasifica con un apego al estándar del 100% es decir un grado de calidad, muy satisfactoria.

El 13.8% de estos informes se refiere a mujeres de 25 o más años que por primera ocasión se realizaron el examen con apego al estándar de 55.2%; grado de calidad, nada satisfactoria. El aprovechamiento del recurso instalado fue de 45.8% para la SSE (apego al estándar de 45.8%; grado de calidad, nada satisfactoria).

El indicador de calidad en la toma de muestras dentro del IMSS, arrojó un 55% que se traduce en un apego al estándar, 91.6%; grado de calidad, muy satisfactoria; el indicador de calidad de la cobertura señaló que tardaron entre 6 y 4 días entre la toma de muestras y la interpretación con un apego al estándar, 100% es decir un grado de calidad, muy satisfactoria.

Para esta institución en el indicador calidad de la oportunidad hubo una proporción de 17.9% apegándose al estándar en un 71.6%, con un grado de calidad, nada satisfactorio. El aprovechamiento del recurso instalado fue de 88.7% para el IMSS teniendo un apego al estándar, 88.7%; grado de calidad, satisfactoria.

Dentro de HU, el indicador calidad en la toma de muestras arrojó un 46.9% un apego al estándar, 78.2%; grado de calidad, moderadamente satisfactoria. Dentro del indicador calidad de la oportunidad, se obtuvo el 11.1%, lo que se traduce en un apego al estándar de 44.4% y grado de calidad, nada

satisfactoria. El indicador calidad de aprovechamiento del recurso arrojó el 67.5% para el HU apego al estándar, 67.5%; grado de calidad, poco satisfactoria.[30]

Rodríguez y colaboradores realizaron la investigación de la calidad en la toma de muestra para la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Este estudio se llevó a cabo en los módulos de detección oportuna de cáncer de medicina familiar de León, Guanajuato, es decir las unidades 7, 14, 21, 47 y 51 del IMSS.

El objetivo consistió en medir el apego de la norma oficial mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino NOM-014-SSA2-1994.

La metodología se realizó a través de la observación directa y una lista de cotejo que contiene el procedimiento para la toma y manejo de la muestra citológica que establece la norma oficial mexicana

Este procedimiento se dividió en tres rubros que consistían en el procedimiento técnico, registro y afectividad. Las actividades se clasificaron como apegados a la norma si por lo menos cumplieron el 90% en el apartado del procedimiento técnico y el 80% en los apartados de registro y afectividad.

Este estudio se realizó del 24 de octubre al 6 de diciembre de 2005. Los resultados fueron analizados a través de la estadística descriptiva. Es importante resaltar que no se informó al operador que se estaba llevando a cabo la evaluación además que no se conocía la personalidad del escrutador.

Los resultados fueron los siguientes:

Procedimiento técnico: se llevó a cabo cumplimiento en un 60%. Los puntos evaluados fueron; explicación previa del procedimiento a la paciente, lubricación del espejo, toma de la muestra endocervical, impronta de la muestra cervical e información sobre la entrega de resultados.

De las actividades del registro se apegaron a la norma sólo el 47% de los casos. Un aspecto muy importante fue el llenado del formato, porque sólo el 65% fue de manera correcta. También el 81% de las actividades del grabado en la laminilla fue completo y apegado a la norma.

En el Área afectiva se realizó el apego a la norma en el 55% de las actividades. Hubo un cumplimiento del 76% en la falta de información anticipada a la paciente acerca del procedimiento.

El 88% de las pacientes expresaron un cambio positivo en la percepción respecto al estudio y el 11% no va a volver a realizarse la prueba[31].

Ruiz y colaboradoras llevaron a cabo una investigación sobre administración de medicamentos por vía oral, con el objetivo de conocer el nivel de eficiencia con que se realiza el procedimiento, además de elaborar un instrumento técnico administrativo que estandarice este proceso y establecer una estandarización para que se realicen actividades de mejora, con base en los resultados que se obtuvieran en esta investigación.

El estudio que se llevó a cabo fue prospectivo observacional, descriptivo y longitudinal. El universo considerado para esta investigación fueron los procedimientos de administración de medicamentos por vía oral realizados por el personal de enfermería, en nueve servicios del Instituto de Cardiología Ignacio Chávez, dos de área crítica y siete de hospitalización, la primera etapa con fecha del 7 de marzo al 13 de abril de 2001, y la segunda etapa del 17 de mayo al 8 de junio de 2002.

La observación se llevó a cabo mediante una cédula de auditoría que consta de 22 actividades, se les asignó un valor de 1 a 8 puntos, todo esto dependiendo del grado de importancia en el proceso, dando un total de 100 puntos, si alguna actividad no se realizaba o se realizaba de manera incompleta se calificaba con 0.

De tal manera que se establecieron niveles de acuerdo al cumplimiento, excelente si tenían un 91% a 100%; aceptable de 85 a 90%, cumplimento parcial de un 75% a 84%, cumplimiento mínimo de 70% a 74% y no aceptable menor al 70%.

Resultados: se llevó a cabo la observación de 316 procedimientos en la primera etapa, el índice de eficiencia global fue de 64.57% y en la segunda etapa se realizaron 320 observaciones teniendo como resultado un índice de eficiencia global de 87%.

Es importante resaltar que dentro de las actividades de menor cumplimiento en la primera etapa fueron la recepción y etiquetado de fármacos para su preparación, así como la identificación del paciente y cómo se queda el paciente después de administrarle su medicamento.

En la segunda etapa se encuentra un nivel de cumplimiento en actividades como registrar la dosis y el horario de medicamento, la administración, confirmación de que ingiere el fármaco y la observación de que no existan reacciones adversas. Se mostró que el índice de eficiencia mejoró en esta etapa a un 87%.[32]

González y colaboradores realizaron el estudio de calidad de la toma de muestra de citología cervical de la unidad médica de medicina familiar número 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Mérida, Yucatán, México teniendo como principal objetivo evaluar la calidad de la toma de muestra del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

La metodología llevada a cabo fue un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, el universo de este estudio fue de 4127 citologías que se reportaron durante el periodo enero-diciembre 2001.

De acuerdo a la información que se recabó se obtuvieron las siguientes variables: edad, instrumento utilizado para la muestra, presencia de células endocervicales y/o de metaplasia, reporte de muestra inadecuada, solicitud de repetir el estudio y motivo de diagnóstico. El análisis fue estadístico descriptivo donde se calcularon porcentajes y procedimientos.

Se midió la calidad de acuerdo al indicador utilizado en función del número de informes citológicos de laminillas con células endocervicales y/o metaplasia. El estándar de calidad fue de 60% o más de muestras con células endocervicales y/o de metaplasia.

De acuerdo a 560 reportes de resultados de citología cervical al año 2001, se obtuvieron los siguientes resultados: de los 351 casos se reportó que existía la presencia de células endocervicales o de metaplasia, predominando las células endocervicales en 72% y un 28% de metaplasia; 67 muestras fueron inadecuadas, de las cuales el 65.6% carecían de células endocervicales o de metaplasia y un 34.3% se reportó inadecuada por otras causas, como exudado inflamatorio, sangrado o una mala fijación. Se consideró que 16 muestras deberían repetirse por carecer células para ser estudiadas pero no se les señaló como inadecuadas, y estas representan el 2.8%.

Del total de muestras en estudio consideradas como inadecuadas y aunadas las muestras que se solicitó repetirlas, éstas suman el 10.7% del total de laminillas que no tuvieron células endocervicales o de metaplasia.

El 22.5% es decir 126 reportes no confirmaron la presencia de células endocervicales o de metaplasia escamosa y no se le consideró como muestras inadecuados. El índice de calidad total fue de 62.67%. Se emitieron diagnósticos como exudado inflamatorio moderado grave en 59.4% es decir 333 casos, exudado inflamatorio grave en 22.3% es decir 125 casos y exudado inflamatorio leve en 18.2% es decir 102 casos.

El instrumento utilizado fue citobrush en el 57.8% de casos y espátula de Ayre en 41.9%.[33]

Perelmuter y colaboradores realizaron un estudio acerca de la calidad de la toma de muestras de citología cervical de una unidad móvil perteneciente al sistema provincial de salud de Tucumán en Argentina, es un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 3744 citologias cervicales en un periodo de junio 2008 a junio 2009.

Las variables para la calidad de la muestra de acuerdo al sistema Bethesda: fueron satisfactorio e insatisfactorio, este último se consignaba cuando en la muestra no hubiera células de la zona de transformación, o presentara abundantes hematíes, leucocitos y desecación.

De las 3744 muestras realizadas los resultados fueron los siguientes: 312 citologías insatisfactorias, de éstas el 78% no presentaron células de la zona de transformación; 49 muestras eran inflamatorias no evaluables y representaban el 12.4%; 4 muestras fueron hemorrágicas severas es decir el 1%, finalmente 30 muestras tuvieron problemas en el proceso de fijación es decir el 7.5%. [34]

Landa realizó un estudio en la Jurisdicción Sanitaria No. V, denominado Intervención educativa al personal de enfermería, para la disminución de las muestras inadecuadas de tamiz neonatal. De las 7836 muestras que se tomaron en el primer nivel de atención durante el periodo de enero 2004 a octubre 2005, se desecharon 641 de la Jurisdicción Sanitaria No. V.

En el análisis realizado al interior del periodo de estudio, se observó que durante el año 2005, se incrementó el número de muestras inadecuadas con respecto al año anterior.

La investigación se basó en un diseño de tipo cuantitativo, cuyo propósito fue conocer qué tipo de causas influían para generar una muestra inadecuada, así como también, los estándares de calidad que no eran cubiertos y por consiguiente obligaba a desechar las muestras.

Estas muestras las tomó el personal de enfermería de las unidades de primer nivel de atención. Las muestras desechadas tenían las siguientes características un 70% muestra insuficiente, 20% muestra sobresaturada, un 7%, que presentaba anillos de suero y un 3% de muestras que no cumplieron con el periodo normado dentro del cual se debe hacer la toma.

Para poder realizar la intervención educativa se desarrollaron dos instrumentos, el primero se aplicó antes y después de iniciar la capacitación, y medía el conocimiento del personal de enfermería sobre el tamiz neonatal. Un segundo instrumento medía la capacidad del personal de enfermería para identificar muestras inadecuadas.

Los resultados obtenidos acerca del instrumento que medía el conocimiento del personal de enfermería, donde arrojó que este personal desconoce a qué se refiere el hipotiroidismo congénito, las consecuencias y acciones de enfermería.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, se estima que 1 de cada 2,537 recién nacidos presentan HC[22], esta frecuencia es alta en relación con otros países. Independientemente de la causa del HC, el cuadro clínico es el mismo, al nacimiento menos del 5% de los recién nacidos presentan signos y síntomas de hipotiroidismo, éstos se van haciendo evidentes en el transcurso de los primeros meses de vida.

Los niños y niñas con HC que no reciben tratamiento oportuno sufren diversos grados de retraso mental, retraso del crecimiento y desarrollo que limita su inclusión en la sociedad y en la vida productiva, lo cual representa un costo para el individuo, la familia y la sociedad.

Es muy importante que la prevención de la discapacidad por hipotiroidismo congénito (HC) mediante el tamiz neonatal se deba realizar a todos los niños que nazcan en territorio mexicano, en cumplimiento de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-1993 Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio y de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.

Con la finalidad de unificar los criterios de atención que el profesional de salud brinda, se pretende que a través del *Lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito*, el tamiz neonatal sea un instrumento seguro, de calidad, de gran utilidad para la detección y tratamiento oportuno del hipotiroidismo congénito a fin de evitar la discapacidad en los recién nacidos por esta enfermedad en México.

Este lineamiento técnico señala las directrices para llevar a cabo la detección oportuna, prevención, tratamiento, seguimiento, manejo integral y vigilancia epidemiológica del hipotiroidismo congénito, todo esto a nivel multidisciplinario, con especial énfasis en la calidad de cada uno de los procedimientos que se realizan a fin de lograr una atención integral y de alta calidad.

Los procedimientos en la toma de muestras de tamiz neonatal en el talón del niño, se deben realizar de manera correcta, al igual que el equipo y material, ya que como se mencionó anteriormente esta prueba de tamiz neonatal detecta varias enfermedades metabólicas en el recién nacido, y para que esta prueba sea adecuada en tiempo, se debe tomar entre los 3 y 5 días después del nacimiento, y en caso sospechoso se debe iniciar inmediatamente el tratamiento.

Entre más pasan los días y si no se inicia el tratamiento en el recién nacido, el coeficiente intelectual disminuye, en niños sin tratamiento se puede encontrar afectaciones que algunos autores ubican según la edad en los siguientes rangos: del nacimiento hasta los tres meses, el coeficiente intelectual es de 89 en un rango de (64-107); entre 3 y 6 meses el coeficiente intelectual es de 71, en un rango de (35-96) y después de 6 meses el coeficiente intelectual es de 54, en un rango de (25-80).

Si se inicia el tratamiento a tiempo hay mayor probabilidad de que el coeficiente intelectual se encuentra dentro de los rangos normales, por ejemplo, si se inicia el tratamiento después de 30 días de vida, el coeficiente intelectual tiene un valor de 109.8; entre 22 y 30 días de vida, un coeficiente intelectual con valor de 107.7; entre 15 y 21 días de vida, un valor de coeficiente intelectual de 115.3; antes de los 15 días de vida, un valor de coeficiente intelectual de 119.2.[35]

El profesional de salud que lleva a cabo la toma de muestras debe estar completamente capacitado para realizar este procedimiento, además de respetar y seguir adecuadamente los pasos que se marcan en dicho lineamiento, con el objetivo de que las muestras sean de utilidad y así se lleven a cabo la detección oportuna

de casos que abarca desde el momento que se lleva a cabo la muestra de tamiz neonatal, el envío de muestras y por supuesto la entrega de resultados que es una parte relevante dentro de la calidad para evitar muchos daños en la salud del recién nacido.

Se pretende realizar esta investigación, para evaluar si el personal de enfermería conoce el *Lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito* y los procedimientos que debe realizar el personal de enfermería, además, si este personal conoce las etapas preanalítica y postanalítica de la toma de muestras de tamiz neonatal, porque se ha buscado en diferentes bases de datos como Medline, Health Bussines Fulltext Elite, MedicLatina, Biomedic Central, SciELO, Medigraphic y no hay evidencias acerca de la situación en cuanto a la calidad con la que se realiza el tamiz neonatal.

La información que genere esta investigación deberá ser de utilidad para el profesional de salud para garantizar que los procedimientos se estén llevando a cabo de manera correcta o de lo contrario instrumentar medidas que permitan la garantía de la calidad en el tamiz neonatal.

3.1 Pregunta de investigación

¿El personal de enfermería del primer nivel de atención lleva a cabo con calidad los procedimientos de la etapa preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico *para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito*?

4. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de los procedimientos que realiza el personal de enfermería del primer nivel de atención, establecidas en la etapa preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

4.1 Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del primer nivel de atención sobre los procedimientos que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.
- Evaluar la calidad de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.
- Evaluar la oportunidad en la entrega de resultados en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito en el recién nacido.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño de la investigación

Para darle respuesta a la pregunta de investigación planteada, el diseño de esta investigación es de tipo ***observacional, evaluativo y transversal.***

Este caso sólo se enfocará a observar el proceso de la toma de muestras de tamiz neonatal que lleva a cabo el personal de enfermería, a través de una guía de cotejo.

En esta investigación se medirá el conocimiento del personal de enfermería y además se cotejaran los procedimientos que realiza durante la toma de muestras y la entrega de resultados, estos procedimientos se compararan con lo que establece el Lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito teniendo como finalidad el evaluar la calidad de dichos procedimientos.

Se va a realizar una sola medición de la calidad de la toma de muestras de tamiz neonatal y de conocimiento del personal de enfermería acerca del tamiz neonatal.

5.2 Universo

El universo de estudio se constituye por todas las enfermeras que realizan la toma de muestras de tamiz neonatal en las 82 unidades del primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. V. de Xalapa, Veracruz.[a]

5.3 Muestra

Se llevará a cabo un muestreo por conveniencia. El criterio de selección de las unidades médicas de primer nivel de atención se realizará con base en el número de muestras de tamiz neonatal tomada entre los meses de enero a septiembre, se seleccionarán aquellas unidades que tengan un promedio por mes de 30 o más detecciones de tamiz neonatal.

---

a Plantilla del personal de Enfermería, mayo 2010. Departamento de Planeación de la Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa

De acuerdo a los registros numéricos del programa de tamiz neonatal de la Jurisdicción Sanitaria número V quedan las siguientes unidades.

Tabla 1. Centros de Salud de primer nivel de atención, seleccionadas para la muestra.

Centro de Salud de Altotonga Ver.	Centro de Salud Maraboto, de Xalapa, Ver.
Centro de Salud de Banderilla Ver.	Centro de Salud Miguel Alemán, de Xalapa, Ver.
Centro de Salud de Coatepec Ver.	Centro de Salud Col. Revolución, de Xalapa, Ver.
Centro de Salud Dr. Gastón Melo, de Xalapa Ver.	Centro de Salud de las Vigas
Centro de Salud Emiliano Zapata, de Xalapa, Ver.	Centro de Salud de Perote
Centro de Salud Lerdo de Tejada, de Xalapa, Ver.	Centro de Salud de Xico

Fuente: Concentrado de recién nacido sano y puerperio 2010. Servicios de Salud de Veracruz. Jurisdicción Sanitaria V Xalapa. Salud Reproductiva

En cada centro de salud seleccionado, se identificará al personal de enfermería que realiza la toma de muestras de tamiz neonatal, una vez identificadas las enfermeras, se investigará qué día de la semana realizan la toma de muestras y en que horario, para elaborar un rol del personal de enfermería por cada centro de salud y día de la semana. Este rol se hará para poder realizar un cronograma de actividades por cada día de la semana y por centro de salud de acuerdo a las unidades seleccionadas.

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que realiza la toma de muestras de tamiz neonatal en el centro de salud.
- Personal de enfermería que acepte participar en el estudio
- Personal de enfermería que permita que se le observe durante los procedimientos de toma de muestra de tamiz neonatal y que además participe en la aplicación del cuestionario

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que este asignado a la toma de muestras de tamiz neonatal y que se encuentre con licencia mayor a 2 meses

Criterios de eliminación

- Personal de enfermería que habiendo iniciado el procedimiento de toma de muestra de tamiz neonatal, no termine de realizarlo o bien que no realice el llenado del cuestionario de manera completa.

5.4 Definiciones operacionales

Tabla 2. Definiciones operacionales de la Calidad de las actividades en la etapa preanalítica

Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Parámetros de referencia
Calidad de las actividades en la etapa Preanalítica	Calidad en el llenado de la ficha de identificación	Llenado correcto y completo de datos indispensables en la ficha de identificación para obtener información acerca del recién nacido.	Qué el personal de enfermería encargado de la toma de la muestra de tamiz neonatal, cumpla los 21 indicadores señalados en el llenado de la ficha de identificación de acuerdo a las instrucciones que se señalan. A los indicadores que se encuentran en letra cursiva y negrita, se les llama indicadores básicos y se les asignará un valor de 3 puntos a cada uno y un puntaje de 1 a aquellos indicadores que se encuentran en letra normal. Solo se tomará en cuenta si cumple o no cumple. De acuerdo al resultado que se obtenga se clasificará en: • Calidad adecuada Cuando en el llenado de la ficha se encuentren un puntaje de entre 29 y 41 puntos debiendo haber obtenido los 10 indicadores básicos que deben cumplir en su totalidad • Calidad media si cumple con un puntaje de 15 a 28 puntos en estos indicadores. • Calidad inadecuada: si tiene un valor de 1 a 14 puntos	1.Unidad: el personal de enfermería, escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la unidad de salud donde está tomando la muestra. 2.Jurisdicción: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la jurisdicción a la que pertenece la unidad de salud. 3.Estado: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la entidad donde se toma la muestra. 4. Sexo: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, si el recién nacido es masculino o femenino. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 5. Fecha de nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación, la fecha de nacimiento del recién nacido en el siguiente orden, día, mes, año. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 6. Hora del nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe la hora de nacimiento en formato de 24 horas en la ficha de identificación. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 7. Fecha de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe la fecha de toma de muestra en el recién nacido, escribe el día con número, para referirse al mes escribe las tres primeras letras del nombre de cada mes y escribe completo el año en la ficha de identificación. 8. Hora de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación en formato de 24 horas, la hora de la toma de muestra. 9. Edad gestacional: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si él recién nacido fue un producto a término o prematuro. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 10. Malformaciones congénitas: el personal de enfermería escribe sí o no en la ficha de identificación, y en caso de existir, anota el nombre de la malformación. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 11. Gemelo: en caso de que este sea, el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación el número de gemelo. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 12. Peso al nacer: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el peso en gramos y/o kilos del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 13. Talla: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación la talla completa en centímetros y/o metros del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.

				14. Nombre de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la madre, sin abreviaturas, empezando por apellido paterno, después el apellido materno y el nombre de la madre o nombres. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 15. Edad de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de años cumplidos de la madre. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 16. Enfermedad tiroidea: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si la madre tiene o no una enfermedad tiroidea. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal. 17. Gesta: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de gesta que indique la madre. 18. Domicilio: el personal de enfermería escribe completo, en la ficha de identificación el domicilio de la madre, éste debe escribirse lo más claro posible (anotando la calle, número, colonia, o localidad, municipio, la entidad federativa y el código postal. 19. Teléfono: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación con números el teléfono de la madre del recién nacido. 20. Otra dirección: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, otra dirección donde se pueda localizar a la madre. 21. Teléfono: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación otro número de teléfono para poder localizar a la madre.
	Calidad en la técnica de la toma de la muestra	Consiste en obtener la muestra en la tarjeta de Guthrie o papel filtro, utilizando la técnica adecuada.	Que el personal de Enfermería reúna estos 22 indicadores dividido en 8 apartados que son: Material, inmovilizar el pide del niño, sitio de punción, limpieza del área, introducción de la lanceta, colocar gota de sangre en papel filtro, secado y guardado de muestra. A los indicadores que se encuentran en letra cursiva y negrita, se les llama indicadores básicos y se les asignará un valor de 3 a cada uno, y un puntaje de 1 a aquellos indicadores que se encuentran en letra normal. se clasificará en tres tipos de calidad para esta variable que son: • Calidad adecuada: si se cumple con un puntaje de entre 42 y 62 puntos y en estos se encuentran los 21 indicadores básicos • Calidad media: si de estos indicadores se obtienen de 21 a 41 puntos. • Calidad inadecuada si se obtiene un puntaje de 1 a 20 puntos por estos indicadores.	• Material: 1. Utilizar algodón 2. Alcohol 3. Lanceta estéril 4. Papel filtro Whatman 903 Procedimientos 1. El personal de enfermería utiliza el papel filtro Whatman 903 de la Secretaría de Salud para la toma de muestra de tamiz neonatal. 2. El personal de enfermería inmoviliza el pie del niño (derecho o izquierdo) con una de sus manos hasta que termine el procedimiento de toma de muestra de tamiz neonatal. 3. El personal de enfermería limpia con la torunda con alcohol el sitio a puncionar, en el talón del recién nacido. 4. El personal de enfermería espera 5 segundos sin soplar o abanicar con la mano o algún otro objeto para que se evapore el alcohol del talón del niño. 5. El personal de enfermería punciona con la lanceta estéril en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido. 6. El personal de enfermería introduce la lanceta estéril de manera perpendicular en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido. 7. El personal de enfermería introduce la lanceta estéril solo una vez en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido. 8. El personal de enfermería verifica que exista salida de sangre en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido. 9. El personal de enfermería cuida que el talón del niño no pegue con el papel filtro en la toma de muestras de tamiz neonatal. 10. El personal de enfermería, coloca la primera gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el primer círculo del papel filtro sin salirse de la línea punteada. 11. El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el segundo círculo del papel filtro. Sin salirse de la línea punteada. 12. El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el tercer círculo sin salirse de la línea punteada. 13. El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el cuarto círculo sin salirse de la línea punteada.

	Calidad en el manejo y envío de muestras de sangre en papel filtro	Consiste en colocar las muestras envueltas en un sobre blanco de manera individual y enviarlas a la Jurisdicción, en el concentrado de muestras por folio.	Que el personal de enfermería reúna estos 3 indicadores. Se les asignará un valor de 3 a cada uno, Cuando el envío de muestras se cumpla con los indicadores que se señalan en color negro y con formato de cursiva y 1 punto a los indicadores que se encuentran en letra normal.	• Guardado de la muestra: 1. El personal de enfermería introduce la muestra de papel filtro en un sobre, después de las tres horas de secado.
			Calidad adecuada cuando sea un puntaje total de 9 puntos. • Calidad media cuando tenga un puntaje de 6 puntos. • Calidad inadecuada cuando tenga un puntaje de 0 a 3 puntos	2. El personal de enfermería, anota los datos del recién nacido y su madre en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública. 3. En caso de existir, el personal de enfermería anota los folios cancelados y le pone con letras grandes cancelado en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

** Dentro de la dimensión de calidad de las actividades, en la etapa preanalítica y post analítica se le da mayor importancia a indicadores que se encuentran en color negrita y cursiva, debido que se considera que para este estudio, si no se cumplen dichos indicadores afectará directamente en la de la toma de muestra de tamiz neonatal y por consiguiente a los resultados de dichas muestras por ello intervienen de manera más directa sobre la calidad del estudio, por lo tanto se resalta la importancia de dichos indicadores.*

Tabla 3. Definiciones operacionales de la Calidad de las actividades en la etapa postanalítica

Dimensión	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Parámetros de referencia
Calidad de las actividades en la etapa Post-analítica	Calidad en la entrega de resultados	Consiste en que el personal de enfermería tenga los resultados de las muestras del tamiz neonatal y en su caso informe oportunamente en un plazo no mayor a 3 días, a la madre acerca de un caso sospechoso y le indique que hacer.	Dar los resultados a la madre del recién nacido en el tiempo indicado, cada indicador y que se cumpla de forma correcta se evaluara con 3 puntos, entonces se clasificará como: Calidad adecuada cuando se cumpla el plazo de 1 a 3 días después de la entrega de resultados por parte del laboratorio. Calidad media cuando la entrega de resultados sea de 4 a 6 días después de la entrega de resultados por parte del laboratorio Calidad inadecuada cuando pasen más de 7 días para la entrega de resultados después del reporte del laboratorio	**Entrega de resultados**: Dar a conocer los resultados de todos los niños tamizados en un plazo no mayor de 3 días después que el laboratorio reporte los resultados.

Tabla 4. Definiciones operacionales del personal de Enfermería

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento en que se realiza la evaluación.	Edad reportada por el entrevistado (a).	Porcentaje en los rangos de edad
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas.	Sexo seleccionado por el entrevistado	Masculino Femenino
Formación del Personal de Enfermería	Formación del personal de enfermería	Nivel de formación académica que seleccione el entrevistado.	Auxiliar de Enfermería Técnica en Enfermería. Servicio social de Enfermería Licenciatura en Enfermería Especialidad en Enfermería Maestría Otro
Años desempeñados como enfermera	Indica el tiempo que una enfermera lleva dentro de la unidad de salud.	Años que indique el entrevistado que lleva en el centro de salud.	Rango de años que indique el entrevistado
Años de realizar el tamiz neonatal	Indica el tiempo que una enfermera lleva realizando el tamiz neonatal, en cualquier Centro de Salud donde a laborado	Años que indique el entrevistado que lleva de realizar el tamiz neonatal en los centros de Salud donde a laborado	Rango de años que indique el entrevistado
Tipo de contratación	Contrato que establece la unidad de primer nivel de atención	Tipo de contrato que señale el entrevistado	Base Homologada Contrato

Tabla 5. Definiciones operacionales del conocimiento del personal de enfermería en los procedimientos de toma de muestra de tamiz neonatal

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Hipotiroidismo congénito	Se refiere a la disminución de la hormona tiroidea en los recién nacidos y en algunos casos no hay producción de dicha hormona. Si el bebé nació con esta afección se llama hipotiroidismo congénito. Este puede ser causado por la ausencia o desarrollo anormal de la glándula tiroidea, insuficiencia hipofisaria para estimular la hormona tiroides y la formación defectuosa o anormal de las hormonas tiroideas	El personal de enfermería deberá seleccionar la respuesta correcta dentro del cuestionario enfermedad en el recién nacido que consiste en la disminución de la hormona tiroidea y en algunos casos no hay producción de dicha hormona. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia del número de enfermeras que contesten correcta e incorrectamente.
Tamiz neonatal	Es una herramienta muy importante para la detección del hipotiroidismo congénito, que permite conocer con mayor exactitud la prevalencia de esta enfermedad. La prueba de tamiz neonatal se utiliza para detectar en el recién nacido alguna enfermedad en el metabolismo, antes de que se manifieste y se utiliza para prevenir de manera oportuna, alguna discapacidad física, mental o incluso la muerte.	El personal de enfermería deberá seleccionar la respuesta correcta dentro del cuestionario, prueba que se realiza a los recién nacidos para prevenir y detectar enfermedades del metabolismo Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería seleccione o no esta respuesta
Días para realizar el tamiz neonatal en el recién nacido	Días que indica el Tamiz neonatal. Detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. Lineamiento técnico	El personal de enfermería contestará en el cuestionario de 3 a 5 días después del nacimiento, tal como lo indica el lineamiento técnico. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería elija este rango de días dentro del cuestionario
Material esencial para la toma de muestras de tamiz neonatal	Material que se considera indispensable para realizar el procedimiento de la toma de muestra de tamiz neonatal y que sin este no se puede llevar a cabo esta muestra	El personal de enfermería deberá señalar dentro del cuestionario la respuesta que diga papel filtro Guthrie. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona esta respuesta
Ficha de identificación	Documento utilizado para escribir los datos del recién nacido, de la madre, de la institución y los procedimientos para la toma de muestra de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá señalar en el cuestionario la respuesta que diga ficha de identificación. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Material completo para la toma de muestras de tamiz neonatal	Todo el material que se utiliza para llevar a cabo el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal en el recién nacido	El personal de enfermería deberá contestar dentro del cuestionario la respuesta que contenga: algodón, alcohol, lanceta estéril, papel filtro especifico y ficha de identificación. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta

Sitio de punción en el recién nacido para la toma de muestras de tamiz neonatal	Sitio indicado para la punción del recién nacido porque existe mayor irrigación sanguínea	El personal de enfermería deberá seleccionar en el cuestionario la respuesta que diga talón izquierdo o derecho del recién nacido.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Material para limpiar el sitio a puncionar en el recién nacido	Material que se debe utilizar el sitio a puncionar para que la muestra de tamiz neonatal sea adecuada en el recién nacido	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario esta pregunta y seleccionar la respuesta que diga torunda con alcohol. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Cuidado en el sitio a puncionar en el recién nacido	Cuando se punciona el sitio indicado en el recién nacido no se debe abanicar debido a que contaminaría el sitio a puncionar	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario, no se debe abanicar. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Material para puncionar al recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal	Material indispensable para llevar a cabo la punción en el recién nacido, se utiliza este material para que la muestra de sangre salga de manera adecuada, es decir en buena cantidad para la toma de muestras en el recién nacido	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario la pregunta y seleccionar la respuesta que contenga lanceta estéril Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Número de punciones en el recién nacido	Se define como una vez para puncionar al recién nacido para la toma de muestras de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario y seleccionar la respuesta que diga una vez. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Salida de sangre en el recién nacido después de la punción	Aspecto importante en la toma de muestras de tamiz neonatal pues si existe salida o no de la sangre afectará en la toma de muestra de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario la pregunta y seleccionar la respuesta que diga que existe salida de sangre en el área puncionada en el recién nacido. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Cuidado del papel filtro con el talón del recién nacido	El papel filtro es material importante para la toma de muestras de tamiz neonatal, por lo tanto es de vital importancia que no pegue con el talón del recién nacido para no afectar la muestra del tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá seleccionar en el cuestionario la respuesta que diga ninguna vez. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Características de la toma de muestra de tamiz neonatal	Son las características que debe reunir la toma de muestras de tamiz neonatal en el papel filtro para ser considerada adecuada	El personal de enfermería deberá seleccionar en el cuestionario la respuesta que contenga que la muestra sea suficiente, que impregne la parte posterior y no esté sobresaturada. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Círculos para llenar en el papel filtro	Número de círculos que se tienen que llenar en el papel filtro para poder considerar adecuada la toma de muestra de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá seleccionar dentro del cuestionario la respuesta que diga cinco círculos. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta

Posición para el secado del papel filtro	Posición indicada para el secado del papel filtro y que no se encime con otras muestras de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario la respuesta que diga ponerla de manera horizontal en una superficie plana. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Horas de secado de la muestra de tamiz neonatal	Tiempo que se debe poner a secar la muestra de tamiz neonatal para su guardado y poder enviarla a la instancia correspondiente	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario la respuesta que tenga 3 horas. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Pestaña del papel filtro	Pestaña que se le debe doblar al papel filtro para proteger los círculos llenos de sangre y que no afecten la muestra de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá seleccionar en el cuestionario después del secado del papel filtro. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Manejo del papel filtro	Es la manera en que se debe tratar a la muestra de tamiz neonatal para el envío de estas muestras	El personal de enfermería deberá seleccionar el papel filtro se guarda en un sobre y se envía	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública	Formato que se envía a la Jurisdicción que contiene los datos de las muestras de tamiz neonatal tomadas en cierto periodo	El personal de enfermería deberá de seleccionar en el cuestionario la respuesta que diga Formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Prueba de perfil tiroideo	Prueba que se le tiene que realizar al recién nacido en caso de que no se realice la toma de muestras de tamiz neonatal en tiempo establecido en el recién nacido	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario la respuesta que diga prueba de perfil tiroideo. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Conducta en un caso confirmado de hipotiroidismo congénito	Procedimiento que tiene que realizar el personal de enfermería en caso confirmado de hipotiroidismo congénito en el recién nacido, de tal manera que no afecte la salud de este	El personal de enfermería deberá seleccionar en el cuestionario referir al primer nivel de atención. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Días para el inicio el tratamiento de hipotiroidismo congénito	Número de días que se consideran adecuados para iniciar el tratamiento y no existan mayores daños en el coeficiente del recién nacido	El personal de enfermería deberá contestar en el cuestionario de 1 a 15 días de nacimiento. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta
Lineamiento técnico	Documento que establece la prevención, cuidado y tratamiento en la toma de muestras de tamiz neonatal	El personal de enfermería deberá contestar si cuenta o no con el lineamiento técnico y si tiene acceso o no a este. Se le otorgará un punto a la respuesta correcta y se evaluará en una escala del 1 al 100 %.	Frecuencia con que el personal de enfermería selecciona o no esta respuesta

Tabla 6. Definiciones operacionales de oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Parámetros de referencia
Oportunidad en la entrega de resultados	En el caso de niños con resultados de sospecha de hipotiroidismo entrega de resultados antes de los 15 días de vida	Notificación del resultado a la madre del recién nacido con sospecha de hipotiroidismo congénito igual o menor a 15 días con respecto a la fecha de nacimiento del niño	Número de días de nacido en la fecha de entrega de resultados a la madre en los casos cuyos resultados sean sospechosos de HC

6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1 Técnicas de recolección de la información

Para realizar esta tesis se van a emplear dos técnicas, que son: la observación y la entrevista.

Se observarán los procedimientos que realiza el personal de enfermería de cada centro de salud encargado de la toma de muestras de tamiz neonatal, dichas observaciones se anotarán en la guía de cotejo que contiene los procedimientos de la toma de muestras para ver si existe o no cumplimiento de acuerdo al lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

La entrevista se utilizará para recabar información sobre el conocimiento del personal de enfermería, en los procedimientos de la toma de muestras de tamiz neonatal en relación al lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

6.2 Instrumentos para la recolección de información

En esta investigación se utilizarán tres instrumentos que nos permitirán la recolección de la información, el primer instrumento es una guía de cotejo para evaluar al personal de enfermería del primer nivel de atención sobre los procedimientos que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Y el segundo instrumento es un cuestionario que se utilizará para evaluar la el conocimiento de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. El tercer instrumento que es una lista de cotejo para evaluar la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito. A continuación se describen cada uno de ellos.

6.2.1 Guía de Cotejo para evaluar al personal de enfermería del primer nivel de atención sobre los procedimientos que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

La guía de cotejo para evaluar al personal de enfermería, consta de un espacio para escribir el número de folio, otro espacio para escribir la fecha de evaluación y un apartado para las instrucciones.

Esta guía de cotejo contiene espacios para escribir el nombre de la unidad, nombre del personal de enfermería, nombre del observador, hora de inicio y hora de término del procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal.

La guía de cotejo contiene 46 ítems, divididos en dos apartados que se refieren a los procedimientos de toma de muestra de tamiz neonatal que realiza el personal de enfermería y que se van a observar; el primer procedimiento es a cerca de la toma de muestras de tamiz neonatal y el segundo procedimiento es a cerca del llenado de la ficha de

identificación del recién nacido, ambos llevados a cabo por la enfermera.

Esta guía de cotejo contiene tres columnas, la primera columna se refiere a los procedimientos de la toma de muestras de tamiz neonatal de acuerdo al lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

La segunda columna se refiere al cumplimiento o no de los procedimientos de acuerdo al lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito y la tercera columna se refiere a las observaciones que se puedan registrar.

El primer apartado referido al procedimiento de la toma de muestras de tamiz neonatal, contiene un total de 25 ítems; de éstos, 22 ítems se consideran de suma importancia porque afectarán el resultado de la calidad, es decir, la toma de muestras de tamiz neonatal se debe realizar con el material, equipo y los procedimientos correctos como lo indica el lineamiento técnico para el HC, si la toma de muestras de tamiz neonatal no se realizara adecuadamente, se afectará el resultado de estas muestras y se interpretarían de manera errónea, es por eso que se encuentran en color negrita y tipo cursiva en la guía de cotejo.

Y los otros tres ítems se consideran parte del procedimiento pero no afectan al resultado de la muestra de tamiz es por eso que se encuentran en letra normal.

El segundo apartado contiene información sobre el llenado de la ficha de identificación del recién nacido, consta de un total de 21 ítems, de éstos se considera que 10 ítems son de suma importancia porque la calidad en los datos de la ficha de identificación afectarán en el resultado en la oportunidad del tratamiento, es decir, estos datos se deben escribir de manera correcta tal como lo indica el lineamiento técnico para el HC ya que en un caso sospecho es indispensable localizar a la madre y al recién nacido para iniciar inmediatamente el tratamiento y por supuesto no se afecte la salud del niño por eso se distinguen de los demás ítems y se encuentran de color negrita y cursiva.

Los 11 ítems restantes son parte del procedimiento pero estos no afectaran en la calidad de la toma de muestras.

Universidad Veracruzana

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

Guía de cotejo de las actividades de enfermería durante el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal

Folio: _____ Fecha de la evaluación: _____

Instrucciones: Observar cada uno de los procedimientos que a continuación se pide que realice el personal de enfermería y anotar si se cumplen o no, marcando con una **"x"** dentro de la casilla correspondiente.

Nombre de la unidad:			
Nombre de la enfermera (o):			
Nombre del observador:			
Hora de inicio del procedimiento: _____ (poner la hora en formato de 24 horas, la hora de inicio del procedimiento, que empieza en el llenado de la ficha de identificación)			
Hora de término del procedimiento: _____ Poner la hora en formato de 24 horas, que termina con el empaquetado de las muestras de tamiz neonatal.			
Procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal. Observar los procedimientos que realiza el personal de enfermería en la toma de muestras de tamiz neonatal y poner una "**x**" en el espacio correspondiente de acuerdo al cumplimiento o no de los procedimientos y en su caso hacer observaciones en la columna correspondiente respecto a dichos procedimientos.	Cumple de acuerdo al lineamiento técnico		Observaciones
	SI	NO	
El personal de enfermería utiliza el papel filtro Whatman 903 de la Secretaría de Salud para la toma de muestra de tamiz neonatal.			
El personal de enfermería inmoviliza el pie del niño (derecho o izquierdo) con una de sus manos hasta que termine el procedimiento de toma de muestra de tamiz neonatal.			
El personal de enfermería limpia con la torunda con alcohol el sitio a puncionar, en el talón del recién nacido.			
El personal de enfermería espera 5 segundos sin soplar o abanicar con la mano o algún otro objeto para que se evapore el alcohol del talón del niño.			
El personal de enfermería punciona con la lanceta estéril en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.			
El personal de enfermería introduce la lanceta estéril de manera perpendicular en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.			
***El personal de enfermería introduce la lanceta estéril solo una vez* en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.**			
El personal de enfermería verifica que exista salida de sangre en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.			
El personal de enfermería cuida que el talón del niño no pegue con el papel filtro en la toma de muestras de tamiz neonatal.			
El personal de enfermería, coloca la primera gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el primer círculo del papel filtro sin salirse de la línea punteada.			
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el segundo círculo del papel filtro. Sin salirse de la línea punteada.			
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el tercer círculo sin salirse de la línea punteada.			
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el cuarto círculo sin salirse de la línea punteada.			
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el quinto círculo sin salirse de la línea punteada.			
El personal de enfermería presiona el área de la punción, en el talón del recién nacido, con una torunda seca hasta que deje de salir sangre.			
El personal de enfermería verifica, sin tocar los círculos, que las gotas de sangre impregnen la cara posterior de la tarjeta del papel filtro.			

El personal de enfermería verifica que las muestras de sangre dentro de los cinco círculos del papel filtro sea suficiente.			
El personal de enfermería verifica que las muestras de sangre dentro de los cinco círculos del papel filtro no esté sobresaturada.			
En caso de que las muestras de tamiz neonatal sean insuficientes, sobresaturadas o no impregnen el papel filtro, el personal de enfermería vuelve a realizar la toma de muestras de tamiz neonatal.			
El personal de enfermería pone a secar sin tocar los círculos, sobre una superficie en el área de trabajo, la muestra de tamiz neonatal.			
El personal de enfermería lleva a cabo el secado de la muestra en el papel filtro durante 3 horas a temperatura ambiente, sin tocar los círculos.			
Después de las tres horas de secado de la muestra en el papel filtro, el personal de enfermería dobla la pestaña que se encuentra en el papel filtro, para cubrir los círculos impregnados de sangre, sin tocarlos.			
El personal de enfermería introduce la muestra de papel filtro en un sobre, después de las tres horas de secado.			
Procedimiento de llenado de la ficha de identificación del recién nacido Verificar esta sección, después del procedimiento de tomas de muestras de tamiz neonatal y poner una x, si cumple o no los procedimientos que a continuación se enlistan.	Cumple de acuerdo al lineamiento técnico		Observaciones
	SI	NO	
Unidad: el personal de enfermería,* escribe en la ficha de identificación, *el nombre completo de la unidad de salud donde está tomando la muestra.			
Jurisdicción: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la jurisdicción a la que pertenece la unidad de salud.			
Estado: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la entidad donde se toma la muestra.			
Sexo: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, si el recién nacido es masculino o femenino. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Fecha de nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación, la fecha de nacimiento del recién nacido en el siguiente orden, día, mes, año. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Hora del nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe la hora de nacimiento en formato de 24 horas en la ficha de identificación. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal			
Fecha de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe la fecha de toma de muestra en el recién nacido, escribe el día con número, para referirse al mes escribe las tres primeras letras del nombre de cada mes y escribe completo el año en la ficha de identificación.			
Hora de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación en formato de 24 horas, la hora de la toma de muestra.			
Edad gestacional: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si él recién nacido fue un producto a término o prematuro. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Malformaciones congénitas: el personal de enfermería escribe sí o no en la ficha de identificación, y en caso de existir, anota el nombre de la malformación. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Gemelo: en caso de que este sea, el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación el número de gemelo. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			

Peso al nacer: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el peso en gramos y/o kilos del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Talla: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación la talla completa en centímetros y/o metros del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Nombre de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la madre, sin abreviaturas, empezando por apellido paterno, después el apellido materno y el nombre de la madre o nombres. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Edad de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de años cumplidos de la madre. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Enfermedad tiroidea: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si la madre tiene o no una enfermedad tiroidea. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.			
Gesta: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de gesta que indique la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestras de tamiz neonatal.			
Domicilio: el personal de enfermería escribe completo, en la ficha de identificación el domicilio de la madre, éste debe escribirse lo más claro posible (anotando la calle, número, colonia, o localidad, municipio, la entidad federativa y el código postal.			
Teléfono: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación con números el teléfono de la madre del recién nacido.			
Otra dirección: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, otra dirección donde se pueda localizar a la madre.			
Teléfono: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación otro número de teléfono para poder localizar a la madre.			
El personal de enfermería, anota los datos del recién nacido y su madre en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública.			
En caso de existir, el personal de enfermería anota los folios cancelados y le pone con letras grandes cancelado en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública.			

6.2.2 Cuestionario para evaluar el conocimiento de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Este cuestionario cuenta con datos de folio, fecha de aplicación del cuestionario, instrucciones. Se divide en dos apartados, el primero se refiere a los datos del personal de enfermería, que son edad, sexo, formación, años que lleva desempeñándose como enfermera, el tipo de contrato que tiene y el segundo apartado se refiere a preguntas acerca del conocimiento en el hipotiroidismo congénito, que consta de 25 preguntas, de las cuales atendiendo la forma de respuesta, cinco son de tipo dicotómica y 19 preguntas son de opción múltiple.

Universidad Veracruzana

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

Cuestionario para el personal de enfermería acerca del tamiz neonatal

Folio: _____

Fecha de aplicación del cuestionario: _____

El presente cuestionario es parte de un proyecto de tesis del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, a cerca de los procedimientos de detección del hipotiroidismo congénito. Sus respuestas serán manejadas de manera confidencial y sólo se utilizarán con fines de investigación. De antemano agradezco su tiempo y colaboración.

a. Datos de identificación del personal de enfermería

1. Anote el nombre de su centro de trabajo:_____
2. Anote su edad en años cumplidos: _____
3. Seleccione su sexo:
Masculino
Femenino

4. ¿Cuál es la formación que usted tiene?
Auxiliar de enfermería
Técnica en enfermería.
Servicio social de enfermería
Licenciatura en enfermería
Especialidad en enfermería
Otro:_____(especifique)

5. Anote por favor ¿cuántos años lleva usted desempeñándose como enfermera? _____

6. Anote por favor ¿qué tiempo lleva realizando tamiz neonatal?:_____años

7. ¿Qué tipo de contratación tiene dentro de este centro de salud?
Base
Contrato
Homologada

b. Información sobre hipotiroidismo congénito

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente y marque con una **"x"** la respuesta correcta (sólo marque una opción)

1. ¿Qué es el hipotiroidismo congénito?

- Es una enfermedad genética caracterizada por la presencia de un solo cromosoma X
- Enfermedad en el recién nacido que consiste en la disminución de la hormona tiroidea y en algunos casos no hay producción de dicha hormona.
- Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible
- Enfermedad hereditaria de las glándulas mucosas y sudoríparas. Afecta principalmente los pulmones, el páncreas, el hígado, los intestinos, los senos para nasales y los órganos sexuales
- Enfermedad maligna de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos clonales en la médula ósea, que suelen pasar a la sangre periférica aunque en ocasiones no lo hacen.

2. El Tamiz neonatal es una:

- Enfermedad que se detecta en los recién nacidos
- Técnica de toma de sangre para los recién nacidos
- Prueba que detecta todas las enfermedades en el recién nacido
- Prueba que se utiliza para detectar el síndrome de Down
- Prueba que se realiza a los recién nacidos para prevenir y detectar enfermedades del metabolismo

3. ¿Hasta cuántos días después del nacimiento del recién nacido es recomendable realizar el tamiz neonatal?

- De 0 a 2 días después del nacimiento
- De 3 a 5 días después del nacimiento
- De 6 a 9 días después del nacimiento
- De 10 a 15 días después del nacimiento
- De 16 a 30 días después del nacimiento

4. Es el material esencial para la toma de muestras de tamiz neonatal:

- Tubo de ensayo
- Laminilla de vidrio
- Papel filtro Guthrie
- Catéter
- Vacutainer

5. Los datos del recién nacido, de la madre, de la institución y los procedimientos para la toma de muestra de tamiz neonatal se anotan en:

- Hoja de enfermería
- Ficha de identificación del recién nacido
- Ficha de identificación de la madre
- Hoja del médico
- Formato de concentrado de muestras para el Laboratorio Estatal

6. Es todo el material que se utiliza para la toma de muestras de tamiz neonatal

- Tijeras, algodón, gasas, jeringa, cartilla de vacunación
- Jeringas, gasas, yodo, algodón y hoja de registro
- Jeringa de insulina, gasas, alcohol, algodón y hoja del médico
- Algodón, alcohol, lanceta estéril, papel filtro específico, ficha de identificación
- Vacutainer, algodón, alcohol, aguja y hoja de aviso del nacimiento

7. ¿Cuál es el sitio en que se debe puncionar al recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal?

- Cordón umbilical del recién nacido
- Talón izquierdo o derecho del recién nacido
- Mano derecha o izquierda del recién nacido
- Pulgar derecho o izquierdo del recién nacido
- Muslo derecho o izquierdo del recién nacido

8. Es el material que se debe utilizar para limpiar el sitio a puncionar en el recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal

- Gasa con alcohol
- Gasa con Yodo
- Torunda seca
- Torunda yodada
- Torunda con alcohol

9. Número de veces que se debe abanicar en el sitio a puncionar para que el alcohol se evapore:

- No se debe abanicar
- Abanicar una vez
- Abanicar dos veces
- Abanicar tres veces
- Abanicar cuatro veces

10. Material que se debe utilizar para puncionar en el recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal

- Aguja de calibre 7
- Aguja de calibre 16
- Aguja de calibre 21
- Lanceta estéril
- Aguja de insulina

11. ¿Cuántas veces es necesario puncionar al recién nacido para que exista salida de sangre para tomarle la muestra de tamiz neonatal?

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- 5 veces

12. ¿Qué tiene que verificar la enfermera cuando se punciona al recién nacido para la toma de muestras de tamiz neonatal?

- Que tenga alcohol para tomarle la muestra
- La postura del recién nacido para la toma de muestra de tamiz
- Que exista salida de sangre en el área puncionada en el recién nacido
- Si llora el recién nacido al tomarle la muestra de tamiz
- La reacción de la madre al tomarle la muestra de tamiz

13. Número de veces que el papel filtro debe pegar con el sitio de la toma de muestra de tamiz neonatal

- Ninguna vez
- Una vez
- Dos veces
- Tres veces
- Más de 4 veces

14. ¿Qué debe observar la enfermera después de la toma de tamiz neonatal?

- Que la muestra de tamiz neonatal se le haya tomado al recién nacido correcto
- Que la muestra de tamiz neonatal se seque rápidamente y se empaque
- Que la muestra de tamiz neonatal fue tomada en el lugar correcto
- Que el material para toma de la muestra de tamiz neonatal esté completo
- Que la muestra sea suficiente, que impregne la parte posterior y no esté sobresaturada

15. Número de círculos que se deben llenar en el papel filtro para la toma de una muestra de tamiz neonatal:

- 5 círculos
- 4 círculos
- 3 círculos
- 2 círculos
- 1 círculo

16. Posición adecuada para secar el papel filtro:

- Detenerla de manera horizontal con las manos
- Detenerla de manera vertical con las manos
- Ponerla de manera vertical en una superficie plana
- Ponerla de manera horizontal en una superficie plana
- Ponerla de manera paralela con otra muestra de tamiz

17. ¿Cuántas horas se tiene que poner a secar la muestra de tamiz neonatal?

- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas
- 5 horas

18. ¿En qué momento se dobla la pestaña del papel filtro de la muestra de tamiz neonatal?

- Antes de que se seque el papel filtro
- Después del secado del papel filtro
- Después de la toma de muestra
- Antes de la toma de muestra
- No importa en qué momento se dobla

19. Manejo que se le tiene que dar a las muestras de tamiz neonatal para su envío a la Jurisdicción Sanitaria:

- El papel filtro se guarda en una bolsa de plástico y se envía
- El papel filtro se guarda envuelto en una hoja blanca y se envía
- El papel filtro se guarda en un folder y se envía
- El papel filtro se guarda en un sobre y se envía
- El papel filtro se guarda en la cartilla de vacunación y se envía

20. Es el nombre del formato que se envía a la jurisdicción y contiene la los datos de las muestras de tamiz neonatal tomadas durante cierto periodo.

- Formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública
- Ficha de identificación del recién nacido
- Formato de cartillas de vacunación
- Formato de enfermería
- Formato de aviso de nacimiento

21. Si no se realiza la toma de muestra de tamiz neonatal en el tiempo establecido, ¿Qué prueba se tiene que realizar al recién nacido para detectar al hipotiroidismo congénito?

- Prueba de eritrocitos
- Prueba de tamiz neonatal
- Prueba de perfil tiroideo
- Prueba inmunológica
- Prueba de examen general de orina

22. ¿Cuál es la conducta que debe de seguir el personal de enfermería en un caso confirmado de hipotiroidismo congénito?

- Referir al primer nivel de atención
- Referir al segundo nivel de atención
- Referir al DIF municipal
- Referir a DIF estatal
- Referir al Instituto Nacional de Pediatría

23. ¿Cuántos días con respecto a un nacimiento son idóneos para iniciar el tratamiento de hipotiroidismo congénito y no existan daños mayores en el coeficiente intelectual del recién nacido?

- De 30 a 90 días de nacimiento
- De 26 a 30 días de nacimiento
- De 21 días a 25 días de nacimiento
- De 16 a 20 días de nacimiento
- De 1 a 15 días de nacimiento

24. En el Centro de Salud donde usted labora, ¿cuentan con el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito?

- Si
- No
- No sabe

25. En caso de contar con el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito, ¿tiene acceso a él?

- Si
- No
- No sabe

6.2.3 Formato para evaluar la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito

El formato que se utilizará para evaluar la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospecho de hipotiroidismo congénito es el que se utiliza en la Secretaría de Salud y que se denomina formato de control semanal para el registro de la información de la muestra de tamiz neonatal, este formato será utilizado para evaluar un periodo de semestral (junio-diciembre 2010).

Contiene un apartado con los siguientes datos: entidad, jurisdicción, municipio, localidad y fecha.

Además contiene 16 columnas; la primera es para anotar el número progresivo de las tomas de muestras de tamiz neonatal; la segunda columna para anotar el nombre de la madre; la tercera columna se utilizará para anotar el domicilio de la madre; la cuarta columna para anotar la fecha de la toma de la muestra; la quinta columna se refiere al folio de la ficha de identificación de la toma de muestra.

La sexta columna es para anotar la fecha de recepción en la Jurisdicción; la séptima columna es para anotar el dato de la fecha de envío al Laboratorio Estatal de Salud Pública; la octava columna se refiere al dato de la fecha de regreso de los resultados a la Jurisdicción; la novena columna es para anotar el dato del folio del resultado de la muestra de tamiz neonatal; la décima columna se utilizará para anotar el dato de la fecha de recepción en la unidad de salud.

La columna onceava es para anotar el dato de la fecha de la entrega de los resultados a la madre; la doceava columna es para anotar el dato del resultado de la muestra de tamiz neonatal; la treceava columna es para anotar el dato de la fecha de la referencia y la última columna para anotar el dato de contrareferencia.

Arranque Parejo en la Vida
Veracruz se pinta solo

Formato para evaluar la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito

Instrucciones: Llenar cada una de las columnas que a continuación se piden.

Universidad Veracruzana
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA

FORMATO DE CONTROL SEMANAL PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA MUESTRA DE TAMIZ NEONATAL

ENTIDAD _____ JURISDICCIÓN_____ MUNICIPIO _____

FECHA LOCALIDAD

NO. PROG	NOMBRE DE LA MADRE	DOMICILIO	FECHAS										
			FECHA	FOLIO	RECEPCION EN LA JURISDICCION	ENVIO A LAB. E. S. P.	REGRESO DE RESULT. A JURIS.	FOLIO DEL RESULTADO	RECEP. EN LA UNIDAD	ENTREGA DE RESUL. A LA MADRE	RESULTADO	REFERENCIA	CONTRAREFERENCIA
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													

ORIGINAL PARA UNIDAD

ENVÍO DE LA UNIDAD | RECIBIÓ EN JURISDICCION | ENVIÓ A LABORATORIO | COPIA PARA LA JURISDICCIÓN

_____ _____ _____

7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Validez de los instrumentos

Se refiere al grado en que un instrumento de medición, mide lo que pretende medir, en otras palabras, que el instrumento de medición sirva para el propósito que fue construido.[36]

Los instrumentos construidos que son la guía de cotejo de las actividades de enfermería durante el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal y el cuestionario para evaluar el conocimiento de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito serán sometidos a la prueba de validez contenido, continuación se explica que es lo que se va a realizar.

Validez de contenido se realiza para medir el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido [36]. Ésta se realizará a través de tres jueces expertos para ello las características que deben reunir estos expertos son tener como mínimo el grado de maestría, realizar actividades de investigación y dominio sobre los procedimientos de tamiz neonatal.

Se va a construir un formato que permita concentrar las respuestas de los jueces con la finalidad de verificar la validez de contenido o en su defecto con la finalidad de corregir los mismos. Para realizar la validez de contenido tanto del cuestionario como de la guía de cotejo, se utilizará este formato que tiene cuatro apartados que son número de ítem, congruencia del ítem con los objetivos, claridad en la redacción de los ítems y un apartado para las observaciones.

Para que cada experto realice la validación se le dará a conocer la pregunta de investigación y los objetivos de dicha investigación. Posteriormente cada juez va a recibir los instrumentos en este caso el cuestionario y la guía de cotejo.

Una vez que el juez realiza la evaluación de los instrumentos a través de la plantilla de validación estos se recogen y analizan, para ello es importante que se tomen decisiones respecto a la evaluación.

Es decir en los ítems de la guía de cotejo y del cuestionario, en la pregunta ¿considera usted que el ítem tiene congruencia con los objetivos de la investigación? donde exista un 100 por ciento de coincidencia favorable entre los jueces quedarán incluidos en el instrumento; en los ítems donde sólo hay coincidencia desfavorable entre los jueces, quedarán excluidos del instrumento y los ítems donde hay una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados o en su caso.

De igual manera en cada uno de los ítems de la guía de cotejo y del cuestionario, en la pregunta ¿considera que existe claridad en la redacción del ítem? donde exista un 100 por ciento de coincidencia favorable entre los jueces quedarán incluidos en el instrumento; en los ítems donde sólo hay coincidencia desfavorable entre los jueces, quedarán excluidos del instrumento y los ítems donde hay una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados o en su caso.

Universidad Veracruzana

FORMATO PARA REALIZAR LA CONCENTRACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS JUECES PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO GUÍA DE COTEJO PARA EVALUAR LOS PROCEDIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

.A continuación se presentan dos preguntas para cada ítem, que de acuerdo a su juicio deben ser contestadas marcando una "X" dentro de la casilla correspondiente y en su caso realizar alguna observación.

Número de ítem	**¿Considera usted que el ítem tiene congruencia con los objetivos de la investigación?**		**¿Considera que existe claridad en la redacción del ítem?**		**Observaciones**
	Si	No	Si	No	
El personal de enfermería utiliza el papel filtro Whatman 903 de la Secretaría de Salud para la toma de muestra de tamiz neonatal.					
El personal de enfermería inmoviliza el pie del niño (derecho o izquierdo) con una de sus manos hasta que termine el procedimiento de toma de muestra de tamiz neonatal.					
El personal de enfermería limpia con la torunda con alcohol el sitio a puncionar, en el talón del recién nacido.					
El personal de enfermería espera 5 segundos sin soplar o abanicar con la mano o algún otro objeto para que se evapore el alcohol del talón del niño.					
El personal de enfermería punciona con la lanceta estéril en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.					
El personal de enfermería introduce la lanceta estéril de manera perpendicular en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.					
El personal de enfermería introduce la lanceta estéril solo una vez en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.					
El personal de enfermería verifica que exista salida de sangre en la parte externa del talón, del pie derecho o izquierdo del recién nacido.					
El personal de enfermería cuida que el talón del niño no pegue con el papel filtro en la toma de muestras de tamiz neonatal.					
El personal de enfermería, coloca la primera gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el primer círculo del papel filtro sin salirse de la línea punteada.					
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el segundo círculo del papel filtro. Sin salirse de la línea punteada.					
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el tercer círculo sin salirse de la línea punteada.					
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el cuarto círculo sin salirse de la línea punteada.					
El personal de enfermería, coloca otra gota de sangre que sale del talón del recién nacido, en el quinto círculo sin salirse de la línea punteada.					
El personal de enfermería presiona el área de la punción, en el talón del recién nacido, con una torunda seca hasta que deje de salir sangre.					
El personal de enfermería verifica, sin tocar los círculos, que las gotas de sangre impregnen la cara posterior de la tarjeta del papel filtro.					
El personal de enfermería verifica que las muestras de sangre dentro de los cinco círculos del papel filtro sea suficiente.					

El personal de enfermería verifica que las muestras de sangre dentro de los cinco círculos del papel filtro no esté sobresaturada.					
En caso de que las muestras de tamiz neonatal sean insuficientes, sobresaturadas o no impregnen el papel filtro, el personal de enfermería vuelve a realizar la toma de muestras de tamiz neonatal.					
El personal de enfermería pone a secar sin tocar los círculos, sobre una superficie en el área de trabajo, la muestra de tamiz neonatal.					
El personal de enfermería lleva a cabo el secado de la muestra en el papel filtro durante 3 horas a temperatura ambiente, sin tocar los círculos.					
Después de las tres horas de secado de la muestra en el papel filtro, el personal de enfermería dobla la pestaña que se encuentra en el papel filtro, para cubrir los círculos impregnados de sangre, sin tocarlos.					
El personal de enfermería introduce la muestra de papel filtro en un sobre, después de las tres horas de secado.					
Unidad: el personal de enfermería, escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la unidad de salud donde está tomando la muestra.					
Jurisdicción: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la jurisdicción a la que pertenece la unidad de salud.					
Estado: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la entidad donde se toma la muestra.					
Sexo: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, si el recién nacido es masculino o femenino. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Fecha de nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación, la fecha de nacimiento del recién nacido en el siguiente orden, día, mes, año. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Hora del nacimiento del recién nacido: el personal de enfermería escribe la hora de nacimiento en formato de 24 horas en la ficha de identificación. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Fecha de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe la fecha de toma de muestra en el recién nacido, escribe el día con número, para referirse al mes escribe las tres primeras letras del nombre de cada mes y escribe completo el año en la ficha de identificación.					
Hora de la toma de muestra: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación en formato de 24 horas, la hora de la toma de muestra.					
Edad gestacional: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si él recién nacido fue un producto a término o prematuro. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Malformaciones congénitas: el personal de enfermería escribe sí o no en la ficha de identificación, y en caso de existir, anota el nombre de la malformación. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					

Gemelo: en caso de que este sea, el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación el número de gemelo. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Peso al nacer: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el peso en gramos y/o kilos del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Talla: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación la talla completa en centímetros y/o metros del recién nacido. Este dato puede ser tomado del documento aviso del nacimiento, directamente de la información proporcionada por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Nombre de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el nombre completo de la madre, sin abreviaturas, empezando por apellido paterno, después el apellido materno y el nombre de la madre o nombres. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Edad de la madre: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de años cumplidos de la madre. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Enfermedad tiroidea: el personal de enfermería tacha en la ficha de identificación, si la madre tiene o no una enfermedad tiroidea. Este dato debe ser proporcionado directamente por la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestra de tamiz neonatal.					
Gesta: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, el número de gesta que indique la madre o en su caso por la persona que lleve al recién nacido a la toma de muestras de tamiz neonatal.					
Domicilio: el personal de enfermería escribe completo, en la ficha de identificación el domicilio de la madre, éste debe escribirse lo más claro posible (anotando la calle, número, colonia, o localidad, municipio, la entidad federativa y el código postal.					
Teléfono: el personal de enfermería escribe completo en la ficha de identificación con números el teléfono de la madre del recién nacido.					
Otra dirección: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación, otra dirección donde se pueda localizar a la madre.					
Teléfono: el personal de enfermería escribe en la ficha de identificación otro número de teléfono para poder localizar a la madre.					
El personal de enfermería, anota los datos del recién nacido y su madre en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública.					
En caso de existir, el personal de enfermería anota los folios cancelados y le pone con letras grandes cancelado en el formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública.					

Universidad Veracruzana

FORMATO PARA REALIZAR LA CONCENTRACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS JUECES PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

A continuación se presentan dos preguntas para cada ítem, que de acuerdo a su juicio deben ser contestadas marcando una "X" dentro de la casilla correspondiente y en su caso realizar alguna observación.

Número de ítem	**¿Considera usted que el ítem tiene congruencia con los objetivos de la investigación?**		**¿Considera que existe claridad en la reda cción del ítem?**		**Observaciones**
	Si	No	Si	No	
¿Qué es el hipotiroidismo congénito? Es una enfermedad genética caracterizada por la presencia de un solo cromosoma X Enfermedad en el recién nacido que consiste en la disminución de la hormona tiroidea y en algunos casos no hay producción de dicha hormona. Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible Enfermedad hereditaria de las glándulas mucosas y sudoríparas. Afecta principalmente los pulmones, el páncreas, el hígado, los intestinos, los senos para nasales y los órganos sexuales Enfermedad maligna de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos clonales en la médula ósea, que suelen pasar a la sangre periférica aunque en ocasiones no lo hacen.					
El Tamiz neonatal es una: Enfermedad que se detecta en los recién nacidos Técnica de toma de sangre para los recién nacidos Prueba que detecta todas las enfermedades en el recién nacido Prueba que se utiliza para detectar el síndrome de Down Prueba que se realiza a los recién nacidos para prevenir y detectar enfermedades del metabolismo					
¿Hasta cuántos días después del nacimiento del recién nacido es recomendable realizar el tamiz neonatal? De 0 a 2 días después del nacimiento De 3 a 5 días después del nacimiento De 6 a 9 días después del nacimiento De 10 a 15 días después del nacimiento De 16 a 30 días después del nacimiento					
4. Es el material esencial para la toma de muestras de tamiz neonatal: Tubo de ensayo Laminilla de vidrio Papel filtro Guthrie Catéter Vacutainer					

5. Los datos del recién nacido, de la madre, de la institución y los procedimientos para la toma de muestra de tamiz neonatal se anotan en: Hoja de enfermería Ficha de identificación del recién nacido Ficha de identificación de la madre Hoja del médico Formato de concentrado de muestras para el Laboratorio Estatal					
6. Es todo el material que se utiliza para la toma de muestras de tamiz neonatal Tijeras, algodón, gasas, jeringa, cartilla de vacunación Jeringas, gasas, yodo, algodón y hoja de registro Jeringa de insulina, gasas, alcohol, algodón y hoja del médico Algodón, alcohol, lanceta estéril, papel filtro específico, ficha de identificación Vacutainer, algodón, alcohol, aguja y hoja de aviso del nacimiento					
7. ¿Cuál es el sitio en que se debe puncionar al recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal? Cordón umbilical del recién nacido Talón izquierdo o derecho del recién nacido Mano derecha o izquierda del recién nacido Pulgar derecho o izquierdo del recién nacido Muslo derecho o izquierdo del recién nacido					
Es el material que se debe utilizar para limpiar el sitio a puncionar en el recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal Gasa con alcohol Gasa con Yodo Torunda seca Torunda yodada Torunda con alcohol					
Número de veces que se debe abanicar en el sitio a puncionar para que el alcohol se evapore: No se debe abanicar Abanicar una vez Abanicar dos veces Abanicar tres veces Abanicar cuatro veces					
Material que se debe utilizar para puncionar en el recién nacido para la toma de muestra de tamiz neonatal Aguja de calibre 7 Aguja de calibre 16 Aguja de calibre 21 Lanceta estéril Aguja de insulina					
¿Cuántas veces es necesario puncionar al recién nacido para que exista salida de sangre para tomarle la muestra de tamiz neonatal? 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces 5 veces					
¿Qué tiene que verificar la enfermera cuando se punciona al recién nacido para la toma de muestras de tamiz neonatal? Que tenga alcohol para tomarle la muestra La postura del recién nacido para la toma de muestra de tamiz Que exista salida de sangre en el área puncionada en el recién nacido Si llora el recién nacido al tomarle la muestra de tamiz La reacción de la madre al tomarle la muestra de tamiz					

Número de veces que el papel filtro debe pegar con el sitio de la toma de muestra de tamiz neonatal Ninguna vez Una vez Dos veces Tres veces Más de 4 veces					
¿Qué debe observar la enfermera después de la toma de tamiz neonatal? Que la muestra de tamiz neonatal se le haya tomado al recién nacido correcto Que la muestra de tamiz neonatal se seque rápidamente y se empaque Que la muestra de tamiz neonatal fue tomada en el lugar correcto Que el material para toma de la muestra de tamiz neonatal esté completo Que la muestra sea suficiente, que impregne la parte posterior y no esté sobresaturada					
Número de círculos que se deben llenar en el papel filtro para la toma de una muestra de tamiz neonatal: 5 círculos 4 círculos 3 círculos 2 círculos 1 círculo					
Posición adecuada para secar el papel filtro: Detenerla de manera horizontal con las manos Detenerla de manera vertical con las manos Ponerla de manera vertical en una superficie plana Ponerla de manera horizontal en una superficie plana Ponerla de manera paralela con otra muestra de tamiz					
¿Cuántas horas se tiene que poner a secar la muestra de tamiz neonatal? 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas					
¿En qué momento se dobla la pestaña del papel filtro de la muestra de tamiz neonatal? Antes de que se seque el papel filtro Después del secado del papel filtro Después de la toma de muestra Antes de la toma de muestra No importa en qué momento se dobla					
Manejo que se le tiene que dar a las muestras de tamiz neonatal para su envío a la Jurisdicción Sanitaria: El papel filtro se guarda en una bolsa de plástico y se envía El papel filtro se guarda envuelto en una hoja blanca y se envía El papel filtro se guarda en un folder y se envía El papel filtro se guarda en un sobre y se envía El papel filtro se guarda en la cartilla de vacunación y se envía					
Es el nombre del formato que se envía a la jurisdicción y contiene la los datos de las muestras de tamiz neonatal tomadas durante cierto periodo. Formato para el Laboratorio Estatal de Salud Pública Ficha de identificación del recién nacido Formato de cartillas de vacunación Formato de enfermería Formato de aviso de nacimiento					

Si no se realiza la toma de muestra de tamiz neonatal en el tiempo establecido, ¿Qué prueba se tiene que realizar al recién nacido para detectar al hipotiroidismo congénito? Prueba de eritrocitos Prueba de tamiz neonatal Prueba de perfil tiroideo Prueba inmunológica Prueba de examen general de orina					
¿Cuál es la conducta que debe de seguir el personal de enfermería en un caso confirmado de hipotiroidismo congénito? Referir al primer nivel de atención Referir al segundo nivel de atención Referir al DIF municipal Referir a DIF estatal Referir al Instituto Nacional de Pediatría					
¿Cuántos días con respecto a un nacimiento son idóneos para iniciar el tratamiento de hipotiroidismo congénito y no existan daños mayores en el coeficiente intelectual del recién nacido? De 30 a 90 días de nacimiento De 26 a 30 días de nacimiento De 21 días a 25 días de nacimiento De 16 a 20 días de nacimiento De 1 a 15 días de nacimiento					
En el Centro de Salud donde usted labora, ¿cuentan con el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito? Si No No sabe					
En caso de contar con el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito, ¿tiene acceso a él? Si No No sabe					

7.3.2 Confiabilidad de los instrumentos

Un instrumento de medición tiene confiabilidad si hace referencia al grado en que la aplicación repetida del instrumento de medición a un mismo sujeto produce iguales resultados[37].

7.3.3 Confiabilidad para medir la estabilidad

Se refiere al grado en que se pueden obtener los mismos resultados en aplicaciones repetidas. El investigador aplicará por lo menos en dos ocasiones una misma prueba a una muestra de individuos y comparará los resultados obtenidos [37].

En este caso para medir la estabilidad de la guía de cotejo y del cuestionario, se aplicarán la guía de cotejo durante el turno matutino al personal de enfermería y se observarán toda la toma de muestras de tamiz neonatal que se generen durante ese turno en un día de la semana. Y el cuestionario se aplicará al inicio de la jornada del personal de enfermería y antes de que se termine su turno laboral

Por lo tanto se evaluará al personal de enfermería por lo menos dos veces y después los resultados se van a comparar. Es decir se van a correlacionar la primera y segunda medición realizada al personal de enfermería de ambos instrumentos.

Para realizar la correlación de los resultados obtenidos se aplicará la prueba r de Pearson que "es una medida de asociación entre dos variables"[38]. El valor del índice de correlación varía en el intervalo [-1, +1]. Para poder interpretar la magnitud del coeficiente de correlación de confiabilidad de los instrumentos de medición (guía de cotejo y cuestionario) se empleará la siguiente escala:

Tabla 7. Magnitud del coeficiente de correlación de confiabilidad de los instrumentos de medición

Rangos	Magnitud
0.01 a 0.20	Muy baja
0.21 a 0.40	Baja
0.41 a 0.60	Moderada
0.61 a 0.80	Alta
0.81 a 1.00	Muy alta

Para poder realizar la confiabilidad de los instrumentos de medición (guía de cotejo y cuestionario) los valores que se aceptarán para establecer que son confiables son de 0.61 a 1.00.

8. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se llevará a cabo en la segunda semana del mes de enero del año 2011. Se realizará en un centro de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, que de acuerdo al concentrado del recién nacido sano y puerperio 2010 presenten más de 210 muestras acumuladas durante los meses de enero a septiembre de 2010.

Esta prueba piloto se realizará con el objetivo de evaluar el grado de comprensión de las preguntas, la claridad de las opciones de la respuesta y conocer el tiempo requerido para realizar los instrumentos de recolección de datos.

Para evaluar la comprensión de las preguntas, se le preguntará al personal de enfermería si las entiende, y en caso de no ser así, realizar anotaciones dentro del instrumento para saber qué es lo que no se encuentra entendible, de igual manera en la claridad de las respuestas y para medir el tiempo requerido se tomará la hora de inicio en que empieza a contestar el cuestionario y la hora en que termina, estos datos se anotarán en la parte superior del cuestionario. En la guía de cotejo viene un apartado para estos datos.

Para poder aplicar la prueba piloto, se realizará la gestión ante la Secretaría de Salud y ante la Jurisdicción no. VIII de Veracruz, para permitir el acceso a dichas unidades de salud.

La prueba piloto se desarrollará durante una semana, un día por cada centro de salud en el turno matutino, se observarán como mínimo dos procedimientos y como máximo tres, para ello cuando se realice el procedimiento de la toma de muestras de tamiz neonatal se le aplicará al personal de enfermería la guía de cotejo de las actividades de enfermería durante el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal que consta de 46 ítems en total.

Después se aplicará al personal de enfermería el cuestionario para evaluar el conocimiento de los procedimientos que realiza en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito que consta de 32 ítems.

9. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la realización de esta investigación y la recolección de la información es necesaria la autorización del jefe de la Jurisdicción Sanitaria no. V de Xalapa, Veracruz.. Una vez realizada la gestión de la autorización se procederá a evaluar a las enfermeras en el mes de febrero y será en los centros de salud que se encuentran dentro de la muestra, a continuación se mencionan

1. Centro de Salud de Altotonga Ver.
2. Centro de Salud Maraboto, de Xalapa, Ver.
3. Centro de Salud de Banderilla Ver.
4. Centro de Salud Miguel Alemán, de Xalapa, Ver.
5. Centro de Salud de Coatepec Ver.
6. Centro de Salud Col. Revolución, de Xalapa, Ver.
7. Centro de Salud Dr. Gastón Melo, de Xalapa Ver.
8. Centro de Salud de las Vigas
9. Centro de Salud Emiliano Zapata, de Xalapa, Ver.
10. Centro de Salud de Perote
11. Centro de Salud Lerdo de Tejada, de Xalapa, Ver.
12. Centro de Salud de Xico

Se estima que la recolección de los datos se llevará en promedio alrededor de dos meses, ya que se espera que al menos en cada centro de salud existan tres enfermeras en estas actividades, es decir si son doce centros de salud y en cada uno de estos se estima un promedio de tres, se necesitarían 36 días hábiles para nuestra investigación, lo que se traduce en dos meses de trabajo de febrero 2010 a Marzo 2010.

Para la recolección de la información, el investigador se colocará en el mismo espacio de trabajo de la enfermera encargada de realizar la toma de muestra de tamiz neonatal.

Para realizar la presente investigación se tienen tres instrumentos para recolectar información. Se aplicará la guía de cotejo de las actividades de enfermería durante el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal que consta de 46 ítems en total. De acuerdo al número de procedimientos que realice la enfermera encargada de la toma de muestras en su turno. Desde el primer tamiz realizado en el turno de la enfermera, hasta el último de la misma.

El segundo instrumento denominado cuestionario para evaluar el conocimiento de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito que consta de 32 ítems, se aplicará un cuestionario por enfermera, media hora antes de que termine turno.

Y el tercer instrumento denominado formato para evaluar la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito que consta de 13 columnas y que se llenará a través de la información registrada en los centros de salud la realizará el investigador en el turno matutino, durante los tiempos de espera para que se realice otro procedimiento de toma de muestra de tamiz neonatal.

10. PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para procesar la información se diseñó una base de datos en el programa Stadistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 17.0, esta base de datos se construyó por los ítems de la guía de cotejo, por los ítems del cuestionario para medir el conocimiento y por los ítems de la lista de cotejo de oportunidad del tratamiento.

La base de datos de la guía de cotejo de las actividades de enfermería durante el procedimiento de toma de muestras de tamiz neonatal que consta de 46 ítems en total.

La versión preliminar de la base de datos de esta guía de cotejo en lo que respecta a los cinco datos de identificación se escribirán en ésta, para los 46 ítems restantes se diferenciarán a los ítems que estén en color negrita y cursiva y se le dieron valores de tres puntos cuando aplica y cero cuando no aplica, a su vez hay una casilla para establecer observaciones en su caso.

Y para los ítems que están en letra normal, se les dio un valor de uno si se aplica este criterio y cero si no se aplica, también existe una columna para establecer observaciones.

La base de datos número dos que es acerca del cuestionario para evaluar el conocimiento de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. Tiene las variables de identificación del personal que se capturarán tal cual escriba el personal de enfermería y no se les dará puntaje alguno.

Pero para los 25 ítems restantes, a cada ítem correcto se le asignará valor de uno y al incorrecto valor de cero, esto para establecer una escala.

Para el procesamiento de la información para evaluará la oportunidad del inicio del tratamiento en caso sospechoso de hipotiroidismo congénito que consta de 13 columnas se capturará en el programa Excel 2007.

11. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se describirán los procedimientos para el procesamiento de la información así como las técnicas para obtener los resultados de tal manera que se cumplan los objetivos y dar respuesta a la pregunta de investigación.

Para evaluar la calidad de los procedimientos que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención, en las etapas preanalítica y postanalítica del lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito.

Se realizará un análisis estadístico de las variables y se utilizará la distribución de frecuencias y porcentajes para el apartado de calidad de los procedimientos y calidad de la ficha de identificación.

Para evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del primer nivel de atención sobre los procedimientos que establece el lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito, se van a describir a las enfermeras participantes, de acuerdo a la ficha de identificación, se analizará el promedio de edad, el porcentaje del sexo, porcentaje de la formación del personal de enfermería, porcentaje del tipo de contratación, distribución de los años de desempeño como enfermera y distribución de los años que lleva realizando el procedimiento del tamiz neonatal.

Para el cuestionario se evaluará con una escala del 1 al 100% estableciendo de acuerdo a esta el nivel de conocimiento. Por cada respuesta correcta se le dará valor de 1 y 0 a la respuesta incorrecta.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz J. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [Internet]. Valencia: Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Salud Pública; 2000; [01 marzo 2010]. Disponible en: http://www//neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html

2. Donabedian A. Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública. México 1990; 9 – 13.

3. Ramírez F. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en: "Calidad de Atención a la Salud", Instituto Nacional de Salud Pública, México 1995. 2(3) 8.

4. Otero J. Avedis Donabedian y la calidad de la atención en salud. [Internet]. Perú: Gerencia de Salud; 2002 Octubre [21 de Febrero 2010] Disponible en: http://www.grenciasalud.com/art04.htm

5. Hernández J. La calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1995; 33(6): 343-348

6. Martínez F. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1991; 33(6): 623-29

7. Aguirre H. La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. Rev. Med IMSS [Internet]. 2002 [02 Marzo 2010]; 40(4):349-58 Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3001DBFB-7FF0-464C-981013FACD15102A/0/informatica10.pdf

8. Antología Calidad de la maestría en Salud Pública, 2010.

9. Luft H. Hunt S. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. Jama. 986; 255:2780.

10. Escudero T. Claves identificativas de la investigación evaluativa: análisis desde la práctica. Universidad de Zaragoza.[Internet] Contextos educativos 2005-2006 [30 septiembre 2010] Disponible en: http://www.unirioja.es/servicios/sp/ej/contextos/infos/2091397.pdf

11. Barrios M. Estudio Analítico del Proceso de Investigación Evaluativa. Universidad de Carabo, Venezuela. Revista Planiuc [Internet]. 1983. [19 octubre 2010] Enero-diciembre 1983. 96-149. Disponible en: http://tyce.ilce.edu.mx/tyce/7/TecyComEduNo07_A04.pdf

12. Aguilar. T. El recién nacido. Boletín Informativo N° 001; Colegio de Enfermeros del Perú, Lima, 2001; Pág. 8.

13. Secretaría de Salud de Perú. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.

14. Bustamante E. El Cuidado Profesional de Enfermería, 2ª ed. Trujillo, Chile. 1996. 121 p.

15. Mayayo E, et al. Desarrollo psicomotor del hipotiroidismo congénito. 3ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. 350 p.

16. Dumont JE. The action of thyrotropin on thyroid metabolism. Vitam Horm 1971; 29:287.

17. Secretaría de Salud. [Internet]. México, D.F.: Salud Reproductiva; 2009 (Actualizado 2009 Abril 23; consultado 2009 Octubre 6). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/gddff9088.htm

18. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. México, D.F.: La Salud del niño; 2009 (Actualizado 2009 noviembre 18; consultado noviembre 18). Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/ewrt243hfa.pdf

19. Dámaso B. Examen de tamiz neonatal para el diagnóstico de hipotiroidismo congénito. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Bol Med Hosp Infant Mex. Abril 2005; 52(4): 244-248.

20. Barba J. Tamiz neonatal: Una estrategia en la medicina preventiva. Rev Mex Patol Clin [Internet]. 2004 Jul-Sep [consultado 2009 Sep 27]; 51(3):130-144. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2004/pt043b.pdf

21. Canto-de Cetina T et al. Tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito. Experiencia en el Laboratorio Regional del Sureste. Bol Med Hosp Infan Mex 2005; 54(8): 364-368.

22. Secretaría de Salud. [Internet]. México, D.F.: Tamiz neonatal. Detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito. Lineamiento técnico; 2009 (Actualizado 2007 Mayo 17; consultado 2009 Octubre 6). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/tamizneonatal

23. Pérez G. El recién nacido. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005. 215 p.

24. García E. Tamiz neonatal básico. Rev Med Hosp Infant Mex. Mayo 2006; 48(2): 172-167.

25. Walter B. The newborn screening educational gap: what prenatal care providers do compared with what is expected. Faulkner LA - American Journal Obstetric & Gynecololy, 2006; 194(1): 131-7

26. Vela A. et al Hipertirotropinemia en recién nacidos mexicanos. Salud Pública de México 2003; 45 (4):269-275.

27. Peterson J. Intellectual and motor development of young adults with congenital hypothyroidism diagnosed by neonatal screening. Kempers MJ – Journal Clinical Endocrinology Metabolism, 2006; 91(2): 418-24

28. Norma Oficial Mexicana-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México, D. F.

29. Secretaría de Salud. [Internet]. México, D.F.: Salud en la población; 2002. (Consultado 2010 Marzo 03). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/034ssa202.html.

30. Salinas A. Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [Internet]. 1997 [Consultado 2010 Abril 20]; 39(003): 187-194. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36341997000300003&script=sci_arttext&tlng=e

31. Rodríguez M. Lunar T. Lara G. López Y. Calidad en la toma de muestra para la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Mex Patol Clin [Internet]. 2006 Diciembre [Consultado 2010 Abril 20]; 53(4): 229-234. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt064e.pdf

32. Ruiz R. Montesinos G. Carlón M. Vega S. Barrera M. Nivel de eficiencia en administración de medicamentos por vía oral. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002 [Internet]. Septiembre-Diciembre 2002 [Consultado 2010 Abril 20]; 10(3): 90-95 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=10557&id_seccion=239&id_ejemplar=1091&id_revista=33

33. González M. Amaro A. Domínguez M. Castro C. Calidad de la toma de muestra de citología cervical de la unidad médica de medicina familiar no. 57 del Instituto Mexicano del seguro social. Rev Biomedic [Internet] 2006 [Consultado 2010 abril 25]; 17: 102-106 disponible en: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37839&id_seccion=383&id_ejemplar=3904&id_revista=22

34. Perelmuter R. Argañaras L. Urueña S. Veneciano A. Calidad de la toma de muestras de citología cervical de una unidad móvil perteneciente al sistema provincial de salud de Tucumán-Argentina. [Consultado 2010 mayo 4] Disponible en: http://www.conganat.org/10congreso/trabajo.asp?id_trabajo=1712&tipo=3

35. Klein A. Meltzer S. Pittsburgh Children´s Hospital Study. Pediatric [Internet] 1972 [Consultado 2010 noviembre 06]. 81(5):912-915. Disponible en: http://www.colegiomedico.hn/doc/Congreso_Medico_Nacional_2010/Congreso_Medico_Nacional_salon_2/2_Miercoles_14072010/I_Bloque/3_hipotiroidismo_congenito.ppt

36. Hernández R. Metodología de la investigación. 2ª edición. Mc Graw Hill. México 1995.

37. Polit H. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5ª edición. Mcgraw Hill Interamericana. México 1997

38. Runyon en El concepto de asociación estadística. [Internet] Consultado el 30 dic 2010. Disponible en: http://tgrajales.net/asociaestad.pdf

HIPERURICEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA APARICIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, XALAPA

María Eugenia Galindo Mimendi
Director: Dr. Gabriel Riande Juárez
Codirector: Dr. Jorge Ramos Zepeda

MARCO REFERENCIAL

Marco teórico

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad productiva en México, está relacionado con factores de tipo económico, social, cultural y de la calidad con que se proveen los servicios de salud; por tal motivo, la muerte materna (MM), es un fiel reflejo del desarrollo de un país y representa un indicador de profunda desigualdad social, al estar íntimamente relacionada con la pobreza y el acceso a servicios de salud[1]

En septiembre del año 2000, en la ciudad de Nueva York, tuvo lugar la Cumbre del Milenio, donde representantes de 189 países firmaron la declaración del milenio, en ésta se enuncian los principios y valores que deben regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Como parte de la declaración del milenio se establecieron las metas y objetivos contraídos, por el mundo entero, para redoblar los esfuerzos dirigidos a reducir la pobreza y el hambre, y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, la falta de acceso a agua saludable y la degradación ambiental.

Se establecieron 8 objetivos, de ellos tres se encuentran dirigidos directamente a mejorar la salud y son: el objetivo 4, que es reducir la mortalidad en la niñez; el objetivo 5, donde se comprometen a mejorar la salud materna; y el objetivo 6, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

Uno de los objetivos más difíciles de cumplir, para México, es el que plantea mejorar la salud materna, estableciendo como una de las metas, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015[2]. Sin embargo, la MM continúa inaceptablemente alta en gran parte de los países en desarrollo. En México la razón de muerte materna en 1990, fue de 89.0 defunciones por cada 100, 000 nacido vivos, lo que nos habla que para cumplir la meta, México tendría que reducir su razón de muerte materna a 22.3 defunciones por cada 100, 000 nacidos vivos; para el 2008 México reporta una razón de muerte materna de 58 defunciones por cada 100, 000 nacidos vivos, cuando debería de tener una razón de muerte materna en 48.95 por cada 100,000 nacidos vivos, para así poder cumplir con este objetivo del milenio[3]

La clave no sólo reside exclusivamente, en el desarrollo socioeconómico general de la población, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible para las complicaciones obstétricas. Por tal motivo, se vuelve primordial la prevención, detección temprana y manejo oportuno de las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que pueden evolucionar a una urgencia obstétrica, tal es caso de los trastornos de la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, preeclampsia y eclampsia, que ponen en peligro la vida de la mujer y el producto[4].

En México se han implementado una serie de estrategias, normas y lineamientos para mejorar la atención en el manejo de la paciente embarazada, dentro de las normas oficiales tenemos la Norma Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2**-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; la cual tiene como objetivo establecer criterios para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como también la atención del recién nacido. La norma define al embarazo normal como: "estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término"; especificando las acciones a realizar durante su control, como lo son la elaboración de la historia clínica completa, identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro del peso, talla y presión arterial, así como su valoración e

interpretación, medición y registro del crecimiento uterino y estado de salud del feto, la realización de estudios de laboratorio tales como: determinación de biometría hemática completa (BHC), detección de sífilis a través de la realización de la prueba del inglés Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), glucosa, grupo sanguíneo y RH, Exámen General de Orina (EGO) y detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres de alto riesgo. La NOM- 007 SSA2-1993 define al embarazo de alto riesgo como: "aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario"[5]

La mortalidad materna en nuestro país constituye un problema de salud pública, motivo de gran preocupación para los gobiernos, las instituciones y la sociedad; las principales causas de muertes maternas, en México, son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio[4]

Una de las estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud 2001-2006, fue garantizar un Arranque Parejo a la Vida, a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el desarrollo de niños y niñas con igualdad de oportunidades.[6]

Otras de las estrategias, con las que se cuenta, son los lineamientos técnicos para el manejo del control prenatal, dentro de los cuales está el lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia y eclampsia; éstos lineamientos técnicos pretenden contribuir a la actualización permanente de los prestadores de servicios, para beneficio de las condiciones de salud de la población.

El lineamiento técnico mencionado tiene como objetivo detectar los factores de riesgo mediante la atención prenatal temprana y de calidad para prevenir y diagnosticar la preeclampsia y eclampsia en las unidades de primer nivel de atención; referir de manera adecuada y oportuna a hospitales de segundo o tercer nivel de atención médica y contribuir a disminuir los casos de mortalidad materna y perinatal por preeclampsia/ eclampsia.

La hipertensión asociada al embarazo en sí no es una enfermedad, sino más bien es un marcador de riesgo para una patología como la preeclampsia, la cual podemos expresar en tres niveles: la primera y principal patología aún no se conoce; sin embargo, la patología secundaria si, es la adaptación materna a una reducción de la invasión de trofoblástica endovascular; cuando ésta se complica la sintomatología se vuelve aun más grave, iniciando así la patología terciaria, la cual es la eclampsia, falla renal y el síndrome de HELLP. [4]

Los trastornos hipertensivos en el embarazo se clasifican en:

1. Hipertensión inducida por el embarazo (HIE)
a. Preeclampsia
b. Eclampsia
c. Sindrome de HELLP

2. Hipertensión crónica
a. Primaria (esencial o idiopática)
b. Secundaria (por alguna causa conocida)

3. Hipertensión crónica con preeclampsia agregada

4. Hipertensión transitoria[7]

La hipertensión inducida por el embarazo, consiste en una presión sistólica >140mmHg o con un incremento >30mmHg sobre el nivel basal, y una presión diastólica >90mmHg o con un incremento >15mmHg sobre el nivel basal. Cuando ésta se presenta durante las etapas tempranas del embarazo es mayor la probabilidad de que progrese a preeclampsia, aproximadamente del 15 al 25% la desarrollan.[4]

La preeclampsia tiene como una de su característica la invasión citotrofoblástica endovascular superficial de las arterias espirales y la difusión de las células endoteliales. Es definida como un síndrome multisistémico, peculiar de la mujer embarazada, caracterizada por hipertensión más edema generalizado y proteinuria, las cuales se presentan después de la semana 20, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste; el cuadro clínico esta caracterizado por hipertensión arterial > ó = 140/90 mm Hg acompañado de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema y dolor abdominal. Está se puede clasificar en leve y grave, dependiendo de la hipertensión y de los resultados de laboratorio.

La eclampsia es caracterizada por la presencia de convulsiones y coma, más la sintomatología de la preeclampsia, ésta es el grado más fulminante de la preeclampsia, ya que puede ocasionar la discapacidad o la muerte.

El síndrome de HELLP se presenta en el 40% de las preeclampsia y se caracteriza por la presencia de hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, más las manifestaciones de la preeclampsia.

La hipertensión crónica es caracterizada por el incremento continuo de la presión sanguínea en las arterias, con un incremento de la presión diastólica sostenida por arriba de 140 mm/Hg y la diastólica por arriba de 90 mm/Hg, importante diferenciarla de la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), ya que la hipertensión crónica nos puede ocasionar desprendimiento placentario y restricción del crecimiento fetal.

Existen diferentes factores que se relacionan con la aparición de la HIE, como lo son: la presencia de bajo consumo de calcio en la dieta, la edad (menor de 20 años y mayor de 35), diabetes mellitus, índice de masa corporal (IMC) >30, diabetes gestacional, hipertensión arterial crónica, raza negra, enfermedad vascular o renal, lupus eritematoso sistémico, primigesta y desnutrición, así como también se ha demostrado que la mujer que ya ha tenido embarazos previos, pero se vuelve a casar, en el siguiente embarazo aumentará su posibilidad de presentar HIE como si fuera nulípara, también corren mayor riesgo aquellas mujeres que se casen con un hombre viudo o divorciado, cuya esposa curso con HIE.[8]

La causa de la preeclampsia-eclampsia se desconoce con exactitud, se le han atribuido diferentes hipótesis causales, como lo son:

1. La mala interacción inmunológica entre la madre y el citotrofoblasto, ésto ocasiona una invasión endovascular más superficial por parte de las células citotrofoblásticas en las arterias espirales.
2. Isquemia placentaria. La isquemia puede inducir a la disfunción de las células endoteliales.
3. La actividad antioxidante anormal, así como la reducción de antioxidantes ocasiona que se incremente el nivel de los productos de la peroxidación de lípidos, lo que a su vez pueden ocasionar daño por peroxidación en el endotelio vascular.
4. La genética podría ser otro factor de gran importancia, ya que podría basarse en un gen recesivo o dominante para que las hijas de madres que presentaron enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo, presenten también dicha enfermedad durante su embarazo o su puerperio.[9]

Fisiopatología de la preeclampsia y eclampsia

es provocada por un deterioro de la interacción fisiológica que se produce en gestaciones normales entre los vasodilatadores, como lo son la prostaciclina (PG2) y óxido nítrico, y los vasoconstrictores, como lo son angiotensina II, tromboxano A2 (TXA2) y serotonina, éstos actúan como mediadores locales y se producen a demanda cerca de su lugar de acción, de éstos depende el control hemodinámico en la placenta no enervada y en las arterias utero-placentarias. En un estado fisiológico normal las células endoteliales sanas permiten que se mantenga la integridad vascular, lo que influye en el tono del músculo liso; por lo que cuando se presenta una lesión las células endoteliales pierden éstas funciones, produciendo procoagulantes, vasoconstrictores y mitógenos, lo que trae consigo un aumento en la permeabilidad capilar, aumenta el tono vascular y la trombosis plaquetaria, la sensibilidad a la angiotensina II aumenta considerablemente y éste aumento precede al estadio clínico de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo.[8]

La lesión ocurrida en las células endoteliales mismas que producen una deficiencia en la producción y actividad de las prostaglandinas vasodilatadoras, en particular PGI2, lo que ocasiona una ausencia en el estimulo normal del sistema renina –angiotensina-aldosterona, a pesar de la hipovolemia importante y el aumento de la sensibilidad vascular a angiotensina II y noradrenalina.

Durante la preeclampsia también puede ocurrir la destrucción de las plaquetas, la cual explica la reducción del flujo útero placentario con trombosis de las arterias espirales e infartos placentarios y, en ocasiones, durante la preeclampsia severa grave se producen hemolisis microangiopática, todo ésto ocasionado por un aumento del TXA2 /PGI2.

El Factor de Necrosis Tumoral Alfa (FNT), participa en eventos celulares que mantiene la gestación; ya que participa en el proceso de modulación del crecimiento vascular e invasión del trofoblasto, mediante la activación de los leucocitos deciduales y la alteración del factor de crecimiento. La existencia de mayores concentraciones de estas citoquinas se encuentra en pacientes con preeclampsia y está relacionado con una alteración en la regulación del sistema inmune-materno, por lo que se encuentra una mayor respuesta inflamatoria; por consiguiente, las pacientes que cuentan con niveles

elevados de factor de necrosis tumoral (FNT) tiene un riesgo tres veces mayor para desarrollar preeclampsia

Dentro de las lesiones características, en la preeclampsia, observamos la endoteliosis capilar glomerular, donde las células endoteliales de los capilares glomerulares aumentan considerablemente de tamaño, presentando inclusiones citoplasmáticas electro densas que pueden ocluir el lumen de los capilares; así también, ocurren cambios en el lecho placentario y en los vasos uterinos limítrofes.

Se presenta la pérdida de proteínas a través de la orina, ocasionada por cambios degenerativos en el glomérulo.[9]

En las mujeres no gestantes podemos encontrar el óxido nítrico sintetizado por el endotelio, el cual mantiene la vasodilatación del sistema cardiovascular e inhibe la adhesión y agregación plaquetaria; a diferencia, durante la gestacional normal, el óxido nítrico aumenta, lo que influye como un factor importante en la vasodilatación fisiológica que ocurre durante el embarazo.

En la preeclampsia, dentro de las alteraciones hemodinámicas encontramos que la plaquetas desempeñan un papel fundamental, ya que la activación plaquetaria es una característica fisiológica del embarazo y esta se exagera durante la preeclampsia, lo que hace que las alteraciones sean compatibles con un bajo riesgo de coagulación intravascular compensada, como una consecuencia de la adhesión de las plaquetas en ciertas zonas de activación endotelial, las plaquetas se adhieren a las células endoteliales alteradas y se activan; la sustancia vasoactiva serotonina, almacenada en los gránulos, se libera junto con el vasoconstrictor TXA_2 y uno o los dos son los responsables del comienzo de la hipertensión.

A causa de la elevada concentración sanguínea se presenta una hemoglobina y hematocrito elevado, ya que se encuentran trastornos en la vía de la L-arginina-óxido nítrico de las plaquetas, la preeclampsia es un estado híper-coagulable, la magnitud de esta alteración no se siempre se relaciona con la gravedad de la preeclampsia-eclampsia, las alteraciones pueden a su vez, incluir trombocitopenia y disminución de los factores de coagulación. Pueden presentarse microembolias de fibrina en los pulmones, los riñones o el hígado. En ocasiones las pacientes desarrollan un cuadro conocido como síndrome de HELLP, caracterizado por elevación de enzimas hepáticas transaminasa glutámico oxalacética (TGO) y aspartato amino transferasa (AST) >70u/L, deshidrogenasa láctica (DHL) >600 u/L, plaquetas <100 000/mm3 y bilirrubinas totales >1.2 mg/dl, acompañado de anemia hemolítica, ocasionada por la presencia de eritrocitos deformados.[10]

El ácido úrico del plasma se encuentra incrementado, sobre todo en las mujeres con proceso grave. La elevación es el resultado de una disminución del aclaramiento renal del ácido úrico, disminución que supera la reducción de la tasa de filtración glomerular y del aclaramiento de la creatinina. Por tal motivo, los niveles de ácido úrico casi siempre son mayores de 6 mg/dl en mujeres con preeclampsia$_{13}$. Por lo general, la creatinina sérica es normal, aún en casos graves suele no elevarse. La albúmina y la globulina se pierden en la orina, pero las proteínas sanguíneas también deben perderse o destruirse de alguna otra manera, ya que no es suficiente para explicar los niveles tan bajos de proteínas en los casos graves de la enfermedad.[11]

Las pacientes que presentan hipertensión gestacional por lo general las encontramos asintomática, en el caso de la preeclampsia-eclampsia presentan hipertensión arterial, edema y proteinuria, sin enfermedad vascular o renal, ésta sintomatología se presenta después de la semana 20 del embarazo.

La hipertensión arterial es uno de los signos leves de las enfermedades inducidas por el embarazo, esta se presenta con un aumento de la presión sistólica de 30 mm/Hg o más y un aumento de la presión diastólica de 15 mm/Hg o más o cifras de tensión arterial de 140/90 mm/Hg o más. Estas mediciones deben encontrarse en por lo menos dos ocasiones y en tomas con diferencia de por lo menos con 6 horas.[7]

El edema es el signo menos preciso ya que como se mencionó anteriormente, se puede llegar a presentar en el embarazo normal, así como también puede encontrarse ausente en hasta el 40% de la pacientes que presentan HIE, es importante valorarlo con los siguientes criterios; a) edema >2+ después de 1 hr de reposo en cama; b) Aumento de peso > ó = a 1Kg semana; c) Presencia de edema en manos y cara por las mañanas.

La proteinuria es el último signo que se presenta y hasta un 30% de las pacientes con eclampsia no presenta proteinuria, esta es definida como la presencia de 3 grs. o más de proteínas por cada litro de orina en 24 horas, ésta manifestación se presenta en la preeclampsia leve, para definir que ésta es grave se toman en cuenta los siguientes criterios.

1. Presión arterial, sistólica >160 y diastólica >110mmHg
2. Proteinuria >5gr en 24hr
3. Oliguria < de 500ml en 24hr
4. Dolor en epigastrio
5. Edema pulmonar
6. Cianosis

Existe la presencia de otra sintomatología que acompaña a la preeclampsia severa grave como lo es la cefalea intensa, persistente y generalizada, malestar e irritabilidad nerviosa, vértigo, escotomas centellantes, ceguera parcial o completa, hemorragia o desprendimiento de retina, dolor en epigastrio, náusea y sensibilidad hepática son consecuencia de congestión o trombosis del sistema peritoneal y hemorragias hepáticas.[4]

El diagnóstico se realiza a través de la clínica, con la identificación de la sintomatología anteriormente mencionada y con ayuda de estudios de laboratorio y gabinete, como lo son: determinación de hematocrito y hemoglobina, cuenta leucocitaria y plaquetaria; análisis de orina, urocultivo, determinación de proteínas en orina de 24hr, y perfil hepático. Dentro de los estudios de gabinete se realiza una ultrasonografía pélvica para determinar posición fetal y estimar bienestar del feto; se realiza una evaluación con Flujometria doppler de arterias uterinas en la semana 24, utilizada como predictor de resultados perinatales adversos.

El diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo se establece con hipertensión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg después de la semana 20 de gestación y hasta las primeras 12 semanas después del parto, pero sin presencia de proteinuria; puede acompañarse de cefalea, acufenos y fosfenos.

El diagnóstico de preeclampsia leve se establece cuando se presenta elevación de presión tensión arterial mayor o igual a 140 mm/Hg de la presión sistólica y la diastólica mayor o igual de 90 mm/Hg, acompañada de proteinuria mayor o igual a 300 mg en de 24 horas de orina, ésta se correlaciona con la presencia de 30 mg/dl en las tiras reactivas de las cuales se requiere de dos determinaciones, por un lapso de 6 horas, en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria, después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.

El diagnóstico de preeclampsia severa se establece cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto; presión sistólica mayor o igual a 160 mm/Hg o presión diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg, proteinuria a 2 grs. en orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactiva, creatinina sérica >1.2 mg/ dl, trombocitopenia < 150 00 cel/mm3, incremento de la deshidrogenasa láctica >600 UI, elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO), alanino amino transferasa (ALT) de la transaminasa glutámico pirúvica (TGP); aspartato amino transferasa (AST), cefalea, alteraciones visulaes o cerebrales persistentes, epigastralgia, restricción en el crecimiento intrauterino, oligohidramnios, oliguria < ó = 500ml en 24 horas, edema agudo de pulmón y dolor en hipocondrio derecho.

El diagnostico de eclampsia se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma, en ausencia de otras causas de convulsiones.

El diagnostico del síndrome de HELLP se establece con los siguientes criterios, plaquetas <100 000/ mm3. TGO/AST > ó = 70U/L, DHL >600 U/L, bilirrubina total > 1.2 mg/ dl.[4]

Metabolismo y trastornos del ácido úrico: El ácido úrico es un ácido débil producto final de las purinas, en el plasma se encuentra saturado con urato monosódico a una concentración de 415 umol/L (6.5 mg/dl), por lo que a concentraciones mayores podemos hablar que el plasma se encuentra sobresaturado y existe la posibilidad de la precipitación de cristales, ésta precipitación no siempre se presenta y ésto se puede deber a la presencia de sustancias solubilizadoras en el plasma.

Las cantidades de urato en el cuerpo es resultado entre la cantidad producida y la cantidad eliminada. La síntesis de urato varía en función del contenido de purinas de los alimentos y de la biosíntesis y degradación de las mismas. El urato se elimina a través de los riñones entre dos y tres cuartas partes, y gran parte del urato restante se elimina a través del intestino.[12]

Las concentraciones de urato en el plasma varían dependiendo de varios factores como puede ser la edad y el sexo. Ya que en los niños se encuentra una concentración de 180 a 240 umol/L (3.0 a 4.0 mg/dL). Durante la pubertad este aumenta, dicho aumento solo ocurre en los hombres, ya que en las mujeres permanece bajo, hasta la menopausia es cuando los nivel de uratos son iguales tanto en hombre como mujeres. Los valores plasmáticos medios de urato en los varones es de 6.8 mg/dl y en las mujeres pre menopáusicas es de 6.0 mg/

dl. Cuando se presenta un aumento en la producción de ácido úrico o un descenso en su eliminación o combinación de ambos procesos, se produce hiperuricemia, que es el aumento del ácido úrico por arriba de los valores normales. La hiperuricemia puede clasificarse tanto primaria o secundaria, dependiendo si la causa es innata o por algún trastorno adquirido; sin embargo, también puede clasificarse si la causa se deba a un aumento de la síntesis de uratos, a una reducción de la eliminación o a la combinación de ambas.

Dentro de las causas primarias está el déficit de hipoxantina fosforribosiltransferasa y el aumento de la actividad de la fosforribosil pirofosfatasa; de las causas secundarias se encuentra la intolerancia hereditaria a la fructosa, anemia hemolítica, psoriasis, insuficiencia renal, intoxicación por plomo, sarcoidosis y algunos fármacos como: diuréticos, ciclosporinas, pirazinamida, etambutol, salicilatos (>2gr al día) y etanol.

La hiperuricemia, como ya se menciono anteriormente, también se puede deber a la eliminación del ácido úrico disminuida, como ocurre en la insuficiencia renal, en la enfermedad renal poliquistica, en la hiperetensión, diabetes insípida, en el síndrome de down y en toxemia del embarazo.[12]

Durante la HIE y preeclampsia ocurre una disminución de la tasa de filtrado glomerular, lo que conlleva a una retención de urato, trayendo consigo que el ácido úrico en plasma se encuentre elevado, la hiperuricemia se produce en el 75% de los embarazos con preeclampsia.

La hiperuricemia ha sido atribuida principalmente a la función renal, la cual se encuentra reducida en las mujeres que presentan enfermedad hipertensiva inducidas por el embarazo; sin embargo, no todo el aumento de ácido úrico sérico se debe a ésto, se han encontrado elevaciones de ácido úrico a las 10 semanas de gestación en mujeres que desarrollan preeclampsia posteriormente, antes que las función renal se encuentre afectada.[13]

El ácido úrico se ha propuesto como un factor de riesgo para hipertensión, enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal en la población no embarazada, varios estudios han demostrados que las concentraciones de ácido úrico elevado puede alterar la función endotelial, así como también afecta al óxido nítrico en las células endoteliales vasculares, lo que es un evento clave para desarrollar la enfermedad cardiovascular.[14]

El ácido úrico es capaz de iniciar la cascada inflamatoria a través de una mayor producción de la proteína quimiotáctica de monocitos, IL 1B, IL-6 y del factor de necrosis tumoral y la inflamación contribuye significativamente a la fisiopatología de la preeclampsia como disfunción endotelial y placentaria.

Se ha observado que las elevaciones en la circulación sanguínea de ácido úrico en las mujeres con preeclampsia contribuyen a la patogénesis de la enfermedad, en parte, a través de la atenuación de la invasión del trofoblasto normal y remodelación de las arterias espirales.

Durante el embarazo hay un aumento en la retención de sodio, pero al presentarse la HIE existe un aumento exagerado sobre todo en el espacio intracelular. A su vez, el aumento en la excreción de corticoesteroides y vasopresina en ciertas pacientes causa una elevación de las concentraciones tisulares de estas sustancias, lo que a su vez incrementa la retención de sodio y agua.[15]

Panorama epidemiológico

En nuestro país, como en muchos otros países en desarrollo, la muerte materna constituye un problema de salud pública, por lo que ha formado parte de la preocupación de los gobiernos, ya que es un indicador muy importante de desigualdad social y de inequidad de género, afectando así a las poblaciones de las entidades federativas y municipios con mayor rezago socioeconómico.

En el 2000, la razón de mortalidad materna a nivel nacional fue de 72.6 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos estimados (NVE), para el 2004 esta se redujo a 62.4 defunciones por 100, 000 (NVE) y al 31 de diciembre del 2008 la encontramos en 55.2 defunciones por cada 100, 000 (NVE); para cumplir con el quinto objetivo del milenio deberíamos tener una razón de mortalidad materna en 48.5 defunciones por cada 100 000 (NVE). Por lo anterior, a pesar de encontrar disminución en la razón de mortalidad materna en estos años, estamos lejos de cumplir con este objetivo del milenio.

Tabla 1. Razón de muerte materna en México 2000-2009

Razón de mortalidad materna en México 2000-2008Año	**Defunciones**	
	Número de defunciones	**Razón de muerte Materna**
2000	1,307	72.6
2001	1,256	70.8
2002	1,309	63.9
2003	1,314	65.2
2004	1,239	62.4
2005	1,242	63.4
2006	1,116	60
2007	1,107	57.4
2008	1,079	55.2
2009	1147	59.1

RMM calculada por 100, 00 nacidos vivos estimados consejo nacional de población.
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.
Datos correspondientes a la semana 48, respectivamente de cada año

El estado de Veracruz ha sido uno de los estados que siempre se ha encontrado dentro de los primeros diez lugares en el país que presentan en mayor grado éste problema, actualmente nos encontramos con una razón de muerte materna por arriba de la media nacional. La muerte materna en el estado ha presentado un comportamiento irregular en los últimos 8 años.[16]

Tabla 2. Razón de mortalidad materna en el estado de Veracruz 2

Año	**Defunciones**	
	Número	**Razón de mortalidad materna**
2000	104	88.1
2001	81	69.5
2002	113	83.7
2003	94	71.2
2004	100	77.3
2005	82	64.6
2006	79	63.1
2007	97	78.5
2008	96	74.0
2009	93	72.5

RMM calculada por 100, 00 nacidos vivos estimados Consejo Nacional de Población.
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.

La Secretaria de Salud del estado de Veracruz se encuentra conformada por 11 jurisdicciones en el estado, dentro de estas encontramos que en los últimos 8 años, las jurisdicciones más afectadas fueron Poza Rica, Orizaba, Coatzacoalcos y Xalapa. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje que ocuparon cada una de ellas en relación de las 847 muertes ocurridas en el estado del 2000 al 2008.[6]

Tabla 3. Acumulado de defunciones maternas por jurisdicciones sanitarias en el Estado de Veracruz, 2000-2008

Jurisdicción sanitaria	**Defunciones**	
	Numero	**%**
Poza Rica (III)	131	15.5
Orizaba (VII)	113	13.5
Coatzacoalcos (XI)	102	12.0
Xalapa (V)	96	11.3
Córdoba (VI)	92	10.9
Tuxpan (II)	57	6.7
Veracruz (VIII)	57	6.7
San Andrés Tuxtla (X)	56	6.6
Pánuco (I)	55	6.5
Martínez de la torre(IV)	49	5.8
Cosamaloapan (IX)	39	4.6
Estatal	847	100

Defunciones maternas acumuladas en el periodo 2000-2008
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.
Datos correspondientes a la semana 48, respectivamente de cada año

Tabla 4. Mortalidad Materna por grupos de edad en el Estado de Veracruz 2008-2009

Grupos de edades en años	**Defunciones 2008**		**Defunciones 2009**	
	Número	%	Número	%
40 o más	5	5.7	5	5.5
35 a 39	16	17.6	5	6.8
30 a 34	28	30.8	24	27.3
25 a 29	14	15.4	19	21.6
20 a 24	17	18.7	19	21.6
15 a 19	11	12.1	14	15.9
10 a 14	0	0	1	1.1
Total	**91**	**100**	**88**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.
Datos correspondientes a la semana 48, respectivamente de cada año.

Los grupos de edades más afectados en el estado de Veracruz en el 2008 y 2009, han sido de 30 a 34 años con un mayor número de las defunciones ocurridas; sin embargo, ésto no nos habla de que sea la edad con mayor riesgo de que ésto ocurra, ya que para conocer éste dato tendríamos que comparar la razón de muertes maternas por grupo de edad en el estado.

Tabla 5. Mortalidad materna por estado civil en el Estado de Veracruz, 2008-2009

Estado civil	**Defunciones 2008**		**Defunciones 2009**	
	Número	**%**	**Número**	**%**
Soltera	10	11.0	22	25.0
Unión libre	44	48.4	35	39.8
Casada	36	39.6	30	34.1
Separada	1	1.1	0	0.0
Viuda	0	0.0	1	1.1
Total	**91**	**100**	**88**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.
Datos correspondientes a la semana 48, respectivamente de cada año

En lo que respecta al estado civil, podemos observar que el mayor número de mujeres que fallecieron a causa de alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio, fueron mujeres que vivían en unión libre con sus parejas.

Tabla 6. Mortalidad materna por niveles de escolaridad en el Estado de Veracruz, 2008-2009

Escolaridad	**Defunciones en el 2008**		**Defunciones en el 2009**	
	Número	**%**	**Número**	**%**
Ninguna	14	15.4	14	15.9
Primaria incompleta	17	18.7	17	19.3
Primaria completa	18	19.8	19	21.6
Secundaria	27	29.7	19	21.6
Profesional	4	4.4	10	11.4
preparatoria	11	12.1	9	10.2
Total	**91**	**100**	**88**	**100**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010
Datos correspondientes a la semana 48, respectivamente de cada año

En lo que respecta al nivel de escolaridad podemos observar que el 78.4% de las muertes maternas ocurridas,

eran mujeres que habían cursado con secundaria o menos.

Tabla 7. Mortalidad materna por instituciones de salud en el Estado de Veracruz, 2008-2009

Institución de derechohabiencia	Defunciones 2008		Defunciones 2009	
	Número	%	Número	%
SSA	56	61.5	68	77.3
IMSS	17	18.7	10	11.4
IMSS Oportunidades	16	17.6	7	8.0
ISSSTE	1	1.1	3	3.4
PEMEX	1	1.1	0	0.0
TOTAL	91	100	88	100

**Datos : correspondiente a la semana epidemiológica 48 de cada año*
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.

La tabla anterior nos muestra las muertes ocurridas en el estado, por institución de salud a la que pertenecían, sin embargo no podemos compararlas entre si ya que la población de derechohabientes es diferente, por lo consiguiente hay quienes atienden a un mayor número de embarazadas.

Tabla 8. Las principales causas de muerte materna en el estado de Veracruz durante el 2008 y 2009.

Causas directas	Defunciones 2008		Defunciones 2009	
	Número	%	Número	%
Hemorragia	37	49.3	28	50.9
Preeclampsia/ Eclampsia	23	30.7	17	30.9
Sepsis	8	10.7	7	12.7
Embolia pulmonar	2	2.7	2	3.6
Coagulopatias del embarazo	3	4.0	1	1.8
Colapso vascular	2	2.7	0	0.0
Total	75	100	55	100

**Datos correspondientes a la semana 48 de cada año*
Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.

La tabla anterior nos muestra que durante el 2008 y 2009 las principales causas de muerte maternas, como causas directas fueron, las hemorragias y la preeclampsia / eclampsia.

Pese a que la preeclampsia y eclampsia, ocupan el segundo lugar de las causas de muerte materna, en nuestro país y estado, resulta controversial que esta patología no se reporte en el sistema único de vigilancia epidemiológica, para conocer su comportanmiento a través del tiempo en la población.

MARCO EMPÍRICO

Los Dres. Reyna Villasil E., Peña Paredes E. y colaboradores, en Maracaibo, Zulia, Venezuela; septiembre 2008, realizaron una investigación con el objetivo de establecer el papel de las concentraciones de ácido úrico como indicador pronostico de la severidad de la excreción urinaria de proteínas en 24 horas, realizaron un estudio de casos y controles, en pacientes del Hospital Central "Dr. Urquinaona", los controles estaban conformados por pacientes que presentaban ácido úrico < 7 mg/dl, y los casos estaban conformados por pacientes que presentaban ácido úrico > 7 mg/dl, se correlacionaron con variables de edad gestacional, presión arterial, ser primigesta y la excreción urinaria de protínas. Observan que los casos se correlacionaron con hipertensión arterial y con excreción de proteína en orina de 24 horas ± 3 gr.[17].

Desiree Vilchez P., Pérez Aguilar C., y colaboradores en el 2009, realizaron una investigación en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Antonio María Pineda, Chile, 2009. Con el objetivo de evaluar los niveles séricos de la adenosina-daminasaen pacientes gestantes con trastornos hipertesivos, su relación con la determinación de la gravedad. Por lo que evaluaron mujeres con preeclampsia leve, severa, hipertensión gestacional y embarazadas sana, concluyeron que los niveles séricos de ADA se correlacionaron positivamente con los niveles de ácido úrico, TGO, TGP, DHL y creatinina, así como con la severidad de la enfermedad.[18]

En junio del 2002 en Zuila, Venezuela, fue publicada una investigación donde el objetivo era evaluar el metabolismo de los lípidos y carbohidratos, así como el estado androgénico/ anabólico en mujeres que tuvieron embarazos complicados con preeclampsia, un año después del parto, y compararlas con un grupo de embarazadas que no presentan complicaciones. Se tomaron muestras para análisis de insulina, glucosa, índice de resistencia a la insulina en ayunas, factor de crecimiento I similar a la insulina, lípidos, andrógenos, globulina fijadora de hormonas sexuales y ácido úrico; se encontraron valores significativamente mayores en la insulina en ayunas, triglicéridos séricos, ácido úrico y presión sanguínea en las preeclámpticas que en el grupo

de control; a diferencia de los niveles de andrógenos y factor de crecimiento I donde no se encontró diferencia; concluyó que las pacientes con historia reciente de preeclampsia demuestran relativa resistencia a la insulina, así como hipertrigliceridemia e hiperuricemia, al igual que un incremento en la presión sanguínea en comparación con embarazadas normales[19].

En el 2009 se publicó un estudio donde también relacionaron la hiperuricemia con resistencia a la insulina, en éste estudio concluyeron que existe una asociación entre las concentraciones elevadas de ácido úrico con el desarrollo de diabetes gestacional[20]

En el 2008 se publicó una investigación realizada en Venezuela, donde buscaron establecer las concentraciones de ácido úrico en pacientes con preeclampsia y eclampsia y concluyeron que existe un incremento en las concentraciones de ácido úrico en pacientes con preeclampsia y eclampsia comparado con normotensas en control.[21]

Los Dres. San Martín Herrasti, Juan Manuel, Rojas Ruiz y Antonio Vital Terán, en México, realizaron una investigación cuyo título es: Variación de niveles de ácido úrico en los trastornos hipertensivos del embarazo. La investigación fue realizada en febrero de 1997, cuyo objetivo fue analizar las variaciones del ácido úrico en los trastornos hipertensivos del embarazo a través de un estudio de casos y controles,se midieron los niveles sericos de ácido úrico al momento del diagnostico de alguna enfermedad hipertensiva asociada al embarazo y se comparó entre el grupo testigo, los niveles de ácido úrico se encontraron elevados en cualquiera de los estados hipertensivos. Concluyeron que los niveles de ácido úrico se correlacionaron con la severidad de la preeclampsia/ eclapmsia, por lo que resulta ser un útil indicador en los trastornos hipertensivos[22].

En diciembre de 1999, en México, los investigadores Martínez Abundis, González M., Grover P. y colaboradores, realizaron un estudio donde el objetivo era comparar las excreciones de ácido úrico, sodio y potasio entre pacientes con preeclampsia leve y embarazo normal normotenso, así como determinar su comportamiento ante un estado agudo fisiológico de hiperglucemia –hiperinsulinemia. Realizaron un estudio cuasi-experimental, donde tuvieron dos grupos, uno con pacientes que presentaron preeclampsia y otro normotenso, a los cuales se les hicieron tomas de ácido úrico, sodio y potasio. Como conclusión se observó que las excreciones urinarias de sodio, potasio y ácido úrico fueron menores en las pacientes con preeclampsia en comparación con mujeres con embarazo normotenso y un estado fisiológico de hiperglucemia-hiperinsulinemia no modificó dichas excreciones[23]

Lopéz R., Aurajo H., Guerra M., y colaboradores, realizaron una investigación en el Hospital de Maracaibo, Zulia,Venezuela, cuyo obejetivo fue relacionar las concetraciónes de ácido úrico y la presencia de hiperuricemia con la presión arterial en pacientes con diagnostico de hipertensión arterial sistémica, realizaron un estudio de casos y controles, en los que encontraron que los valores de ácido úrico significativamente más elevado en los casos comparados con los controles. Por lo anterior concluyeron que existe una elación positivamente significativa entre las concentraciones de ácido úrico, la hiperuricemia y la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial sistémica[24].

Méndez F., Salceda M., Castillo M., y colaboradores, del Hospital Infantil del Estado de Sonora, México en el 2000; realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer el comportamiento de los niveles de ácido úrico y su relación con la severidad de la preeclampsia y condición del feto, realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles, en 100 pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, lo dividieron en dos grupos, uno con niveles de ácido úrico elevado y en otro con cifras normales de ácido úrico, . Esto dio como pauta que determinar el ácido úrico en fases más tempranas en pacientes con factores de riesgo y poder aplicar medidas preventivas[25].

Vélez J., Chamorro N. y Céspes C. en septiembre de 1995, en Caldas, Colombia, publicaron un estudio donde analizan los niveles de calciuria y ácido úrico en un grupo de pacientes con trastornos hipertensivos de la gestación, a su vez las dividieron en hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada y preeclampsia; dentro del estos grupos la la mayoría eran mujeres de 19 a 26 años y primigestas. Concluyeron que existe elevación significativa de los niveles de ácido úrico en las cuatro categorías de los trastornos hiperensivos en el cual también se encuentra asociación entre los niveles elevados de ácido úrico y los trastornos hipertensivos del embarazo y se comprueba una disminución, estadísticamente significativa, de los niveles de calciuria en las pacientes en lso trastornos hipertensivos del embarazo..[26]

Instituto de Investigación Magee-Womens, Pittsburg, los investigadores, Corine M., Pampusa M., Henk G. y Aarnoudsea B., en mayo del 2009, realizaron un meta-análisis, con el objetivo de determinar el valor de los niveles séricos de ácido úrico en la predicción de complicaciones maternas en mujeres con preeclampsia, obteniendo como resumen que la hiperuricemia es una hallazgo frecuente en los embarazos con preeclampsia, evidente desde el embarazo temprano, a pesar de que la hiperuricemia a menudo es anterior a la preclampsia, la hiperuricemia es generalmente considerada como secundaria a la función renal alterada. Por lo que el acido úrico no tan solo es un marcador de severidad de la enfermedad, sino que contribuye en su patogénesis. El ácido úrico tiene la capacidad para promover la inflamación, el estrés oxidativo y la disfución endotelial, por lo que tiene un impacto potencial en el dearrollo de la placenta y la fución vascular.[27]

En el 2009, Power R., Bondar L., Ness R., Cooper G., y colaboradores, realizaron una investigación en Magge- Womens instituto de investigación, Pittsburgh, para determinar las concentraciones de ácido úrico en el embarazo temprano en las mujeres con preeclapmsia con y sin hiperuricemia gestacional al momento del parto, a través de un estudio anidado de casos y controles, concluyeron que las mujeres con hiperuricemia en el parto, la elevación de acido urico se produce temprano. Multiples mecanismos pueden contribuir al aumento del ácido úrico, incluyendo cambios en la función renal.[28]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

En México la Muerte Materna (MM), constituye un problema de salud pública, es de gran preocupación para los gobiernos, considerado como uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de los países, por tal motivo ha sido incluido dentro de los Objetivos del Milenio, en los que 189 países participan adquiriendo el compromiso de reducir la muerte materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, dentro de éstos países se encuentra México, lo que significa la reducción de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 89 a 22.3 por cada 100, 000 nacidos vivos durante éste periodo; sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados implementando una serie de programas y estrategias para abatir este problema de salud que causa un gran impacto social, debido a los efectos negativos que ocasiona la pérdida de la madre en el grupo familiar y comunitario, aún no sea logrado.

En los últimos años en México, la preeclampsia y eclampsia se ha colocado dentro de las dos primeras causas directas de Muerte Materna (MM), el estado de Veracruz no es la excepción, se ha identificado que el 30.7 por ciento del total de MM registradas en el estado, durante 2008 y el 30.9 por ciento, en el 2009, ocurrieron a causa de preeclampsia y eclampsia, por lo que éstas patologías asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo son, para la disminución de la MM, un verdadero reto en nuestro país, donde algunos estados aún mantienen una RMM elevada.

El estado de Veracruz ocupa el octavo lugar del país en muertes maternas, de acuerdo a datos proporcionados por los Servicios de Salud de Veracruz, con una RMM de 74 muertes por cada 100 000 nacidos vivos estimados, en el 2008, por arriba de la media nacional.[6]

Sin duda las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo se ha convertido en un gran problema de salud pública, se han implementado programas y estrategias dirigidos al control y prevención de éstas enfermedades y así evitar la MM; en éste sentido, resulta de gran importancia al identificar oportunamente todos aquéllos signos y síntomas que nos hablen de una complicación durante el embarazo.

La hiperuricemia es uno de los signos que está claramente asociado con la gravedad de la preeclampsia, pero el considerarla como una herramienta de predicción de la preeclampsia es un motivo de debate, si bien se ha encontrado una relación estrecha entre la presencia de hiperuricemia y la gravedad de la preeclampsia, es un verdadero reto identificar factores predictivos que nos permitan identificar las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo de manera oportuna, para crear un protocolo de atención preventivo y no actuar hasta que ya se encuentre establecidos daños irreversibles a la salud de la mujer.

De acuerdo a los datos proporcionados por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), el 84 por ciento de las MM ocurridas, en el 2008, y el 92 por ciento, en el 2009, contaban con algún tipo de atención médica y específicamente, el 74.7 por ciento, en el 2008, y el 76.1 por ciento, en el 2009, llevaban un control prenatal; éstos datos muestran que en la actualidad los principales factores que contribuyen a una MM ya no son la falta de

acceso a los servicios de salud, sino que ahora se debe a la identificación oportuna de signos de alarma que manifiesten riesgo por la vida del producto y la madre y que requiere de una oportuna atención.[6] Todo ésto nos habla de la necesidad de fortalecer los mecanismos de un buen control, evaluación y calidad de los servicios de salud para la atención del control prenatal.

El interés, por parte de las autoridades federales de reducir la muerte materna se refleja en que las estrategias para erradicar esta problemática formen parte del Plan Nacional de Salud de cada sexenio; así también el interés, por parte de las autoridades de Servicios de Salud de Veracruz, por prevenir la muerte materna ha permitido formular una serie de estrategias y programas que contribuyan a la calidad en la atención de la salud materna, realizando detección oportuna y el manejo adecuado de las complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. Como ya se mencionó anteriormente la preeclampsia y eclampsia se ha colocado dentro de las dos principales causas de muerte materna en el Estado de Veracruz, por lo que determinar a tiempo la presencia de éstos padecimientos se convierte en un prioridad en la atención de la mujer embarazada, es en éste momento cuando la determinación de ácido úrico toma importancia, ya que resulta útil en el diagnóstico predictivo de gravedad de la preeclampsia y eclampsia, por lo que resultaría de gran utilidad conocer a partir de que momento se presenta la hiperuricemia durante el embarazo.

Es importante tomar en cuenta que la determinación de los valores séricos de ácido úrico se realiza a través de un estudio de laboratorio, cuyo costo no es elevado y se realiza regularmente en cualquier laboratorio de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención; lo anterior permite una mayor accesibilidad a dicho estudio para las embarazadas en contacto con los servicios de salud.

Por todo lo anterior, en el presente estudio nos formulamos la siguiente pregunta de investigación

Pregunta de investigación

Existe asociación entre hiperuricemia con la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres que acuden a control prenatal a los Servicios de Salud de Veracruz, Xalapa.

Hipótesis nula

No existe diferencia en la incidencia de trastornos hipertensivos asociados al embarazo en mujeres con hiperuricemia, comparada con mujeres sin hiperuricemia.

Hipótesis alterna

La incidencia de trastornos hipertensivos asociados al embarazo en mujeres con hiperuricemia es mayor que en aquellas que no presentan hiperuricemia.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar si existe asociación entre la presencia de hiperuricemia con la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres que acuden a control prenatal a los Servicios de Salud de Veracruz, Xalapa.

Objetivos específicos

- Determinar la densidad de incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con hiperuricemia.
- Determinar la densidad de incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con niveles de ácido úrico normal.
- Calcular la incidencia de hiperuricemia en el grupo no expuesto.
- Calcular la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo
- Calcular la probabilidad de trastornos hipertensivos del embarazo en función del tiempo en mujeres con hiperuricemia.
- Calcular la probabilidad de trastornos hipertensivos del embarazo en función del tiempo en mujeres sin hiperuricemia.
- Estimar el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en presencia de hiperuricemia.
- Ajustar el riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en presencia de hiperuricemia por posibles factores confusores tales como: la edad, número de gestaciones previas y tiempo de semanas de la gestación actual.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño: Cohorte prospectiva.

Se realizará un estudio observacional, longitudinal, de cohorte prospectiva abierta.

a. Observacional: No habrá manipulación de la exposición por parte del investigador.
b. Analítico: Se buscaran medidas de asociación y se compararán dos grupos: cohorte expuesta (mujeres con hiperuricemia) y no expuesta (sin hiperuricemia).
c. Longitudinal: Se realizarán al menos dos mediciones separadas en el tiempo a cada sujeto de estudio.
d. Prospectivo: Ya que el evento de desenlace, aún no ocurre al momento de iniciar el estudio. Este deberá indagarse durante el seguimiento.
e. Abierta: Porque una vez iniciado el seguimiento es posible ingresar más sujetos. Además, en el supuesto de que algunas mujeres del grupo no expuesto desarrollen hiperuricemia durante el seguimiento, pasarán al grupo expuesto.

Universo de estudio

Mujeres embarazadas que acudan a control prenatal en los meses de enero a mayo del 2011 a los Servicios de Salud de Veracruz, Xalapa.

Unidad de análisis

Mujeres señaladas en el párrafo anterior y que cumplan con los criterios de selección y permitan su seguimiento hasta su término del embarazo o hasta concluir el estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas que acudan a su control prenatal en los meses de enero a mayo del 2011 a los Servicios de Salud de Veracruz, Xalapa.
- Mujeres embarazadas que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Aquellas que ya tengan el diagnóstico establecido de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Con diagnostico establecido de insuficiencia renal.
- Con diagnostico establecido de psoriasis.
- Con diagnostico de anemia hemolíticas crónicas.
- Con diagnostico establecido de diabetes insidia, diabetes mellitus y diabetes gestacional
- Con diagnostico establecido de artritis gotosa.

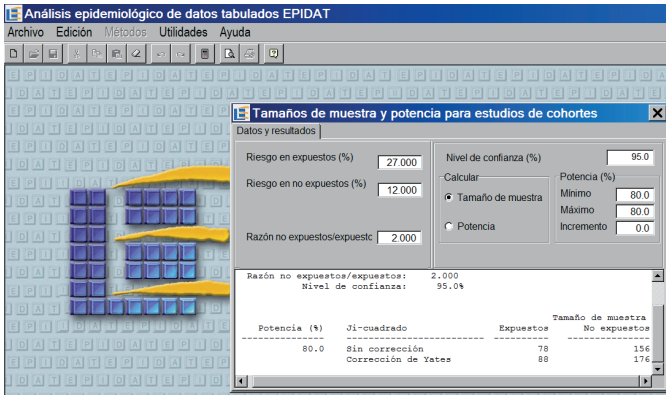
Criterios de eliminación

- Aquellas que decidan abandonar el estudio.
- Aquellas que su embarazo sea interrumpido antes de la semana 20 de gestación.
- Pacientes embarazadas que se encuentren en tratamiento con los siguientes fármacos: pirazinamida, tiacidas, etambutol, salicilatos (>2gr dia), etanol y ciclosporina.
- Pacientes que no se realicen las muestras serológicas de ácido úrico.
- Se eliminara aquellas pacientes a las cuales no se les de el seguimento adecuado en el expediente clínico.[a]

Tamaño de la muestra

Considerando una razón de mujeres expuestas-no expuestas de 1 a 2, con incidencia acumulada estimada de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con hiperuricemia de 27%[28]y sin hiperuricemia de 12% [27], bajo el supuesto de una confiabilidad del 95% y un poder de la prueba del 80%, se estimó un tamaño de muestra de: 156 mujeres embarazadas. Los cálculos fueron realizados en el programa Epidat versión 3.0 (ver Grafico 1)

Grafico. 1 Análisis epidemiológico de datos tabulados en EPIDAT



a En esta investigación se considerara como seguimiento no adecuado en el expediente clínico, a todo aquel expediente que se extravié, que no se anoten las mediciones de las variables de interés o que no se le solicite la muestra serológica de ácido úrico.

Definición de variables

Variable independiente (exposición): Hiperuricemia, misma que diferenciará a nuestro grupo expuesto del no expuesto.

Variable dependiente (de desenlace): Trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales son hipertensión asociada al embarazo, preeclampsia y eclampsia.

Co-variables: como lo son: edad, escolaridad, estado civil y antecedentes gineco-obstetricos.

Variable Independiente	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Fuente**	**Escala de medición**	**Indicadores**
Hiperuricemia	Es el aumento de la concentración del ácido úrico en sangre.[17]	Pacientes embarazadas que presenten niveles séricos de ácido úrico igual o mayor a 6.1 mg/dl.	Resultado de laboratorio.	Nominal	Porcentaje de pacientes embarazadas con niveles de ácido úrico igual o mayor de 6.1mg/dl.
Variable Dependiente	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Fuente**	**Escala de medición**	**Indicadores**
Hipertensión arterial asociada al embarazo	Elevación sostenida de la presión arterial, sobre las cifras previas existentes en el primer trimestre.[4]	Pacientes embaraza que presente elevación sostenida de la presión arterial, presión sistólica =ó>140mm Hg, presión diastólica = ó >90 mm Hg, por lo menos en dos registros con un mínimo de 6hr entre uno y otro, presente después de la semana 20 de gestación.	Historia clínica perinatal	Nominal	Porcentaje de pacientes que presenten hipertensión arterial durante el embarazo.
Preeclampsia	Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica, generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Caracterizado por presentar hipertensión arterial acompañada de proteinuria y edema, después de la semana 20 de gestación.[4]	Preeclampsia leve: Pacientes embarazadas que presenten después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste, el cuadro clínico de hipertensión sistólica mayor o igual 140mm Hg o diastólica mayor o igual 90mm Hg proteinuria mayor o igual a 300mg en 24hrs, 30mg/dl en tiras reactivas Preeclampsia severa: embarazadas que presenten después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste, el cuadro clínico de hipertensión arterial, sistólica mayor o igual 160 mm Hg, y diastólica mayor o igual 110 mm Hg acompañada de proteinuria de 2 gr en orina de 24 horas.	Historia clínica perinatal	Nominal	Porcentaje de pacientes embarazadas que presente preeclampsia
Eclampsia	Síndrome multisistémico caracterizado por presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia.[4]	Pacientes embarazadas que presenten convulsiones o estado de coma acompañada de preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semana después de éste, en ausencia de otras causas de convulsión.	Historia clínica perinatal	Nominal	Porcentaje de pacientes embarazadas que presenten eclampsia

Variable de co-variadas.	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicadores
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento y que se mide en años de vida cumplidos.	Tiempo que ha vivido la paciente embarazada desde su nacimiento hasta el momento del interrogatorio en años de vida cumplidos.	Historia clínica perinatal		Porcentaje de pacientes por años cumplidos
Escolaridad	Último grado de estudios aprobado por una persona	Grado de estudios aprobado que haya cursado la paciente embarazada	Análisis de expediente	ordinal	Porcentaje de pacientes por grados de escolaridad
Antecedentes gineco-obstetricos	Identificación, mediante historia clínica, de los antecedentes de importancia durante la edad reproductiva. [5]	Partos vaginales: Número de partos vaginales de la paciente embarazada en control prenatal. Cesáreas: Número de partos atendidos a través de una incisión quirúrgica en el abdomen para extraer el producto. Abortos: Número de interrupciones del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para sobrevivir fuera del útero. Gestas: Número de embarazos que ha tenido, contando los abortos y partos, excepto en caso de embarazos múltiples.	Historia clínica perinatal	Nominal	Porcentajes de paciente embarazada con el mismo número de gestas, partos vaginales, abortos y cesárea.
Tabaquismo	Adicción al consumo de tabaco, provocada por la dependencia a la nicotina.	Embarazadas que practique el hábito de fumar durante la actual gestación.	Historia clínica perinatal	Nominal	Porcentaje de embarazadas que tiene el hábito del tabaco.

Desarrollo del estudio

Fase de inclusión. Se realizara durante los meses de enero a mayo del 2011, se incluirá a todas aquéllas embarazadas que acudan a control prenatal a las Unidades Médicas sedes del estudio y cumplan con los criterios de selección.

Evaluación basal. El trabajo de campo será realizado en dos unidades de salud de los Servicios de Salud de Veracruz, una unidades de primer nivel y una unidad de segundo nivel, se acudirá durante los meses de enero a mayo a las consultas de control prenatal que se brinden a cada una de las embarazadas que integren la cohorte, durante la consulta se tomara las mediciones de nuestras variables de interés y se solicitara la determinación serológica de ácido úrico, con la finalidad de determinar dos grupos de estudio, un grupo no expuesto que se encontrará conformado por las pacientes cuyo resultado de ácido úrico haya sido menor de 6 mg/dl; y nuestro grupo expuesto el cual lo conformarán aquéllas con resultados de la determinación de ácido úrico igual o mayor a 6 mg/dl.

Periodo de seguimiento. El seguimiento se dará a cada una de las embarazadas una vez que se encuentren dentro de nuestra cohorte, las pacientes serán seguidas a lo largo de su embarazo, realizándoles tomas serológicas mensualmente para la determinación de los valores de ácido úrico, de nuestro grupo no expuesto al inicio de la cohorte, podrán formar parte de nuestro grupo expuesto, quienes en algún momento de su seguimiento lleguen a presentar hiperuricemia; a su vez, se realizara la recopilación de sus datos a través de nuestro instrumento de recolección, que será la historia clínica perinatal, dichos datos serán tomados por el médico y enfermero tratante cuando la paciente acudía a su consulta mensual, como también mensualmente se le proporcionara la solicitud para la determinación de ácido úrico, la cual será realizada en el laboratorio del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nacho",

estudio que no generara costo a la paciente.

Dentro de la consulta de primera vez se toman los datos de nombre, edad, dirección, escolaridad, estado civil, antecedentes heredofamiliares y antecedentes patológicos, algunos antecedentes gineco-obstetricos como lo será su fecha de ultima menstruación, fecha probable de parto, semanas de gestación que se encontraba cursando, gesta, partos, cesáreas y abortos. Dentro de los signos que se explorarán mensualmente serán la toma de presión tensión arterial, la presencia de edema, peso y la determinación de proteínas en orina, esto con la finalidad de identificar aquéllas pacientes que se encuentren cursando con un trastorno hipertensivo del embarazo el cual será nuestro evento de interés.

La terminación del estudio estará dada en relación a que, las pacientes que conforman la cohorte presenten el evento de interés, llegaron a su término del embarazo o se concluyera con el tiempo del estudio.

Técnicas y procedimientos de laboratorio clínico

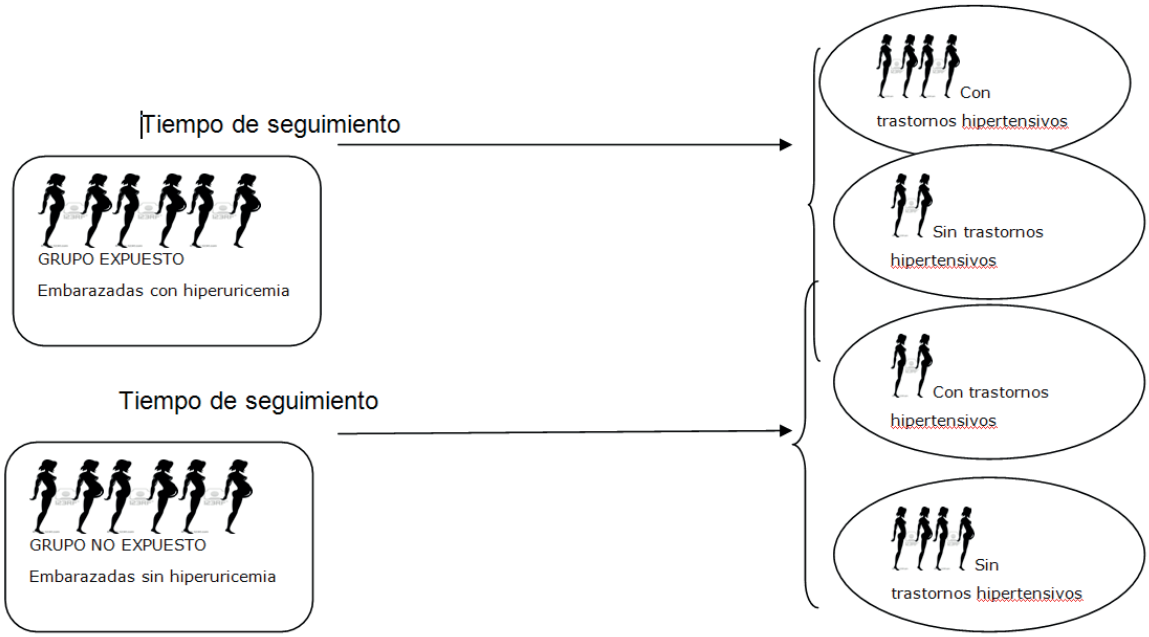
La determinación de ácido úrico se llevara a cabo en el laboratorio del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón". Para la muestra que fue analizada se emplearon los métodos habituales de colección y conservación de suero.

El método utilizado es el método URCA, es un análisis de diagnóstico in vitro que tiene por objetivo la determinación cuantitativa de ácido úrico en suero, el cual es realizado por medio de un sistema de química clínica Dimensión, los reactivos utilizados son reactivos URCA flex.

Procedimiento: el ácido úrico es convertido por la uricasa a alantoina la cual no absorbe la luz a 293 nm, lo que si ocurre con el ácido úrico. Este cambió de absorber a 293 nm debido a la desaparición del ácido úrico es directamente proporcional a la concentración de ácido úrico en la muestra y a su vez es medido utilizando una técnica bicromática de punto final.

El instrumento calcula e imprime automáticamente la concentración de ácido úrico en mg/dl.

Fig. 2. Esquema del estudio de cohorte



Instrumento de recolección de datos, escalas y cuestionarios

Como instrumento de recolección de datos se utilizara la historia clínica perinatal, la cual es un sistema de información elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) , junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud dicho instrumento fue elaborado para la atención de la madre durante el embarazo, parto y puerperio, contiene los datos del interrogatorio, exámen y estudios complementarios ordenados en la secuencia cronológica en que se van recolectando, resumiendo la información mínima indispensable, su contenido está fundamentado en la norma asistencial y orienta así como facilita su cumplimiento por el personal de salud de los diferentes niveles de atención, lo que también a permitido evaluar el cumplimiento a la norma para el manejo de la embarazada, parto y puerperio.

La historia clínica perinatal simplificada cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener y está conformada por cuatro apartados, en el primero se recopilan los datos de la ficha de identificación como son nombre de la paciente, edad, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, caracterización socio-cultural, antecedentes heredofamiliares y obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual; la segunda parte recopila los datos durante el embarazo que deben ser recordados en cada consulta de control, su llenado induce a una serie de acciones que deben realizarse en cada consulta, como son edad gestacional, la presión arterial, frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, los signos de alarma identificados, resultados de laboratorio solicitados y nombre del profesional de la salud quien realiza el interrogatorio y exploración física para la recopilación de estos datos; el tercer apartado está conformado por la información básica recopilada durante el parto o aborto y puerperio, incluyendo información básica para el control durante el periodo de dilatación, así como los datos de los partos y el alumbramiento, para el futuro control de la puérpera y el neonato; el cuarto apartado incluye los datos más importantes del examen que determinan el cuidado requerido en el recién nacido.

Para fines de la investigación se utilizara únicamente algunos datos del primer y segundo apartado para recolectar la información necesaria y así medir las variables de interés, en la parte de anexos se harán la anotación de los niveles de ácido úrico que la paciente presente mensualmente, ya que dicha información no es recopilada por la historia clínica perinatal.

Los datos de interés para la investigación y que serán recopilados de cada uno de los apartados son los siguientes:

Ficha de identificación la cual incluye:

Nombre: Los apellidos paternos y maternos de la embarazada y sus nombres completos.

Domicilio/ Localidad: Se refiere a la residencia actual de la embarazada, registrando la calle, el número y la localidad, si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que permita conocer su ubicación.

Teléfono: Anotar algún número telefónico donde sea posible ubicar a la embarazada.

Fecha de nacimiento: Día, mes y año de nacimiento de la embarazada.

Edad: Se registrará la edad de la embarazada en años cumplidos en la primera consulta.

Alfabeta: Si lee y escribe marcar “si”, en caso contrario marcar “no”.

Estudios: Los cursados en el sistema formal de educación. Marcar solamente el máximo nivel alcanzado, completado o no.

Años en el mayor nivel: Señalar los años cursados solamente en el mayor nivel de educación alcanzado por la embarazada.

Estado civil: El del momento de la primera consulta. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En otro se incluye separada, divorciada, viuda o casada.

Antecedentes obstétricos

Numero de gestas: Se anotarán el número de embarazos que ha tenido sin incluir el embarazo actual, en caso de que la paciente esté cursando con su primer embarazo se registrara 00.

Abortos: Si ha tenido más de 3 espontáneos deberá anotarse en el casillero amarillo correspondiente.

Gestas: Se anotará en número de embarazos que ha tenido, contando aquéllos que hayan sido abortos, el numero de gestas deberá ser igual a la suma de abortos y partos, excepto en caso de antecedentes de embarazos múltiples.

Gestación actual: En ésta parte del instrumento de recolección de datos se anotará los datos recabados durante el primer control prenatal y se va completando en los controles sucesivos.

Peso anterior: Se registrará el peso en kilogramos de la mujer, previo al embarazo actual.

Talla: La medida será tomada con la embarazad descalza, y se registrara en centímetros.

Fecha de última menstruación (FUM): Se registrará el primer día, el mes y el año de la última menstruación.

Fecha probable de parto (FPP): Se registrará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación.

Cigarros por día: Se considera el hábito practicado durante la actual gestación, en caso de que la respuesta es "si", anotar el número de cigarrillos consumidos por día, si la paciente no fuma, se deberá completar la información con 00.

Segundo apartado: Consultas prenatales

Día/ mes: Cada número corresponde al orden de la consulta, se anotará la fecha (día y mes) de la consulta brindada.

Edad gestacional: Se registrará las semanas cumplidas desde el último día de la menstruación hasta la fecha actual en que se brinde la consulta.

Peso: Se anotará el peso en kilogramos con un decimal, y se pesará a la embarazada descalza, con ropa liviana.

Presión Tensión arterial: Se anotará la tensión arterial sistólica y diastólica en mm/Hg, con la paciente embarazada sentada.

Signos de alarma, exámenes y tratamiento: En esta parte se consignarán datos que a juicio del médico sean relevantes y pongan en riesgo el embarazo, así como también se podrán anotar resultados de los laboratoriales solicitados y el tratamiento indicado. Por lo consiguiente en esta parte se hará anotación de los resultados de ácido úrico que se reposte mensualmente.

Iniciales técnicos: En esta columna se anotara las iniciales del médico que brinde la atención.

Próxima cita: Se registrará el día y mes de la próxima cita de control.

Nota: Los demás datos no serán recopilados ya que no son de interés para nuestro estudio.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información, se codificarán las variables a medir mediante la asignación de valores numéricos. Se creará una base de datos en el programa de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18, donde analizará la información obtenida de la historia clínica perinatal de nuestro interés.

Plan de análisis de la información

1. Se realizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y de dispersión.
2. Variables cualitativas serán comparadas a través de la prueba Chi cuadrada. Prueba exacta de Fisher será considerada cuando sea necesario.
3. Variables cuantitativas con distribución normal será comparadas a través de la prueba t de Student.
4. Se calculará densidad de incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo para cada grupo (expuesto y no expuesto).
5. La probabilidad de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo en función del tiempo será realizado a través de la estimación de curvas de sobrevida por el método de Kaplan Meier.
6. Curvas de probabilidad de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo serán comparadas entre los grupos expuestos y no expuestos a través de la prueba Log-Rank.
7. El riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo será estimado a través del *hazard ratio*.
8. Se calcularán intervalos de confianza para riesgo *(hazard ratio)* de trastornos hipertensivos del embarazo.
9. Un valor de *p* menor o igual a 0.05 será considerado estadísticamente significativo.
10. Los análisis serán realizados a través del programa SPSS versión 18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de salud 2007–2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. (Consultado 2009 oct 26). Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/PRONASA_version_completa.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio (2 páginas) (consultado 2009 nov 27) Disponible en: http//www.eclac.org/noticias/paginas/4/21544/hojaODM5.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio informe 2008. (consultado 2009 oct 18) Disponible en http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf.

4. Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. Prevención, diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia. Lineamiento técnico. Secretaría de Salud. 2007. (Consultado 2009 nov 30). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA_lin-2007.pdf

5. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (Consultado 2008 junio 10). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html

6. Subsecretaria de Prevención y Promoción a la Salud. Programa de acción específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida.[Internet]1ª ed. México, D.F. 2008 [Consultado 2010 May 18] 84 p. Disponible en: http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargar/paes/Paes-NEGSR-junio09/Junio_APV.pdf

7. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams obstetrician. 21ª ed. Madrid: editorial Médica Panamericana; 2004.489.

8. Bolte A., Herman P., Gustaaf A. Fiolopatología de la preeclampsia y papel de la serotonina. European journal of obstetrics y ginecology and reproductive biology. España, 2001; 1:322-332.

9. Contreras F. Martínez J. Fouillioux C. Endotelio y trastornos hipertensivos en el embarazo; RFM, Ene. 2002; 25(1): 121-129.

10. Serrano N, Páez L, Martínez M, Casas R., Gil L. Bases genéticas y moleculares de la preeclampsia; MEDUNA B, 2002; 5 (5); 185-94.

11. Powers R, Bodnar L, Ness R, Cooper K, Roberts J. Uric acid concentrations in early pregnancy among preeclamptic women with gestational hyperuricemia at delivery. Am J Obstet Gynecol. 2006; 194:160.

12. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jamedon L. Principios de medicina interna. 15ªed. Madrid. Editorial Mc Graw-Hill; 2004. 2653p.

13. 13 Powers R, Bodnar L, Ness R, Cooper K, Roberts J. Uric acid concentrations in early pregnancy among preeclamptic women with gestational hyperuricemia at delivery. Am J Obstet Gynecol. 2006; 194:160.

14. Gersch C, Palii SP, Kim KM, Angerhofer A, Johnson RJ, Henderson GN. Inactivation of nitric oxide by uric acid. Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids. 2008; 27: 967–978.

15. Shanno Bainbridge, James M, Roberts, Frauke Von Versen-Hoynck, Jessa Koch. Uric acid attenuates trophoblast invasion and integration into endothelial cell monoclayers; American physiological society, University of Pittsburgh, Pennsylvania, 2009; 297 (2): 440

16. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Muerte Materna en el Estado de Veracruz. Departamento de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, 2010.

17. Reyna E, Torres C, Torres E, Peña P, Reyna N. Ácido úrico como indicador pronóstico de severidad de la excreción urinaria de proteínas en 24 horas. Gaceta Médica de Caracasa, Venezuela. 2008; 116, (3) p.219-223.

18. Vilchez D., Pérez C, Saba K, Bontafante R., Los niveles séricos de adenosin deaminasa y ácido úrico se correlacionan en pacientes gestantes con trastornos hipertensivos; Revista Chilena obstetricia-Ginecología, Chile; 2009; 74(4); 217-224.

19. Reyna E, Prieto F, Torres M. Alteración en el metabolismo de los carbohidratos y lípidos en mujeres que han sufrido preeclampsia. Rev Obstet Ginecol. Venezuela;. 2002, .62 (.2), .97-102.

20. Kather J, James R, Gandieyer R. Las concentraciones elevadas en el primer trimestre de ácido úrico están asociado con el desarrollo de la diabetes gestacional; Pittsburgh, 2009, 114.

21. Reyna E, Torres C, Torres E, Peña P, Reyna N. establecer las concentraciones de ácido úrico en pacientes con preeclampsia y eclampsia Gaceta Médica de Caracasa, Venezuela. 2008; 116, (3) p.224-226-

22. Herrastin S, Rojas A, Vital L. Variaciones de niveles de ácido úrico en los trastornos hipertensivos del embarazo/ uric acid in pregnancy hipertensión. Ginecología y obstetricia, México; 1997, 65 (5): 59-63.

23. Martínez E., González M., Grover F., Vera A., Excreción de ácido úrico, sodio y potasio en la paciente con preeclampsia y su comportamiento ante un estado agudo de hiperglucemia-hiperinsulinemia, Ginecología y Obstetricia México; 1999. 57:590.

24. López I., Araujo H., Gerra M., Reina E., Mejia M., Reyna N., Torres D., Concentraciones de ácido úrico e hiperuricemia en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Venezuela; 2009.

25. Méndez F., Salceda M., Castillo M., García O., Sarabia., Valor pronóstico del ácido úrico en pacientes preeclampticas, Biología Clínica, Hospital Infantil; Sonora México; 2000, 17: 6-9.

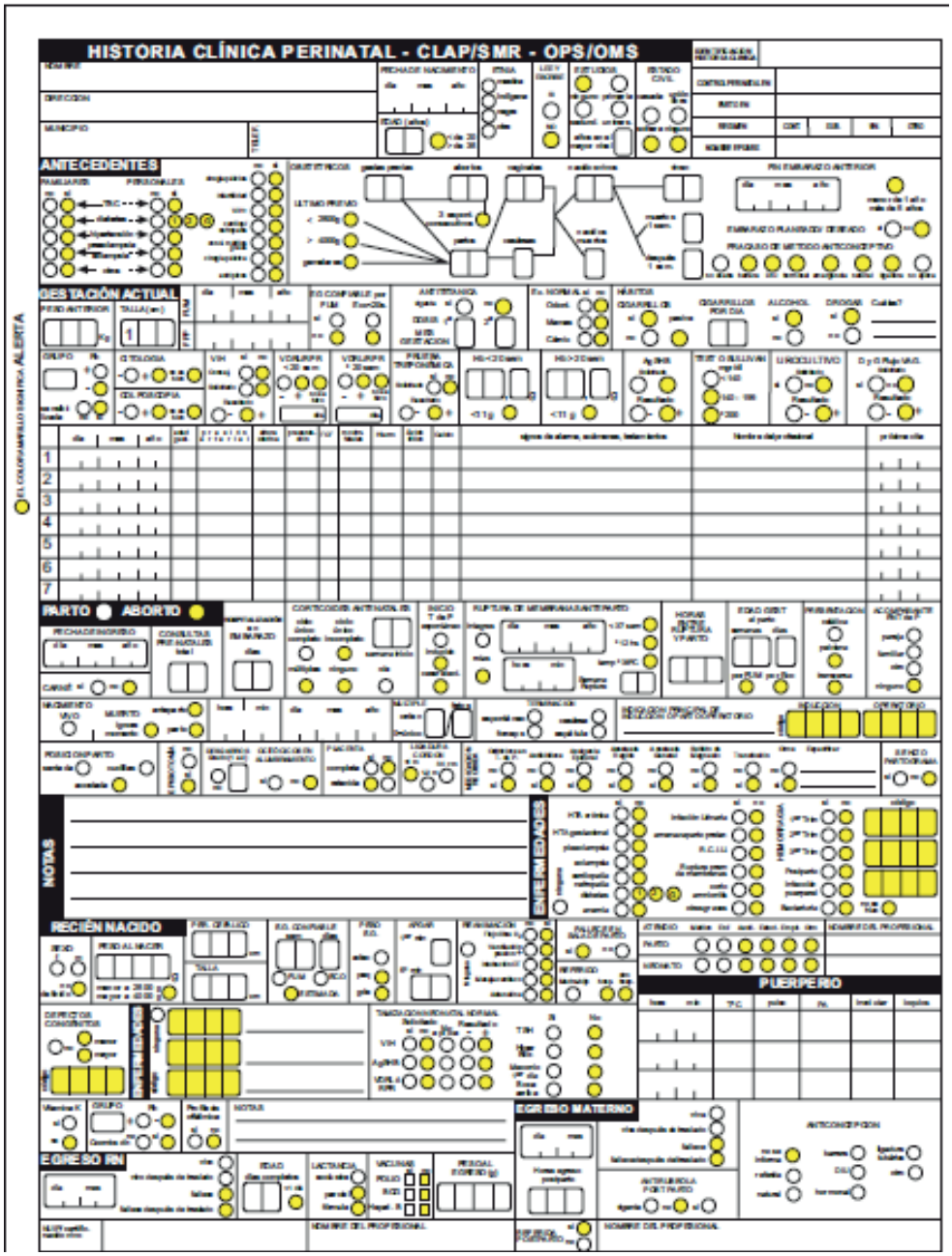
26. Vélez J, Chamorro N, Céspedes C. Ácido úrico y calciuria: valor pronostico y diagnóstico en los trastornos hipertensivos de la gestación. Rev. Colombia Obstetricia y ginecología; 1995, 46 (3), 187-91.

27. Corine M, Pampusa V, Henk G., Precisión de ácido úrico en suero como una prueba de predicción de complicaciones maternas en la preeclampsia. Rev. Placenta; Pittsburg; 2009.

28. Powers R, Ness R, Gallaher MJ, Frank MP. Uric acid concentrations in early pregnancy among preeclamptic womwn whith gestational hyperuricemia at delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Pittsburgh; 2006, 194, 160.

ANEXOS

Instrumento de recolección de información



Secretaría de Salud
VERACRUZ
GOBIERNO DEL ESTADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA / UV

Proyecto de investigación:

Incidencia de hiperuricemia y su asociación con la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo.

Los Servicios de Salud de Veracruz en coordinación con el Instituto de Salud Pública, se está desarrollando un proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar la incidencia de hiperuricemia y la asociación con la aparición de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. Nosotros somos un grupo de investigadores de estos Servicios que deseamos que usted participe en este proyecto de investigación cuyo nombre aparece arriba, que tiene como finalidad determinar los niveles de ácido úrico durante el embarazo y así detectar aquellas pacientes que presenten elevaciones del ácido úrico y seguirlas para conocer la asociación que existe con la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo como lo es la hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia.

Su participación consiste en permitirnos realizar una prueba diagnóstica de laboratorio, a través de una muestra sanguínea que se le tomara mensualmente, no tendrá ningún costo para usted si decide aceptar, nosotros estamos en la disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al problema si es de su interés, aclararle sus dudas, proporcionarle en caso de necesitarlo, atención médica de así requerirlo. Usted puede retirar su consentimiento a participar en el momento que lo considere, sin que ello signifique que la atención médica que se le proporciona se vea afectada. Al mismo tiempo, le informamos que esta participación no conlleva ningún costo extra en su atención y que toda la información que obtengamos de usted es confidencial por lo que su identificación personal no será dada a conocer a menos que usted lo autorice específicamente.

Para los fines que estime conveniente, acepto firmar la presente Carta de Consentimiento Informado, junto a las investigadoras que me informaron y dos testigos, conservando una copia de este documento.

_____ ..... _____

Nombre y firma del paciente .....Nombre y firma del investigador

_____....._____

TESTIGO ..... TESTIGO

México, D. F. a _____de _____de _____.

Xalapa, Veracruz

La siguiente leyenda será colocada en los expedientes de las pacientes que integren la cohorte.

La paciente se encuentra en un proyecto de investigación, en el cual participa el Instituto de Salud Publica y Hospital Regional "Dr. Luis F Nachón", por lo que se les pide de favor solicitar sus niveles séricos de ácido úrico mensualmente hasta concluir su control prenatal.
Responsable: Dra. María Eugenia Galindo Mimendi
Directores de Investigación: Dr. Jorge Ramos Zepeda y Dr. Gabriel Riande Juárez.

El siguiente formato será la solicitud de laboratorio que se entregara en cada consulta a las mujeres que conformen la cohorte.

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DIRECCION DE ATENCIÓN MEDICA
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

NOMBRE_____
EDAD_____NO. EXP._____FECHA_____CAMA_____
SEXO_____EXT_____HOSPITALIZADO_____SERVICIO_____

EXAMEN (ES) SOLICITADO (S):

DIAGNOSTICO_____NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO_____
_____

Cronograma de actividades

Protocolo

Titulo: Incidencia de hiperuricemia y su asociación con la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo

Fecha de inicio: 18 de diciembre del 2010

Fecha de terminación: 17 de junio del 2011

No	Actividad	diciembre		enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio	
	Aprobación de protocolo																
1	Periodo de inclusión																
2	Periodo de seguimiento																
3	Procesamiento de datos																
c	Análisis de la información																
c	Redacción del informe final																

Actividad programada

Actividad realizada

IMPACTO DE LA AUTORREGULACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON EXCESO DE PESO

Vianey Guadalupe Argüelles Nava
Yolanda Campos Uscanga
Directores de tesis: Mtra. María Cristina Ortiz León
Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

RESUMEN

Antecedentes: La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública que enfrenta nuestro país en todos los grupos de edad. En la Universidad Veracruzana se han emprendido esfuerzos aislados en el nivel licenciatura desde las experiencias educativas para hacer frente a esta situación, sin embargo no hay evidencia documentada de los resultados que se han obtenido, además de que dichas intervenciones se han enfocado en un trabajo teórico.

Objetivo: Diseñar una experiencia educativa para control de exceso de peso con base en la teoría de la autorregulación y determinar su efectividad para generar cambios en la capacidad de autorregulación y en el estado nutricio de estudiantes universitarios con exceso de peso.

Metodología: Se realizará un estudio cuasiexperimental, el grupo experimental se conformará por los estudiantes con exceso de peso que se encuentren inscritos en la experiencia educativa "Control de exceso de peso a través de la autorregulación" durante el semestre agosto-diciembre y enero-junio 2011 y que cumplan con los criterios de inclusión. El grupo de control se integrará con los estudiantes identificados con exceso de peso en el examen de salud integral realizado a su ingreso a la Universidad Veracruzana, los cuales se convocarán a participar vía correo electrónico. Se realizarán tres mediciones en el tiempo; una previa a la intervención, otra posterior y una final 10 semanas después de la conclusión de la intervención para valorar los cambios presentados en los grupos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está organizado en cuatro grandes apartados; marco referencial, planteamiento del problema, objetivos, metodología y bibliografía.

En el marco referencial se incluye la argumentación teórica de la manera en que se concibe el exceso de peso y los acercamientos desde la visión del cambio de conductas, especialmente se aborda la teoría de la autorregulación. En el marco empírico se detalla la situación actual de los problemas de exceso de peso y los resultados obtenidos en algunos estudios en que se ha aplicado la autorregulación como estrategia, finalmente en el marco contextual se presenta el Modelo Educativo Integral y Flexible bajo el cual se rige la Universidad Veracruzana.

Posteriormente se encontrará el planteamiento del problema, que detalla la situación de la población, la importancia de trabajar en la resolución del problema y se presenta la pregunta de investigación.

Inmediatamente se encuentran los objetivos tanto general, como específicos que guiarán este proceso de investigación.

Casi para concluir hay una amplia descripción de la metodología a emplear que incluye el diseño, el universo de estudio, la muestra, la definición de variables, los procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información y los procedimientos para el análisis de la información.

Finalmente se encuentra la bibliografía que sustenta la presente investigación.

MARCO REFERENCIAL

Este capítulo está dividido en tres apartados, en un primer momento se hace una revisión de la teoría que sustenta la presente investigación y cómo se ensambla con el cambio de hábitos especialmente para los problemas de exceso de peso, posteriormente se presentan las investigaciones e intervenciones que se han llevado a cabo en torno a los problemas de obesidad y sobrepeso en jóvenes y finalmente se presenta una descripción de la Universidad Veracruzana y del Modelo Educativo Integral y Flexible, que es el contexto con el que se trabajará.

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

En un primer momento, se revisan los planteamientos acerca de los espacios saludables, particularmente de las universidades por su rol en la salud de los estudiantes con problemas de exceso de peso.

A continuación para tener una comprensión clara del problema, se conceptualizan la obesidad y el exceso de peso, las mediciones antropométricas y la influencia del exceso de peso en los problemas de salud de tipo crónico, haciendo hincapié en los jóvenes y adolescentes.

Posteriormente se detallan las implicaciones de la orientación nutricional para el manejo de la obesidad y el sobrepeso desde una visión multifactorial que posibilite un abordaje integral.

En el apartado final se presenta el modelo "Jóvenes: opciones y cambios" desarrollado por la OPS para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, dicho modelo para su implementación requiere de una teoría que promueva el cambio en los individuos y otra que dé una comprensión psicológica del problema, por esta razón se presenta la teoría de la autorregulación como promotora del cambio de conductas enfocándose a los postulados de Bandura.

Entornos saludables y el papel de las universidades

Los entornos saludables, son entendidos como aquellos espacios donde el individuo se desenvuelve de manera cotidiana, desde vivienda, escuela, comunidad, trabajo, espacios de ocio, entre otros y que apoyan a la salud permitiendo a las personas desarrollar autonomía respecto a la misma. Estos entornos permiten la identificación e intervención sobre factores protectores y de riesgo de enfermar[1].

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la estrategia de entornos saludables es una de las iniciativas a nivel local más efectivas en la promoción de la salud, que busca fortalecer la ejecución de una serie de actividades dirigidas a facilitar que las personas tengan mejores condiciones de vida, dándole a estos procesos una alta prioridad dentro de la agenda pública[2].

El impulso de los Municipios, Ciudades, Comunidades y Escuelas Saludables como principales espacios donde las personas se desenvuelven, tiene como finalidad la existencia de un pacto social y compromiso de todos los actores involucrados para ejecutar acciones de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas, trascendiendo del plano de las políticas de salud a políticas saludables que sin importar el sector del que hablemos su eje transversal sea el bienestar de las personas[2.]

Las escuelas saludables son un esfuerzo al que también las universidades se han incorporado en busca de brindar las condiciones idóneas en los espacios universitarios para que sus integrantes tengan acceso a estilos de vida saludables.

En la Carta de Edmonton para la Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior del año 2005, se señalan las metas que debe cumplir una universidad promotora de la salud, entre las cuales, incluye mejorar los servicios de salud para sus estudiantes y estimularlos a asumir la responsabilidad de su salud y bienestar optando por estilos de vida saludables, así como prepararlos para que promuevan la salud en sus instituciones y comunidades[3].

Las universidades son protagonistas en las sociedades al ser formadoras de los miembros de la comunidad, por lo tanto, permea en la cultura para impulsar soluciones a las problemáticas presentes, con la misión social de vincular con la tarea formativa el desarrollo de habilidades que adoptará cada profesional[4].

El enfoque preventivo da especial importancia al autocuidado partiendo de la premisa de que todo ser humano es capaz de cuidar y aprender a cuidar de sí mismo, por lo cual, la universidad debe aportar oportunidades de aprendizaje y fomento a la motivación, las habilidades personales y la autoestima para que la adopción de estilos de vida saludables esté fortalecida por el entorno[4]. Del Huerto propone la extensión universitaria como una de las vías para desarrollar el proceso de comunicación, incluyendo acciones tanto a nivel de comunidad universitaria como de población en general,

esto implica un reto para la Educación Media Superior al obligarla a cambiar y desarrollar nuevas políticas y estrategias para la solución de los problemas de salud de sus integrantes[5]. Dentro de los principales problemas de salud detectados en las comunidades estudiantiles se encuentra el exceso de peso, situación que para ser tratada requiere de la participación activa de las universidades debido a la magnitud y trascendencia que la problemática ha tomado.

Epidemiología del exceso de peso

La Organización Mundial de la Salud estima que de las muertes prematuras en el adulto, el 70% se debe a conductas iniciadas en la adolescencia, lo que hace que la salud de los jóvenes cobre especial relevancia. Sin embargo, su atención es muchas veces omitida, ya que este grupo sufre pocas enfermedades que ponen en riesgo su vida comparados con los niños y adultos[6]. La obesidad y el sobrepeso especialmente en la segunda década de la vida son factores que dejan ver la predisposición del individuo a desarrollar obesidad durante la edad adulta.

Restrepo señala que cuando se han detectado situaciones de riesgo en la población es indispensable una intervención que nos permita reducirlos y en consecuencia controlar las enfermedades a través de modelos de salud pública empleando "*instrumentos como la información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social, el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables*"[7].

A lo largo de la historia evolutiva el hombre ha ido cambiando sus hábitos alimenticios, desde la caza, pasando por el desarrollo de la agricultura, hasta el momento actual en que muchas de las enfermedades se asocian con una mala alimentación que brinda un inadecuado aporte de nutrientes, generando problemas de malnutrición que conducen a enfermedades carenciales, o a enfermedades por exceso que derivan en enfermedades crónicas entre las que destacan cardiopatías, cáncer de mama, cáncer de colon, caries dental, hepatopatías, hipertensión y obesidad[8].

Si bien, en la etiología de las enfermedades crónicas encontramos la interacción de múltiples factores como la herencia, los modos de vida, el medio ambiente y el trabajo, son los factores de la dieta y actividad física los más susceptibles de ser modificados, por lo que se convierten en un aspecto de atención prioritaria en el tratamiento de este tipo de padecimientos[8].

Por otra parte, si comparamos las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a la nutrición, con las que se asocian a condiciones ambientales o genéticas, las primeras representan un porcentaje mayor[9].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud[10], la cual se distribuye de manera generalizada o localizada[11]. La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad define al sobrepeso como un "*estado pre-mórbido*" y a la obesidad como "*una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud*", señala también que puede estar asociada con patologías de los sistemas endócrino, cardiovascular y óseo, dentro de los factores que la ocasionan además de los biológicos se reconocen los factores socioculturales y psicológicos. Este padecimiento ha sido descrito por diversos investigadores a lo largo de las últimas décadas como el trastorno metabólico más frecuente y aunque se identifican múltiples factores que la ocasionan, es claro que su inicio se da "*cuando la ingestión calórica supera los requerimientos energéticos del organismo*" [12, 13, 14].

La definición de los criterios para establecer el diagnóstico de obesidad, ha sufrido cambios a lo largo del tiempo, se han empleado como principales medidas antropométricas de referencia el peso y la estatura. Actualmente el criterio utilizado para el diagnóstico del sobrepeso y obesidad está basado en el Índice de Masa Corporal (IMC), que es la interpretación que se da al valor obtenido de la ecuación matemática Kg/m^2 propuesta en 1871 por el estadístico belga Jacques Quetelet, adaptado por la Organización Mundial de la Salud, quien en el año 2004 realizó una actualización a estos valores y propuso la siguiente clasificación: bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad tipo I, obesidad tipo II y obesidad tipo III (Tabla 1)[15].

Tabla 1. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud del estado nutricional de acuerdo al Índice de Masa Corporal.

Clasificación	Valores principales
Bajo peso	16.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Sobrepeso	25.00-29.99
Obesidad tipo I	30.00-34.99
Obesidad tipo II	35.00-39.99
Obesidad tipo III	≥ 40.00

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2004.

Por otra parte, el estudio de la valoración de la cantidad y distribución de la masa grasa en el organismo humano ha dado como resultado un sin número de referentes, siendo uno de los más utilizados por su facilidad de aplicación el Índice de cintura/cadera (ICC) que establece la relación entre la circunferencia abdominal (cintura) y la circunferencia de cadera (glútea). El ICC es una ecuación matemática que permite dividir el perímetro o circunferencia en centímetros de la cintura entre el de la cadera, proporciona un índice de distribución de la grasa, útil para evaluar los riesgos a la salud y el desarrollo futuro de enfermedades crónico degenerativas relacionadas con lo que comemos y bebemos[15].

Es importante recalcar que la medición antropométrica de estos parámetros y el índice pronóstico de desarrollo de enfermedades que estos proporcionan, están cada vez menos ligados a los factores genéticos y más ligados con los factores ambientales, entre los cuales destacan las condiciones de nuestro medio que influyen en la manera en que nos alimentamos[15].

Existe evidencia de una relación clara entre la distribución de la masa grasa y el desarrollo de enfermedades crónicas, más que con el peso total de los individuos obesos[16] se ha establecido asociación entre un ICC superior a 0.95 en hombres y superior a 0.85 en mujeres, con el aumento de la probabilidad para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc[17].

De acuerdo al ICC se puede establecer una diferenciación entre el tipo de obesidad que posee un individuo según la distribución de la grasa corporal, denominando obesidad de tipo androide a la mayor concentración de grasa en el abdomen, y obesidad de tipo ginecoide a la mayor concentración de masa grasa en la región glútea[17].

La obesidad y el sobrepeso han sido reconocidos en las últimas décadas como severos problemas de salud pública, no sólo en los países desarrollados, sino también en los países en desarrollo, por su magnitud y las grandes dimensiones que ha cobrado[9]. México no escapa a esta realidad y hoy en día las cifras crecientes de personas que padecen algún grado de exceso de peso hacen que todas las miradas se centren sobre este grave problema de salud pública[11].

La obesidad y el sobrepeso presentan una prevalencia cada vez mayor en población joven con la consecuente carga de enfermedades crónicas que de ella se derivan[18], sin embargo el trabajo con este grupo enfrenta especiales desafíos por la etapa del desarrollo en que se encuentran, mostrando resistencia e intransigencia ante los problemas de salud que afectan al cuerpo y donde los sentimientos de invulnerabilidad distorsionan la realidad.

Los jóvenes son el blanco de las industrias del alcohol, el tabaco y la comida rápida, ubicándose en el fuego cruzado donde la simple difusión de información no logra un cambio de hábitos, ellos deben ser protagonistas del cambio fortaleciendo su capacidad de toma de decisiones y la adopción de hábitos saludables con el desarrollo y fortalecimiento de recursos y habilidades que les permitan mejorar sus estilos de vida[18].

La evidencia epidemiológica muestra de manera general que la obesidad y el sobrepeso afectan con mayor frecuencia a las mujeres con un menor nivel de educación y aumenta conforme avanza la edad[19]. En cuanto al nivel socioeconómico la prevalencia de dichos padecimientos se comporta de manera distinta en los países desarrollados que en los países en desarrollo, puesto que en los primeros la prevalencia de exceso de peso se da principalmente en los estratos de mayor nivel económico y en grupos que llevan estilos de vida occidentales; en el caso de los países en desarrollo el exceso de peso prevalece en los grupos sociales de ingreso económico menor[19].

Se encuentra cada vez con mayor frecuencia que la población adolescente que padece obesidad, también desarrolla alguna o varias de las siguientes entidades patológicas: alteraciones de los niveles de la glucosa en sangre (hiperinsulinismo/resistencia a la insulina) que es un antecedente para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, alteración de los lípidos circulantes especialmente elevación del colesterol de baja densidad (LDL) y

disminución del colesterol de alta densidad (HDL) que es un antecedente para el desarrollo de ateroesclerosis, sobreacumulación de la grasa abdominal que produce trastornos cardiacos, trastornos respiratorios mediados por una menor capacidad para la distensión pulmonar y probables problemas de oxigenación, depósitos anormales de grasa en el hígado que pueden progresar hacia el desarrollo de cirrosis hepática en edades tempranas del adulto, defectos de la postura por sobrecarga del peso corporal y enfermedades cutáneas en pliegues y articulaciones como consecuencia de la sudoración aumentada que produce el exceso de grasa corporal[20].

La alimentación o tipo de dieta, es considerada el factor más vulnerable en el tratamiento y atención de la obesidad. Actualmente se sabe que las personas que tienen un consumo bajo de frutas y verduras, un consumo de alimentos ricos en grasas, principalmente saturadas y un alto consumo de alcohol, desarrollan mayor ganancia de peso de manera constante si además mantienen un estilo de vida de inactividad o sedentarismo[19].

Para que las personas puedan tener los elementos básicos para una adecuada alimentación, la orientación nutricional se ubica como estrategia fundamental para el control de los problemas de exceso de peso.

Conducta alimentaria

Existen áreas identificadas como potenciales para organizar intervenciones para la modificación de conductas, de las cuales se distinguen el ámbito escolar en donde se deben aplicar los conocimientos y estrategias que promuevan el desarrollo de hábitos saludables en combinación con mensajes que colaboren al reconocimiento de la salud como un patrimonio individual, que en la medida en que sea conservado, garantizará el bienestar a futuro[21].

Osorio, Weisstaub y Castillo, definen la conducta alimentaria como "*el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos*"[22]. Los comportamientos en torno a la alimentación que afectan el funcionamiento del organismo en el corto o largo plazo son identificados como conductas alimentarias de riesgo, por aumentar la probabilidad de aparición de alguna enfermedad.

Los comportamientos y actitudes que tiene cada individuo están íntimamente ligados a la influencia familiar, que a su vez están fuertemente enlazada a las influencias sociales. Así como cada aspecto de la vida del ser humano está vinculado a su entorno, el tipo de alimentación de cada región del mundo está supeditada a la cultura, de este modo el sabor, la percepción del valor de los alimentos, la comodidad al elegir los que son más agradables al gusto, los más accesibles por su precio o los que están disponibles en la región. Por lo tanto al elegir qué comer, aunque se tenga conocimiento de las características de una alimentación saludable, se termina favoreciendo a los alimentos de mejor sabor y precio, aunque su valor nutritivo no sea el mejor[13].

La orientación nutricional

La orientación nutricional o alimentaria es una de las herramientas más utilizada para la prevención de la obesidad y la promoción de estilos de vida saludables, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la orientación nutricional es "*el conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales*"[20] sin dejar de lado el manejo explicito de los beneficios que se obtienen de la adopción, no sólo de la dieta correcta, sino también de la práctica del deporte y del auto-convencimiento del cambio de hábitos[14,20].

Son muchas las discrepancias que existen entre diversos autores sobre qué circunstancias o factores presentes en las sociedades hacen más propicio que los individuos desarrollen sobrepeso u obesidad, pero existe un punto de convergencia entre ellos que se mantiene inamovible acerca de que la base del tratamiento está integrada por la orientación nutricional y la actividad física para la adopción de estilos de vida saludables[23].

El exceso de peso a diferencia de otras patologías crónico-degenerativas, es una enfermedad que en efecto progresa si no existe mayor control por parte de quien la padece, pero que es reversible o controlable, habiendo especial ventaja en su fase inicial[24]. El tratamiento de la obesidad y el sobrepeso debe construirse sobre la base de la orientación nutricional, en donde el profesional de salud y el paciente, deben establecer una relación

de colaboración que permita la identificación de los riesgos del padecimiento y la toma de conciencia sobre las responsabilidades, lo que favorece la adherencia al tratamiento[24]. Parte importante del tratamiento es transmitir a lo largo del mismo, la noción de que la obesidad es una enfermedad, que existen una serie de padecimientos dependientes de la cronicidad del exceso de peso y que si se controla pueden evitarse o retardarse, sin embargo, para que esto ocurra debe darse un cambio en los estilos de vida[24].

Tratar el exceso de peso es también prevenir enfermedades y promover la salud hacia el reconocimiento de mejores formas de mantener el bienestar físico, considerando que el alcance del éxito depende de un enfoque multidisciplinario que permita, por un lado el reconocimiento de las acciones más convenientes para el individuo, pero además la identificación de las conductas que deben ser modificadas y el auto-convencimiento de los beneficios de dichos cambios[20], [23].

La orientación por sí misma no es suficiente, es necesario entrar en procesos de cambio de hábitos donde se reflexione sobre los riesgos que las conductas alimentarias inadecuadas representan para el presente y el futuro.

Teorías para el cambio de conductas

La OPS, propone varias teorías en las cuales se puede enmarcar la intervención con jóvenes para el cambio conductual, estos modelos además deben complementarse con una perspectiva teórica desde el punto de vista psicológico.

El modelo de creencias en salud propone que los cambios en los patrones de conducta de los jóvenes se dan únicamente si éste se percibe vulnerable a la enfermedad con consecuencias graves. Su implementación ha sido exitosa en la prevención de infecciones de transmisión sexual por la consecuencia inmediata que representa[18], además se ha aplicado para consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como actividad física y nutrición, sin embargo, este modelo es de difícil aplicación por la invulnerabilidad percibida que la juventud brinda.

El modelo transteórico y las etapas de cambio, concibe el cambio como un proceso evolutivo que implica una serie de etapas a realizarse en el momento correcto, ha mostrado efectividad mayor al trabajar con preadolescentes y en la adolescencia inicial en problemáticas de consumo de alcohol, tabaco y drogas y actividad física y nutrición[18].

La teoría de la acción razonada resalta la intencionalidad como elemento pronóstico del desempeño individual, la cual está determinada por la actitud y la percepción que tiene la persona sobre las opiniones de los demás, es decir, las consecuencias de su comportamiento. *La teoría de la conducta planificada* amplía *la teoría de la acción razonada* agregando la variable de *control conductual percibido* que contempla factores fuera de la persona y que pueden afectar la intencionalidad al incluir creencias de control y poder percibido[18].

La *teoría del establecimiento de metas* propone que los adolescentes que tienen objetivos se esfuerzan más y son más perseverantes en la puesta en práctica de una conducta, demostrando gran impacto al aplicarse en la adolescencia inicial en que surge el "Ideal del yo"[18].

La teoría de la búsqueda de sensaciones, parte de la premisa de que en la preadolescencia hay un rasgo de la personalidad que lleva a buscar sensaciones y experiencias nuevas que de no ser canalizado adecuadamente acarreará graves consecuencias a la salud, por lo que ha sido base para el desarrollo de intervenciones preventivas en este grupo de edad[18].

La teoría de la autorregulación centra su interés en la manera en que las personas pueden corregir y supervisar sus conductas, plantearse metas y desarrollar habilidades de automotivación, autodirección y autoevaluación. La capacidad de autorregulación es concebida como una tarea del desarrollo que debe adquirirse durante la adolescencia[18].

Esta última teoría pone el control en la persona, haciendo posible que por sí misma continúe en la regulación de la conducta e incluso aplique las habilidades desarrolladas a otras conductas de riesgo. Brinda habilidades para la vida que como se mencionó, son indispensables a desarrollar en la adolescencia y juventud. Esta capacidad de manejar la conducta de acuerdo a las opiniones del mundo exterior, a la evaluación cognitiva y de procesos afectivos internos, coloca a esta teoría como ideal para trabajar con jóvenes con comportamientos de riesgo, por lo que se considera adecuada para abordar los hábitos alimentarios y de actividad física inadecuados que llevan al exceso de peso.

Modelo Jóvenes, opciones y cambios

El cambio de las conductas de salud es complejo y en él influyen múltiples aspectos, entre los que destacan factores individuales, patrones interactivos, factores de

relación interpersonales e influencias sociales, por lo que el simple conocimiento no es suficiente para generar una modificación en las conductas[18].

Para el trabajo con jóvenes y adolescentes, la OPS (2008) propone el modelo "Jóvenes opciones y cambios" para llevar acabo intervenciones que buscan el cambio de conductas, este modelo requiere una serie de pasos que deben implementarse, los cuales se señalan a continuación[18]:

1. *Identificar el grupo objetivo*. Considera principalmente el sexo, así como la etapa del desarrollo en que se encuentran los sujetos para conocer las características del grupo objetivo y hacer una aproximación al problema para identificar las conductas problemáticas y enfocarlo desde el punto de vista positivo; en lugar de resaltar las carencias, captar la atención a través de remarcar la promoción de habilidades y cualidades.
2. *Identificar las necesidades y los deseos de los adolescentes*. Las necesidades y deseos varían de etapa a etapa y también entre sexos por lo que resulta imprescindible, conocer la postura del grupo objetivo.
3. *Identificar el nivel de intervención*. Existen múltiples niveles de influencia: individual, interpersonal, institucional, comunitario y de políticas públicas, es deseable que las intervenciones provean aportes desde varios niveles con una visión ecológica para atacar el problema por varios flancos y potenciar el alcance de las metas.
4. *Identificar las necesidades y los deseos de los otros*. Este enfoque a varios niveles requiere el conocimiento de las necesidades que plantean padres familiares, tutores, docentes, pares, entre otros actores que influyen en los estilos de vida de estos adolescentes.
5. *Identificar las teorías que apoyarán el diseño de la intervención*. La OPS propone algunas teorías que pueden implementarse para el diseño de la intervención: el modelo de creencias en salud, el modelo transteórico y las etapas de cambio, la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planificada, la teoría del establecimiento de metas, la teoría de la autorregulación y la teoría de la búsqueda de sensaciones.
6. *Traducción de la teoría a la práctica*. Se deben construir variables conmensurables que permitan la medición de los cambios después de la intervención. El mecanismo debe guiarse por la teoría elegida para identificar los factores determinantes de la conducta que se trabajaran para convertir en indicadores de los resultados o conducta final.

La identificación de las teorías es parte medular de la implementación del modelo Jóvenes, opciones y cambios, ya que brinda elementos sobre la comprensión del problema y marca la forma en que éste se abordará, resulta necesario ubicar y adherirse a un enfoque psicológico que dé una explicación a la problemática y se una a alguno de los marcos teóricos propuestos, para que en conjunto, permitan el diseño de la intervención y la elección de estrategias.

Teorías psicológicas para el cambio de hábitos

El origen de los problemas de exceso de peso es multifactorial, los *factores socioculturales* implican los hábitos aprendidos en torno a la alimentación y la actividad física y el sistema de creencias sobre lo adecuado o inadecuado de ciertas prácticas. Los *factores afectivos* vinculan el comer en exceso con una respuesta a tensiones emocionales y a actitudes de los padres respecto a la comida que motivan la culpa, si los niños comen tanto como ellos quieren o en los horarios que establecen aunque no tenga apetito. *Factores familiares* se relacionan con la mala comunicación con el adolescente obeso y no se le brinda el impulso para que tome la responsabilidad por su conducta. *Factores genéticos* han ubicado algunos genes asociados a la obesidad. Los *factores medioambientales* incluyen a los medios de comunicación que además de promocionar productos poco saludables incitan el sedentarismo. Además de *hábitos alimentarios* relacionados con la calidad y cantidad de lo que se ingiere y el *sedentarismo* actual donde la actividad física va en sentido inverso a la tecnología, mientras ésta avanza la actividad física es cada vez menos necesaria[25].

Dentro de la psicología hay muchas teorías que sustentan el abordaje de los problemas de exceso de peso en torno a los comportamientos, una de ellas es la teoría conductista con una visión de los problemas vinculados con eventos privados o interiores, siendo el individuo, el único que puede manejar la contingencia en el escenario real, para cumplir los objetivos seleccionados por él mismo[26]. La postura conductista es limitada en cuanto a su análisis únicamente de lo observable y sus alcances al centrar el cambio de conductas entorno al reforzamiento y castigo sin considerar los procesos internos y sociales que se agregan a problemas de salud como la obesidad.

Sin embargo, a partir de estos planteamientos surgen las terapias cognitivas que permiten una comprensión más amplia al ser un modelo integrador que incluye el

trabajo con percepciones, descripciones, inferencias, valoraciones, afecto, toma de decisiones y acciones. Además estos modelos permiten tanto el trabajo individual como grupal y es en este último donde la interacción de personas que enfrentan la misma problemática permite la identificación y prevención al conocer las experiencias de los otros participantes[27].

De esta teoría se han derivado muchos modelos de trabajo, entre ellos la terapia breve que permite entre 5 y 25 sesiones sean suficientes para lograr un cambio en la conducta[28]. Este tipo de modelos ofrece costos reducidos y resultados favorables, además de que permite el trabajo en grupo basado en las teorías motivacionales del cambio y la teoría social cognitiva, siendo sus elementos clave para el trabajo la motivación de logro, la autoeficacia y la autorregulación[29].

Hewitt y Gantiva definen a la terapia breve como "*una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto*", este tipo de terapia es recomendada para abordar problemas específicos en función de excesos y déficit conductuales concretos, su fin es el cambio de comportamientos claramente definidos[29].

Dentro de esta concepción cognitiva, la motivación es un elemento fundamental, y una estrategia para fomentarla es el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. En la medida en que las metas sean específicas, es más probable que las personas desarrollen actitudes positivas hacía la realización de las actividades para alcanzarla, sin embargo, cuando la meta implica su logro a largo plazo, es recomendable establecer metas a corto plazo que sean próximas y desafiantes, además de que vayan aumentando gradualmente para mantener la motivación; debido a que cuando el alcanzarla se proyecta como algo lejano la motivación disminuye[30].

La motivación puede verse afectada por las creencias, éstas juegan un papel muy importante y son abordadas en las terapias cognitivas por la influencia que ejercen sobre la conducta de las personas, especialmente la Terapia Racional Emotiva (TRE), la cual, parte de la premisa de que los seres humanos por naturaleza se formulan metas, sin embargo éstas se ven impedidas por creencias irracionales como ideas, cogniciones y filosofías que bloquean el logro de las mismas, por lo tanto, la TRE pretende apoyar a las personas para el desarrollo de creencias racionales impulsoras del logro de las metas que se platearon. Los elementos fundamentales con los que se trabaja son: los hechos activadores, las creencias sobre los hechos activadores y la respuesta emitida ante el conjunto anterior, a esto le llama el ABC de la conducta[31].

Los esfuerzos del individuo para el cambio de conductas pueden verse limitados por las creencias que tenga respecto a su capacidad para lograr los cambios esperados, ya sea en adquirir nuevos hábitos saludables o inhibir los perjudiciales[32]. Por esta razón, el trabajo con las creencias que el sujeto tiene es pilar fundamental en el proceso disminución de exceso de peso.

Otros autores como Bandura y Walters señalaron que para la modificación de conductas -en este caso las relacionadas con la alimentación y la actividad física- se puede hacer uso de varios métodos como la extinción, el refuerzo positivo, la imitación social y el aprendizaje por discriminación[33]. Estos postulados han tenido un proceso de maduración y revisión incluso por parte de los mismos autores que ha llevado a incorporar algunos elementos y construir teorías con una visión más amplia de los procesos internos y externos que se dan para el cambio de conductas.

La teoría de la autorregulación

Esta teoría plantea la importancia de efectos de moderación protectores basados en la autorregulación y la afectividad positiva, hace hincapié en la forma en que los individuos pueden corregir sus conductas con exigencias propias en el *establecimiento de metas, la automotivación, la autodirección y la autoevaluación,* por otra parte, resalta los procesos dinámicos que se dan en la definición y el desarrollo de objetivos, incluyendo la manera para enfrentar obstáculos y las consecuencias de los éxitos y los fracasos, con la interacción constante de percepciones del mundo exterior, las cogniciones y las emociones[18].

La autorregulación es entendida como la "*capacidad de la persona para motivarse y actuar con base en criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios comportamientos*"[34]. Tiene su punto máximo en la etapa de la adolescencia tardía, esta capacidad debe adquirirse como tarea del desarrollo de gran importancia. El proceso de autorregulación contiene algunos elementos básicos que son cíclicos y deben estar basados en supervisión[18]:

- Identificar correctamente y registrar un tipo específico de conducta.
- Definir objetivos aceptables
- Evaluar la respuesta.
- Cambiar la conducta previa de acuerdo con la evaluación de la respuesta o reforzar las respuestas si se cumple la norma.

Para que la autorregulación se dé son necesarias algunas funciones ejecutivas, entendidas como "*acciones autodirigidas que la persona utiliza para sus fines de autocontrol: inhibición conductual, memoria de trabajo, interiorización del habla, sistema de valoraciones motivacional y reconstitución o síntesis conductual*"[18].

La *inhibición de la conducta* es fundamental en la preparación para que los jóvenes puedan hacer frente con resultados positivos a las situaciones de riesgo que son parte de la vida cotidiana, esta capacidad establece el marco para el desarrollo de la autorregulación. Esta función ejecutiva busca inhibir respuestas en función de consecuencias a corto plazo, lo cual es la base para posicionar las consecuencias a largo plazo como las controladoras de la conducta, irrumpiendo en los patrones existentes[18].

La *memoria de trabajo* se vincula a la organización temporal de la conducta, así como el control de la secuenciación de operaciones mentales que permitan alcanzar un objetivo. Su función permite recordar el pasado al tiempo que da lugar a la creación de futuros hipotéticos con la respectiva planeación para ser alcanzados, lo que implica la construcción de estructuras conductuales útiles para enfrentar problemas[18].

La *interiorización del habla* es una forma de dialogo interno que contribuye al desarrollo del autocontrol. Apela al uso del dialogo interno considerando respuestas alternativas ante situaciones de riesgo para evitar respuestas impulsivas y favorecer las respuestas saludables[18].

El *sistema de valoración motivacional* recurre a la memoria de trabajo para rescatar sucesos pasados y futuros hipotéticos con su carga afectiva y motivacional, para hacer frente a las situaciones o continuar con sus planes. En la medida que los recuerdos de conductas saludables sean gratos y el futuro planeado sea motivador los jóvenes continuaran con sus programas[18].

Finalmente la *reconstitución* o *síntesis conductual* permite la formulación de estructuras conductuales con diversidad, flexibilidad y creatividad a través del análisis de las estructuras conductuales pasadas y la síntesis de patrones de conducta nuevos para alcanzar objetivos específicos, es decir con orientación hacia el futuro[18].

La teoría de la autorregulación por sí misma brinda un acercamiento psicológico a la problemática de las conductas de riesgo, sin embargo este modelo requiere de un compromiso total de los sujetos por estar centrado totalmente en su capacidad para corregir sus patrones de conducta.

Bandura trabajó ampliamente sobre la modificación de conductas, partió de visiones conductistas para construir la teoría del aprendizaje social que se mantiene como una de las principales teorías cognitivas al ser un modelo dinámico que señala que la conducta humana debe ser entendida y descrita en términos de ciertos elementos básicos[35]:

- El *determinismo recíproco;* la interacción que se da entre tres elementos fundamentales: cognición (conocimientos, expectativas, actitudes), conducta (habilidades, práctica, autoeficacia) y ambiente (normas sociales, influencia de otros).

- El *aprendizaje observacional* donde a través de ver la conducta de los demás y las consecuencias de las mismas, se adquieren las propias.

- Derivado del anterior se da el *refuerzo indirecto* que implica la toma de conciencia en función de las consecuencias que el otro obtuvo.

- La *imitación de modelos* que requiere que las personas muestren a los jóvenes de manera clara cómo realizar una conducta.

- El *refuerzo externo* está en función de las consecuencias externas de la conducta, el refuerzo que la sociedad le da.

- El *refuerzo interno* se refiere a la propia experiencia del valor de un acto o conducta.

- La *expectativa acerca del resultado* señala que antes de realizar una conducta, la persona hace un análisis del contexto y la forma en que podría llevarse a cabo haciendo un pronóstico del resultado de su comportamiento por lo que antes de la conducta hay una *expectativa de resultado*. Esta anticipación prepara para la ansiedad y el manejo de situaciones esperadas, el desarrollo de esta habilidad en los

jóvenes, es fundamental para que en lugar de guiarse por impulsos tomen decisiones más conscientes.

- La *valoración de los resultados* es el valor que las personas dan a las consecuencias de la conducta y los incentivos para su desempeño.

- La *competencia conductual* entendida como la capacidad de llevar acabo alguna conducta.

- La *autoeficacia* desempeña el papel más importante, es entendida como "*la confianza que una persona tiene en su habilidad para el desempeño de una actividad*" y se construye a través de la repetición de una tarea única, considerando que un patrón de conducta complejo está conformado por varias tareas únicas y en la medida en que se van logrando estas tareas, aumenta la confianza y las expectativas de éxito. La percepción de la autoeficacia da valor al esfuerzo y perseverancia y estimula la continuidad.

- El *autocontrol del desempeño* es la cúspide del cambio de conducta, donde la persona adopta una conducta autorregulada en función de metas autodefinidas.

Como se mencionó anteriormente, en el proceso de autorregulación hay tres subfunciones que son clave, en primer término la *autoobservación* parte de la premisa de que la persona que no está atenta a sus comportamientos no está en condiciones de corregirlos, se enfoca en la observación de sí mismo para identificar conductas, pensamientos, creencias y percepciones, el conocimiento de conductas problemáticas es clave en el proceso de cambio[36].

La subfunción de *autoevaluación* implica una valoración personal de las conductas contra un estándar ideal o metas planteadas, depende directamente de qué tan importante resulta para la persona alcanzar sus objetivos, de esta manera puede determinar qué conductas pueden continuar, cuáles deben erradicarse, las que deben desaparecer y las que deben adquirirse[36].

Finalmente la *autorreacción* implica los mecanismos para incentivarse respondiendo a la propia conducta priorizando los comportamientos que evocan resultados positivos, sobre aquellos que provocan autocensura, emplea estrategias motivacionales para que en la medida que se alcanzan las metas se tengan estímulos para continuar avanzando[36].

Bandura amplió sus postulados incorporando una visión de la persona como capaz de tener el control de su vida con algunos rasgos esenciales que son la clave del proceso de autorregulación identificadas como fases sobre las cuales el sujeto va construyendo el cambio o regulando sus conductas[37]:

- *Predeterminación*. En esta parte el sujeto establece metas por sí mismo para las cuales anticipa el futuro.
- *Intencionalidad*. Se desarrolla un plan de acción para el logro de una meta, con una claridad del fin último que se busca.
- *Autorreacción*. Se establecen líneas de acción, y también establece los mecanismos para regular su actuación, así como automotivarse y autocensurarse.
- *Autorreflexión*. Donde todas las fases anteriores se conjugan para evaluar sus valores, sus actos y el sentido de su vida.

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

La situación de la obesidad y exceso de peso afecta a la población mundial y cada vez es más frecuente a menor edad.

En Chile, los estudiantes con obesidad y sobrepeso no llevan una alimentación adecuada, ya que su consumo de frutas y verduras es muy bajo, en 2009, la Universidad del Bio-Bio llevó a cabo una investigación donde se trabajó con 955 estudiantes para establecer una línea base para el diseño de estrategias de intervención efectivas, realizaron un análisis descriptivo sobre el estado nutricional asociado al consumo de frutas y verduras, encontraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 48.2% en hombres y 25.5% en las mujeres y sólo el 3.1% de los hombres y 7.3% de las mujeres consumían las porciones diarias recomendadas de frutas y verduras[38].

El consumo de comidas poco saludables ha sido asociado a una baja capacidad de autorregulación y baja percepción de autoeficacia, tal es el caso de Lugli-Rivero y Vivas que en 1997 llevaron a cabo un estudios transversal en Venezuela para explorar el control personal de la conducta en 87 mujeres, 21 con trastornos alimentarios subclínicos, 33 en riesgo y 33 normales, encontrando que las personas con trastornos alimentarios presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, menor sentimiento de eficacia personal para autorregular la conducta y mayor creencia en el control de otros sobre sus actos y consecuencias, concluyendo que la variable *control personal de la conducta* funciona

como factor protector cuando es elevada o de riesgo cuando es baja, en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria[39].

Otro estudio realizado en Chile en 2005, encontró que las mujeres con sobrepeso y obesidad presentan una baja autoeficacia, especialmente en lo que respecta a hábitos de ejercicio. Estos bajos niveles se asociaron también a un mayor conflicto para la toma de decisión de cambiar hábitos para bajar de peso[40].

La planificación, la percepción de autoeficacia y la capacidad de autorregulación se identificaron como factores fundamentales en la medición entre la intención de realizar actividad física y su posterior puesta en marcha en sujetos con problemas cardiacos[41].Lo anterior sugiere la necesidad de llevar a cabo intervenciones para elevar estos indicadores cuando se trata de disminuir el peso.

En México se han encontrado altas prevalencias de obesidad y sobrepeso en estudiantes universitarios, un estudio transversal realizado en el 2009 sobre estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios en Tlaxcala, que evaluó los riesgos para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados, violencia de pareja y enfermedades ocupacionales, encontró una prevalencia de sobrepeso del 23% y de obesidad del 6% asociadas a conductas de riesgos para perder peso[42]. El 63% no realizaba ninguna actividad física, 20.1 % reportó fumar cotidianamente y 22.6% reportó consumir frecuentemente bebidas alcohólicas. En cuanto a la sexualidad el 17% refirió consumir alcohol y/o drogas al tiempo de tener relaciones sexuales, el 4% de las mujeres se embarazó durante el periodo de estudios y el 12% reportó haber sufrido algún tipo de violencia perpetrada por su pareja[42].

De igual manera, los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006) reportaron una prevalencia de sobrepeso en el 39% de la población adulta y 30% de obesidad en la misma; y son las mujeres del grupo de 20 años y más, las que presentan una mayor prevalencia (71.9%). Las evidencias obtenidas mediante esta encuesta señalan que existe una epidemia de ambos padecimientos en casi todos los grupos de edad y en lo que respecta a las conductas alimentarias, el 18.3% de los jóvenes les preocupó subir de peso, consumir demasiados alimentos o perder el control para comer[43].

En Xalapa, Veracruz se ha encontrado una alta prevalencia de obesidad y de sobrepeso en estudiantes de nivel primaria y secundaria, asociada a su vez al consumo de alimentos altamente calóricos y con bajo aporte nutricio[44]. En el año 2002, se llevó a cabo un estudio descriptivo con adolescentes entre 11 y 15 años de cuatro diferentes escuelas secundarias, a los participantes se les realizó la antropometría y se les aplicó un cuestionario relacionado con hábitos de alimentación y factores psico-ambientales asociados a conductas alimentarias[44]. Los resultados muestran que el 20.73% de los estudiantes presentó alto peso y sus comportamientos y preferencias en torno a la alimentación fueron los siguientes: sólo el 83.72% desayuna antes de ir a la escuela incluyendo en el mismo alimentos poco saludables; el 25% refrescos, el 16% frituras y el 8% pastelillos; el 82% de los adolescentes comen durante el recreo y de ellos el 74% lo compran en la escuela, predominando las tortas, hot-dog y antojitos, para la comida consumen con mayor frecuencia carbohidratos como las pastas, además únicamente el 72.10% realiza cena[44].

En México, algunas Universidades han ido incorporando como parte de sus programas, medidas de prevención y atención a sus estudiantes con condiciones de salud poco favorables. En el año 2007 Torres y colaboradores llevaron a cabo una investigación documental retrospectiva que consistió en recopilar información oral y escrita acerca de cómo la Universidad Veracruzana ha realizado acciones desde el año de 1990 con la finalidad de incorporarse al marco de la promoción de la salud a través de la integración de los principios básicos que constituyen la universidad saludable. Una de las primeras acciones de la Universidad Veracruzana fue la implementación de un examen de salud que se realizaba a los estudiantes de nuevo ingreso a las licenciaturas del área de ciencias de la salud de la región Veracruz; un año más tarde el examen de salud se hizo obligatorio para todos los estudiantes de nuevo ingreso de la UV. En esa misma región, en donde el primer obstáculo encontrado fue la baja respuesta de los mismos, al solo haberse presentado el 63.2% de la población estudiantil convocada y posteriormente, al hacerse un análisis global de los resultados recogidos, se encontró que los jóvenes se exponían a múltiples factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades graves[45].

En 1992 el Consejo General Universitario asentó la obligatoriedad de la realización del examen de salud para todos los alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana en las cinco regiones que la integran[45]. Desde ese año hasta el año 1996 dicho examen se fue fortaleciendo y se convirtió en lo que hoy se conoce como Examen de Salud Integral (ESI)

que evalúa alrededor de 1,000 variables[45]. Paralelo a la implementación del examen, se entregaron constancias de resultados y recomendaciones para la mejora de sus condiciones y superar los problemas presentes[45]. En 1993 se realizó la implementación de cursos y experiencias educativas relativas al cuidado de la salud[45]. En 2006 la Universidad Veracruzana y el Instituto Mexicano del Seguro Social realizaron un convenio que consistió en buscar la aplicación de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) en los estudiantes universitarios[45.]

En la Universidad Veracruzana se ha identificado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. Los resultados que arrojó el ESI en los años 2006, 2007 y 2008 respecto a los estudiantes que ingresaron a la Universidad Veracruzana en la región Xalapa son muy similares, para el 2006 indican que el 20.4% presentaba sobrepeso, el 6.2% obesidad y el 0.6% obesidad severa, en el 2007 el 20.7% tenía sobrepeso, el 7.2% obesidad y el 0.4 obesidad severa y para el 2008 el 20.2% con sobrepeso, el 7.0% con obesidad y el 0.9% con obesidad severa[46].

Además de las condiciones de exceso de peso, un alto número de alumnos tienen conductas alimentarias de riesgo, en la región Xalapa en el periodo comprendido de septiembre de 2008 a julio de 2009, se encontró que el 10.19% de los 1,142 encuestados realizaban prácticas de riesgo, en donde mujeres y hombres presentaron una prevalencia de 13.53% y 6.10% respectivamente. Las conductas de riesgo que más prevalecen son las restricción alimentaria con el 57.23%, el atracón con 38.33% y las compensatorias con el 4.43%[47].

Además de los resultados en cuanto a prevalencias de obesidad y sobrepeso en distintas poblaciones, existe evidencia de la aplicación de teorías psicológicas de manera exitosa con jóvenes para el abordaje de patrones de conducta en consumo de tabaco, alcohol y delincuencia.

En Holanda, se realizó un estudio longitudinal de tres mediciones con intervalos de seis meses, participaron 1,012 adolescentes de primer año de secundaria, encontraron en la muestra total que los altos niveles de autorregulación disminuyen el comportamiento agresivo y delictivo. Sin embargo en el caso de los hombres, pruebas preliminares mostraban un efecto recíproco entre autocontrol y delincuencia[48].

En cuanto a los programas de regulación conductual para el control del peso, aunque en México la evidencia es limitada, en otros países se han encontrado resultados favorables, aunque es importante señalar que estas intervenciones fueron a nivel individual y no hay evidencia documentada de trabajo en grupo. Dennis y Goldberg llevaron a cabo un estudio en Baltimore, con 54 mujeres obesas que participaron durante nueve meses en un programa alimenticio y conductual para la pérdida de peso en función de su percepción de autoeficacia, fueron divididas en dos categorías: *confiadas* (n=28) e *inseguras* (n=26). Las primeras mostraron mayor autoestima y menor depresión que las últimas. Las mujeres *inseguras* de su autoeficacia que posterior al tratamiento se movieron al grupo de *confiadas* de su autoeficacia perdieron dos veces más pesos y mejoraron su autoestima en relación con que quienes se mantuvieron en el grupo de inseguras[49].

De igual manera, una investigación llevada a cabo en Minnesota en el 2004, mostró que estados emocionales negativos son predictivos de resultados pobres en mujeres con obesidad. Especialmente resultados bajos en percepción de autoeficacia para controlar el peso, pronostican un limitado alcance de metas de disminución. En general los hombres presentaron calificaciones más altas en autoeficacia y menor influencia de los estados emocionales en la pérdida de peso. El estado emocional influyó más en los resultados durante el tratamiento que en el periodo de seguimiento[50].

Otra investigación realizada en 1995 con 22 mujeres que participaron en un programa de autorregulación durante cinco semanas, mostró que las mujeres con menores recursos de aprendizaje tenían mayor probabilidad de abandonar el programa. En el periodo de seguimiento cuatro semanas después, las mujeres con bajos recursos recuperaron el peso perdido, mientras que quienes tenían mayores recursos de aprendizaje se mantuvieron disminuyendo peso[51].

En cuanto a intervenciones trabajando con aspectos de modificación de conducta, Foreyt y Goodrick lograron una pérdida media de 9.9 kg tras 18 semanas de tratamiento, el 66% de los participantes mantuvieron esta pérdida de peso durante 52 semanas de seguimiento[52]. Los periodos de seguimiento generalmente son limitados, van desde cuatro hasta 52 semanas, debido al alto costo que implica un seguimiento por lapsos mayores y la dificultad que representa la permanencia de los sujetos.

En Georgia en el 2010, se llevó a cabo una investigación en sujetos con obesidad severa, los cuales participaron en un tratamiento de 24 semanas que incorporaba actividad física y orientación nutricional para la pérdida de peso basados

en la teoría de la autorregulación, se identifico que los cambios en la autorregulación mejoraban la autoeficacia y la pérdida de peso, logrando al final de las 24 semanas una media de disminución de IMC de 1.19 kg/m^2 [53].

Los programas de autorregulación han mostrado éxito tanto para la disminución como para el mantenimiento del bajo peso. Wing y colaboradores aplicaron un programa de autorregulación para el mantenimiento de bajo peso en personas que habían logrado perder una media de 19.3 kg de peso en los dos últimos años[54]. Compararon la eficacia del programa llevándolo a cabo vía internet contra la realización presencial[54]. De una muestra de 314 participantes seleccionados aleatoriamente, se organizaron 3 grupos; un grupo de control que únicamente recibió boletines mensuales (105), un grupo de trabajo cara a cara (105) y un grupo que recibió la intervención vía internet (104), estos dos últimos grupos recibieron la misma intervención, con la misma frecuencia de contacto y haciendo hincapié en la autorregulación y el control diario de peso durante un periodo de 18 meses[54]. Encontraron diferencias significativas en la ganancia de peso entre el grupo de control y el de intervención cara a cara (45.7%; diferencia absoluta, 27%, 95% CI, 14 a 39, P <0.001), así como con el de intervención vía internet (54.8%; diferencia absoluta, 18%, 95% CI, 5 a 30, p = 0.008)[54]. Concluyeron que el autocontrol aumentó en ambos grupos de intervención y se asoció con un menor riesgo de recuperación del peso especialmente cuando la intervención es presencial[54].

Wing y Hill consideran una pérdida de peso exitosa para la prevención de enfermedades no transmisibles en personas con obesidad cuando el individuo, de manera intencionada, ha perdido al menos el 10% de su peso y lo mantiene por al menos un año, además cuando se logra en este periodo aumentan las posibilidades de que se mantenga por intervalos más largos[55]. En Estados Unidos de América se llevó a cabo un estudio con adultos para determinar la prevalencia del mantenimiento del peso perdido[56]. Se encuestaron 500 personas encontrando que el 54% de los encuestados alguna vez en su vida habían tenido una pérdida de peso intencionada de al menos el 10%[56]. Entre el 47% y el 49% de estos sujetos habían mantenido la pérdida de peso por un año y entre el 25% y el 27% lo había logrado por cinco o más años, concluyendo que en esa población muchas personas logran perder peso y mantenerlo por plazos largos[56].

En programas conductuales estándares de pérdida de peso, los participantes con obesidad pierden entre el 7% y el 10% al final del tratamiento inicial y mantienen esa pérdida al año de seguimiento entre el 5% y 6%[57].

En el 2005 Alvarado, Guzmán y González llevaron a cabo en Monterrey una intervención con un grupo de control de peso formado por 13 personas pero únicamente 10 fueron constantes y en consecuencia incluidas en la investigación[58]. Se llevó a cabo en un periodo de tres meses con una sesión por semana, tres de esas sesiones fueron trabajadas en el área psicológica y las otras nueve con nutrición, se buscaba indagar si las personas que reciben además del manejo nutricio un manejo psicológico, pierden más peso que las que no[58]. El muestreo fue por conveniencia y se usó como grupo control a 24 pacientes que participaron en el grupo de control de peso anterior a esta intervención y a los que únicamente se les abordó desde el punto de vista nutricional[58]. Encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de estudio en la reducción del peso, concluyendo que las técnicas cognitivo-conductuales contribuyen a una reducción mayor del peso[58].

En el año 2007 se llevó a cabo una intervención con jóvenes estudiantes de la Universidad Veracruzana región Xalapa titulada "Congruencia formativa en estudiantes de la licenciatura en nutrición", encontrando que un número importante del alumnado de este programa de licenciatura no practicaba ningún tipo de actividad física, tenían malos hábitos alimenticios y padecían sobrepeso o algún grado de obesidad[59]. Se realizó una campaña publicitaria con el nombre de "nutriólogo ponte la camiseta" que hacia una invitación abierta al alumnado en general a participar en este programa de intervención y se logró una participación de 124 estudiantes que correspondía al 30% del total de la matricula; la evaluación del estado nutricio de los sujetos mediante el índice de masa corporal (IMC) mostró que el *37% de los alumnos padecía algún grado de obesidad y que las mujeres registraban los porcentajes más altos*[59]. El 14.5% de los entrevistados consideró que a veces practicaba un estilo de vida saludable y el 12.1% respondió que no consideraba practicar un estilo de vida saludable[59].

En el semestre febrero-agosto 2010, la Universidad Veracruzana ofertó a los estudiantes de licenciatura tres experiencias educativas (EE) del AFEL por parte de distintas entidades con respecto a los problemas de exceso de peso; *Alimentación y nutrición*, *Dieta y control de peso* y *El control del exceso de peso*[60].

La EE "*Alimentación y nutrición*", fue desarrollada por el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana en

el 2003, tiene como objetivo que el alumno "*consuma productos alimenticios sanos con el uso de información nutricional, realizando un adecuado manejo del plato del bien comer para favorecer su estado de salud*", esta EE, se enfoca al elemento teórico brindando información sobre la alimentación adecuada, sin embargo, no se han medido sus resultados y en consecuencia se desconoce su impacto[61].

Por su parte, "El control del exceso de peso", se creó en el Instituto de Psicología y Educación en el año 2003, con dos objetivos generales "*1. El estudiante será capaz de identificar, prevenir y en su caso corregir hábitos alimenticios que repercutan en su salud física, emocional y social, 2. El estudiante podrá integrar la actividad física y emocional así como para eliminar el exceso de peso, manteniendo una condición física saludable*". Desde una perspectiva psicológica se busca integrar elementos nutricionales y de actividad física para la disminución del exceso de peso, sin embargo, no se han publicado resultados al respecto[61].

Finalmente, la EE "*Dieta y control de peso*", fue desarrollada en el 2004 por el Centro de Estudios y Servicios en Salud, con el objetivo siguiente: "*en un ambiente de cordialidad y respeto a la diversidad de opiniones el alumno construye un régimen alimentario a través del análisis de la dieta correcta y las implicaciones en la salud del bajo peso y la obesidad*", esta EE incluye los extremos de los problemas asociados con el peso (bajo y exceso), basado de igual manera en un abordaje teórico y del cual tampoco se han publicado resultados obtenidos[61].

Las investigaciones realizadas en distintos países y con distintas poblaciones que incluían intervenciones de tipo clínicas realizadas desde la teoría de la autorregulación han dado resultados prometedores, sin embargo no hay evidencia de estrategias de intervención desde la perspectiva de la salud pública que integren el trabajo en grupo. Por lo anterior, resulta interesante el llevar a cabo investigaciones con una visión de salud pública donde la teoría de la autorregulación sea una estrategia de intervención masiva.

MARCO CONTEXTUAL

La Universidad Veracruzana entró en funciones el día 11 de septiembre de 1944. En sus inicios integró algunas de las escuelas oficiales de educación superior, actualmente es considerada como la principal institución de educación superior en el estado de Veracruz[62]. Su oferta educativa está integrada por 150 programas de licenciatura, 65 programas de posgrado, 11 programas técnicos superiores universitarios, distribuidos en seis áreas académicas: Técnica, Económico-Administrativa, Ciencias de la Salud, Ciencias Biológicas-Agropecuarias, Humanidades y Artes[62].

Además de lo anterior, la Universidad Veracruzana ofrece alternativas educativas a una sección de la población que no necesariamente estén inscritos en alguno de dichos programas, se calcula que alrededor de 13,454 estudiantes participan a través de Talleres Libres de Arte, Centros de Idiomas, de Autoacceso, de Iniciación Musical Infantil, Departamento de Lenguas Extranjeras, Escuela para Estudiantes Extranjeros y Educación Continua[62.]

Actualmente está integrada por 5 regiones Xalapa, Veracruz, Poza Rica, Córdoba-Orizaba y Coatzacoalcos-Minatitlán, que incluyen 27 municipios distribuidos a lo largo del estado de Veracruz, en estos campus, la institución mantiene su compromiso de diversificar su oferta académica con la intención de llevar los beneficios de la educación y la cultura a los diversos sectores de la sociedad[62.]

La investigación ha ido cobrando importancia a lo largo de la historia de la Universidad Veracruzana y en la actualidad es impulsada a través de 24 institutos, siete centros, dos laboratorios de alta tecnología, el Museo de Antropología y en diversas facultades a través del desempeño de sus docentes[62.]

La Universidad Veracruzana atendiendo el carácter humanista y en congruencia con la búsqueda del desarrollo social por la que se ha caracterizado, crea en el año 2005 la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI), en la cual la oferta educativa es extendida en cuatro sedes en zonas rurales e indígenas con un alto índice de marginación[62.]

La plantilla de trabajadores está conformada por 6,013 académicos y 4,609 trabajadores administrativos y directivos. En lo que respecta a la matricula de alumnos se sabe que actualmente más de 53,000 estudiantes se encuentran inscritos en alguno de los diferentes programas de la oferta académica oficial que ofrece la institución a nivel superior y de posgrado[62.]

La Universidad Veracruzana hacia un Nuevo Modelo Educativo

El desarrollo de la educación en el país y el mundo entero se caracteriza principalmente por una demanda creciente por parte de la sociedad para alcanzar una mayor racionalidad y flexibilidad en un sistema de educación de calidad, acorde a las necesidades sociales y con mayor eficiencia por parte de las instituciones educativas[63].

Parte importante del constante crecimiento que ha transformado a la Universidad Veracruzana, ha sido impulsado por el interés de todos los actores que han formado y forman parte de ella, y por su interés en que forme profesionistas capaces de insertarse en el medio laboral emitiendo respuestas oportunas acordes al desarrollo no sólo de sus potencialidades personales, sino también acordes y útiles para la comunidad en la cual están insertos. Estos mismos intereses crean desde el año de 1997 la necesidad de revisar el Plan de Desarrollo de la Universidad Veracruzana como tal, y además todo el modelo educativo con el cual se había planteado la educación de todas las generaciones formadas en las aulas universitarias, habiendo concluido, que las diferencias entre las generaciones pasadas y las generaciones venideras eran grandes dado que las condiciones de la vida y de las sociedades modernas se habían transformado, se decidió que el modelo educativo debía ser modificado[63].

Siendo el programa de trabajo 1998-2001, en donde la Universidad Veracruzana manifestó que su normatividad debía modificarse de manera que permitiera el establecimiento gradual de una estrategia de organización académica flexible basada en créditos académicos, con troncos comunes, con diversificación de experiencias de aprendizaje y de comunicación con otras áreas académicas, otras entidades universitarias del país e incluso del extranjero, promoviendo la movilidad estudiantil para el intercambio cultural y el fortalecimiento y enriquecimiento de las habilidades y destrezas del universitario[63].

En 1999 se norma y se publica el texto Nuevo Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF) para la Universidad Veracruzana, lineamientos para la licenciatura, como una propuesta oficial para iniciar la construcción de un modelo flexible que a la fecha ha sido adoptado por la mayoría de las facultades en todas las regiones. El MEIF se fundamentó en las demandas sociales e intersectoriales que emergieron producto de la globalización económica, social, cultural, política y de la competencia creciente primero en el ámbito educativo y posteriormente en el ámbito laboral de sus egresados[64].

El Modelo educativo Integral y Flexible tiene la distinción de basar el aprendizaje en el alumno, fomentando el actuar autodidacta del mismo, y al mismo tiempo promoviendo contenidos curriculares y estrategias innovadoras que permiten el desarrollo de las dimensiones humana, intelectual, social y profesional del estudiante; acercándolo a la posibilidad de controlar, según sus intereses, la conducción de su desempeño estudiantil, y su formación profesional confiriéndole autonomía al propiciar el carácter de flexibilidad en el programa, la cual se traduce en la posibilidad de desarrollar el plan curricular en más o menos tiempo (según las posibilidades del alumno), en la elección de experiencias Educativas (E.E., antes materias o tópicos) en otros espacios académicos y además permitiendo que el alumno decida cómo delinear el perfil específico de su interés para la formación[64].

En el año 2006 el 88% de los programas educativos de la Universidad Veracruzana habían implementado el MEIF, de manera que, de 132 programas educativos, 116 habían adoptado el Modelo para ese entonces. Desde 1999 hasta la fecha la adopción gradual del modelo ha permitido que la Universidad Veracruzana y sus actores, generen las mejores condiciones para el adecuado funcionamiento del MEIF[65].

Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF)

Dentro del documento normativo de la Universidad Veracruzana que enmarca los lineamientos para la adopción del Modelo Educativo Integral y Flexible en el nivel licenciatura quedó estipulado que el objetivo general del mismo "*es propiciar en los estudiantes de las diversas carreras que oferta la Universidad Veracruzana una formación integral y armónica: intelectual, humana, social y profesional*", al mismo tiempo enuncia también los objetivos específicos, de los cuales, el primero consiste en "*desarrollar en los estudiantes conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para lograr la apropiación y desarrollo de valores humanos, sociales, culturales, artísticos, institucionales y ambientales, un pensamiento lógico, crítico y creativo, así como el establecimiento de relaciones interpersonales y de grupo con tolerancia y respecto a la diversidad cultural*" y finalmente el segundo objetivo específico propone lograr "*Un óptimo desempeño*

fundado en conocimientos básicos e inclinación y aptitudes para la auto-formación permanente" [64], [66]. Enunciando estos objetivos el MEIF evidencia su compromiso con la comunidad universitaria, al sostener que al ser formados bajo este modelo, los egresados tendrán la capacidad de responder a las demandas de la sociedad y de la misma comunidad estudiantil al desarrollar la competitividad, el cambio continuo, el auto-aprendizaje, todo esto bajo la máxima optimización del tiempo de los estudiantes[64], [66].

En el mismo documento que presenta los lineamientos de aplicación del MEIF para la licenciatura se estipula que la forma tradicional de verticalización de la educación frena las capacidades del estudiante de ampliar su panorama educativo. Plantea para mejorar las condiciones de oferta académica cambios en la longitud y la clase de estudios a impartir en la educación inicial cuyo nombre técnico es "Áreas de formación", de esta manera, se diseña una reorganización curricular por áreas, lo que significa hacer una distribución de todos los contenidos de las asignaturas o materias que en el MEIF, reciben el nombre de experiencias educativas (E.E.)[64].

Las cuatro Áreas de formación son: el Área de Formación Básica que abarca entre 20 y 40 por ciento del total de los créditos, el Área de Formación Disciplinaria dentro de la cual se encuentran concentrados entre el 40 y el 60 por ciento, el Área de Formación Terminal que contiene alrededor del 10 y el 15 por ciento, y finalmente el Área de Elección Libre dentro de la cual se integran una gran cantidad de programas que abarcan múltiples disciplinas que suman entre el 5 y el 10 por ciento de la tira curricular total de cada programa académico[64], [66].

El área de Formación de Elección Libre (AFEL) centra sus objetivos en complementar el desarrollo integral del alumnado universitario. Incluye experiencias educativas de todas o de alguna de las otras áreas de formación de todos los programas académicos (disciplinas) que operen con el MEIF. La oferta de Experiencias Educativas en esta área está restringida para evitar la duplicidad de contenidos temáticos, para lo cual, el diseño de cualquiera de ellas se lleva a cabo en entidades educativas distintas a las facultades, como lo son los institutos, centros y otros espacios de formación y educación[64].

El Examen de Salud Integral (ESI)

A partir del año 2009, el ESI es coordinado por el Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario (CENATI-CENDHIU), quien reformó algunos procedimientos haciendo un proceso más ágil al incorporar una etapa virtual además de la presencial que ya se realizaba, en la primera el estudiante llena en línea sus datos generales y un cuestionario de antecedentes familiares, situación psicosocial, salud mental, características psicoeducativas, nutrición, salud reproductiva, actividad física y antecedentes personales patológicos, en el examen presencial el estudiante hace un recorrido por las áreas de medicina, enfermería, nutrición y odontología donde es valorado en cada uno de estos aspectos, y es a través del portal electrónico de la Universidad Veracruzana que los estudiantes tienen acceso a sus resultados y las recomendaciones emitidas por cada departamento[67].

Posterior a la entrega de los resultados, a la fecha no se ha estructurado algún mecanismo que permita dar seguimiento a las problemáticas identificadas y actuar en consecuencia de forma integral. De igual manera, pese a que el ESI arroja una riqueza incalculable sobre la situación de salud de los estudiantes de la Universidad Veracruzana, a la fecha esta información no ha sido difundida y en consecuencia no ha habido acciones que respondan de manera integral a las situaciones que a su ingreso presentan los jóvenes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes y jóvenes en los países de América Latina representan un fragmento poblacional creciente, alrededor del 30% de la población total de algunos de estos países. Existe suficiente evidencia de que a esta edad, los jóvenes no presentan grandes tasas de morbilidad y mortalidad en comparación con las de otros grupos etarios, no obstante se encuentran expuestos a la adopción de conductas de riesgo, que si se continúan pueden causar severos daños a la salud en la edad adulta[18].

Como se mencionó previamente, el Examen de Salud Integral (ESI) que se realiza a los estudiantes de la Universidad Veracruzana a su ingreso a la misma, ha detectado que alrededor del 20% presenta sobrepeso, el 7% obesidad y el 1% obesidad severa, estas dos últimas condiciones, son consideradas por la OMS como enfermedad y el sobrepeso como una condición pre-mórbida para muchas otras enfermedades crónicas. Estas condiciones afectan la esperanza y calidad de vida y disminuyen la productividad de las personas[68].

Pese a la información que el ESI ha arrojado, en la Universidad Veracruzana no se ha dado una respuesta organizada. Se han emprendido esfuerzos de manera aislada para combatir el exceso de peso en los estudiantes desde las facultades e institutos ya sea a través de programas internos o aprovechando el espacio que el MEIF a través de las experiencias educativas del Área de Formación de Elección Libre permite. Sin embargo, no hay evidencia publicada de los resultados e impacto que dichas intervenciones han tenido, tampoco se ha dado el seguimiento a estos esfuerzos, por lo que, a la fecha se desconoce, qué de lo que se hace realmente está generando un cambio favorable en el estado nutricio de los estudiantes.

JUSTIFICACIÓN

Las universidades son escenarios de formación técnica y profesional de los miembros de la comunidad y a través de diversas acciones intencionadas o no, refuerzan conductas o apoyan cambios en ellas[4]. Los problemas de exceso de peso que se han detectado en los estudiantes universitarios, exigen una respuesta que posibilite a estos jóvenes adquirir herramientas para el cuidado de su salud y controlar el problema y situación de riesgo en que se encuentran.

Uno de los mecanismos que emplea la Universidad Veracruzana (UV) para el abordaje de ciertas condiciones de riesgo en sus estudiantes dentro del Modelo Educativo Integral y Flexible, es la oferta de experiencias educativas del Área de Formación de Elección Libre donde se brinda a los estudiantes una amplia gama de cursos, seminarios y talleres en torno a temas de interés que tienen que ver con el desarrollo integral, incluyendo tópicos de salud. Esta estrategia tiene la ventaja de favorecer la continuidad y compromiso de los jóvenes con las actividades porque les brindan créditos necesarios para completar el plan de estudios. Es un espacio propicio para trabajar con los universitarios con alguna problemática identificada como es el caso del sobrepeso y obesidad.

El exceso de peso en los jóvenes es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas[69, 70], por lo que es imprescindible implementar estrategias que les brinden conocimientos para una adecuada alimentación, al tiempo que les posibiliten el desarrollo de habilidades de autorregulación de los hábitos de alimentación y de actividad física que mejoren su calidad de vida, haciendo uso de los espacios disponibles dentro de su universidad y considerando el cuidado de la salud como algo fundamental en la formación de los profesionistas.

Es importante que los jóvenes conozcan los elementos básicos de una dieta saludable y la importancia de la actividad física para controlar su peso. Sin embargo, el simple conocimiento no es suficiente para el cambio de conductas de riesgo por lo que es necesario un proceso vivencial en el que reflexionen, analicen y replanteen sus percepciones, creencias y pensamientos respecto a la alimentación y la actividad física, a través del entrenamiento en autorregulación que les permita fortalecer habilidades y herramientas para el cuidado de la salud, especialmente que dichos aprendizajes sean permanentes para que pese a la conclusión de la intervención ellos puedan continuar regulando sus hábitos de alimentación y de actividad física.

Por otra parte, el que haya una evidencia documentada y publicada de los resultados que a través de esta intervención se obtengan, permitirá que, de ser exitosa pueda ser replicada y tenga continuidad dentro de la Universidad Veracruzana favoreciendo no sólo a quienes cursen esta experiencia educativa sino al resto de los estudiantes con esta problemática y a futuras generaciones de estudiantes. Cobra especial importancia también el que se tendrá un programa académico registrado y aprobado por el AFEL y evaluado en sus resultados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La participación en una experiencia educativa sobre autorregulación de los hábitos alimentarios y de actividad física ¿Genera un cambio en el estado nutricio de estudiantes universitarios con exceso de peso?

OBJETIVOS

objetivo general

Determinar la efectividad de una experiencia educativa para generar cambios en la capacidad de autorregulación y en el estado nutricio de estudiantes universitarios con exceso de peso.

Objetivos Específicos

- Diseñar e incorporar una experiencia educativa para la disminución del exceso de peso a través de la autorregulación.
- Describir las características del grupo de estudio.

- Determinar el estado nutricio de los sujetos previo a su participación en la experiencia educativa.
- Determinar la capacidad de autorregulación de los hábitos de alimentación y de actividad física de los sujetos, previo a su participación en la experiencia educativa.
- Determinar la percepción de autoeficacia para el control del peso de los sujetos, previo a su participación en la experiencia educativa.
- Determinar el estado nutricio de los sujetos posterior a su participación en la experiencia educativa.
- Determinar la capacidad de autorregulación de los hábitos alimentarios y de la actividad física de los sujetos, posterior a su participación en la experiencia educativa.
- Determinar la percepción de autoeficacia para el control del peso de los sujetos, posterior a su participación en la experiencia educativa.
- Identificar los cambios en el estado nutricio de los sujetos.
- Identificar los cambios en la capacidad de autorregulación de los sujetos.
- Identificar los cambios en la percepción de autoeficacia para el control del peso de los sujetos.
- Verificar, 10 semanas posteriores a la intervención sí los sujetos mantienen los cambios logrados en el estado nutricio y la capacidad de autorregulación.
- Comparar los resultados del grupo experimental con los del grupo control

METODOLOGÍA

Diseño

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño cuasiexperimental, ya que, busca controlar al menos una de las variables independientes para evaluar la relación y el efecto que producen sobre una o más variables dependientes. La característica que marca una clara diferencia con los estudios experimentales es que la asignación de la exposición no se dio al azar[71].

Se trabajará con un grupo experimental y un grupo control, el primero se conformará con los estudiantes inscritos en la experiencia educativa "Control del exceso de peso a través de la autorregulación" que cumplan con los criterios de inclusión.

El grupo de control se integrará con estudiantes identificados en el Examen de Salud Integral que fueron identificados con exceso de peso a su ingreso a la Universidad Veracruzana. Se convocarán a participar vía correo electrónico para realizar el diagnóstico de su estado nutricio.

Se realizarán tres mediciones en el tiempo; una previa a la intervención, otra posterior y la final 10 semanas después de la conclusión de la intervención para valorar su efecto en función de los cambios identificados tanto en el estado nutricio como en la capacidad de autorregulación a nivel individual y grupal.

La investigación será de tipo analítico, buscando una asociación entre la exposición a la experiencia educativa sobre orientación nutricional y autorregulación y una mejora en el estado nutricio y capacidad de autorregulación de hábitos alimenticios y de actividad física.

La primera medición permitirá establecer la línea base y verificar la equivalencia inicial de los grupos con respecto a las variables de interés, por otra parte, la segunda mostrará si el tratamiento experimental produjo un cambio sobre la variable dependiente y la medición de seguimiento permitirá valorar la permanencia de los cambios identificados.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio se conformará por los estudiantes del nivel licenciatura de la región Xalapa de la Universidad Veracruzana para los semestres agosto – diciembre 2010 y enero – junio 2011 que presenten obesidad o sobrepeso. Se cuenta con un padrón de 3,731 estudiantes que entre los años de 2006 y 2009 se practicaron el Examen de Salud Integral y fueron identificados con esta característica, este padrón será la base para conformar el grupo control.

El grupo experimental lo integrarán los inscritos en la experiencia educativa "Disminución de exceso de peso a través de la autorregulación", quienes obtendrán 4 créditos del Área de Formación de Elección Libre por cursar esta experiencia educativa. Tanto el grupo experimental como el control procederán de distintas Áreas Académicas de la Universidad Veracruzana.

Por las características del estudio, el tamaño de grupo experimental se determinará en función del número de estudiantes que se inscribían a la experiencia educativa y cumplan con los criterios de inclusión.

El grupo control se conformará libremente con estudiantes registrados en la base de datos y que respondan a la convocatoria para participar y conocer su estado nutricio[72]. Cabe mencionar que la invitación se enviará a todos los integrantes de esta base de datos a través de correo electrónico a la dirección que se tiene registrada en su expediente electrónico en la Universidad Veracruzana.

La intervención se llevará cabo durante 10 sesiones semanales de tres horas cada una, en el semestre agosto - diciembre 2010 y enero – junio 2011, la tercera medición se realizará 10 semanas posteriores a la conclusión de la intervención.

Criterios del grupo experimental

Inclusión:

- Estar inscrito en la experiencia educativa "Disminución del exceso de peso a través de la autorregulación".
- De acuerdo a su índice de masa corporal presentar sobrepeso u obesidad al inicio de la experiencia educativa.

Exclusión:

- Los sujetos que se inscriban a la experiencia educativa pero no presenten la característica de exceso de peso.
- Que estén bajo tratamiento médico o dietético que afecte su capacidad para perder peso.
- Mujeres embarazadas.

Eliminación:

- Aquellos sujetos que no hayan completado alguna de las mediciones inicial, final o de seguimiento.
- Que presente algún padecimiento que limite su capacidad para perder peso.
- Que asistan a menos del 70% de las sesiones de trabajo.
- Que hayan iniciado tratamiento médico o dietético no derivado de las recomendaciones del curso.
- Mujeres que durante el periodo de estudio se embaracen.

Criterios del grupo control

Inclusión:

- Ser estudiante adscrito a la Universidad Veracruzana.
- De acuerdo a su índice de masa corporal presentar sobrepeso u obesidad al inicio de la experiencia educativa.

Exclusión:

- Que no acepten participar en el estudio.
- Que estén bajo tratamiento médico o dietético que afecte su capacidad para perder peso.
- Mujeres embarazadas.

Eliminación

- Aquellos sujetos que no hayan completado alguna de las mediciones inicial, final o de seguimiento.
- Que presente algún padecimiento que limite su capacidad para perder peso.
- Mujeres que durante el periodo de estudio se embaracen.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables dependientes con las que se trabajará en este estudio son el peso, el índice de masa corporal y el índice de cintura/cadera y las principales variables independientes son la autorregulación de hábitos alimentarios, la autorregulación de la actividad física, la percepción de autoeficacia para el control de los hábitos alimentarios y la percepción de autoeficacia para el control de los hábitos de actividad física (Tabla 2).

Tabla 2. Definición de variables dependientes e independientes y sus dimensiones. Universidad Veracruzana, 2010

Variable	**Definición Conceptual**	**Dimensiones**	**Definición Operacional**	**Escala de medición**
Edad	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de inicio a participar en el estudio.		Edad, proporcionada por el entrevistado al momento de la primera medición.	**Discreta**
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.		Sexo declarado por el entrevistado	**Nominal**
Estado nutricio	Grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrimentos del individuo, refleja la relación entre la ingestión de alimentos y el estado general de salud del sujeto[73].	Peso	Se considerará peso real, a la cantidad de kilogramos que pese el sujeto al momento de la medición.	**Continua**
		IMC	Evaluación nutricional de acuerdo al peso y la estatura del individuo, utilizando la escala propuesta por la OMS para la interpretación del mismo[15]. **Talla normal:** Bajo peso = ≤18,49 Normal= 18.5-24.99 Sobrepeso= 25.00-29.99 Obesidad I= 30-34.99 Obesidad II=35-39.99 Obesidad III= ≥40 **Talla baja[12]:** (Mujeres ≤1.50 mts., Hombres ≤1.60 mts.) Bajo peso = ≤18,49 Normal= 18.5-22.99 Sobrepeso = 23.00-24.99 Obesidad = ≥25.00	**Continua** **Ordinal**
		Índice Cintura-Cadera (ICC)	Valor que resulte de aplicar la fórmula matemática de ICC, interpretado según los criterios que indican el tipo de distribución de grasa y el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. ICC = 0.71-0.85 normal para mujeres. ICC = 0.78-0.94 normal para hombres.	**Continua** Nominal
Autorregulación	Capacidad de la persona para motivarse y actuar con base en criterios internos y reacciones auto-evaluadoras de sus propios comportamientos, con la capacidad de auto-observación, autoevaluación y autorreacción.	Hábitos alimentarios	Puntaje obtenido en el Inventario de Autorregulación del Peso en los ítems correspondientes a hábitos alimentarios.	Discreta
		Hábitos de actividad física	Puntaje obtenido en el Inventario de Autorregulación del Peso en los ítems correspondientes a hábitos de actividad física.	Discreta
Autoeficacia	Confianza que una persona tiene en su habilidad para el desempeño de una actividad	Estilos de alimentación	Puntaje obtenido en el Inventario Autoeficacia Percibida para el Control del Peso en los ítems correspondientes a hábitos alimentarios.	Discreta
		Actividad física	Puntaje obtenido en el Inventario Autoeficacia Percibida para el Control del Peso en los ítems correspondientes a hábitos de actividad física.	Discreta

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Técnicas para la obtención de datos

Se utilizarán dos tipos de técnicas para la obtención de los datos, la primera es el registro de medidas antropométricas a través de la utilización de métodos directos con técnicas e instrumentos de medición estandarizados, esto para construir la variable dependiente "estado nutricio". La segunda técnica de obtención de datos se realizará mediante dos inventarios de tipo auto aplicable, estos apoyarán la obtención de la variable "autorregulación" y "autoeficacia". Las características de ambas técnicas se describen a continuación.

Recopilación de las medidas antropométricas

Se realizará mediante el llenado de la cédula antropométrica de cada sujeto, cuyos datos serán recopilados en tres momentos, pre y post intervención y en el seguimiento. La cédula antropométrica está constituida por dos apartados: el primero de ellos es la ficha de identificación del individuo, que contiene el nombre completo, la edad y el sexo. El segundo apartado corresponde a los espacios para incluir el peso actual expresado en kilogramos, la estatura en metros y la circunferencia de cintura y cadera, ambas en centímetros. También incluye información sobre la práctica de ejercicio, el padecimiento de enfermedades y dietas para disminución de peso.

Medición de peso

Se utilizará una báscula de precisión 0.1 kilogramos calibrada previamente, con capacidad de 160 kilogramos. La báscula se colocará en una superficie firme, plana y horizontal. El sujeto subirá al centro de la báscula con el mínimo de ropa posible, descalzo, con evacuación de vejiga, y de espalda a la viga de medición, verificando que la postura sea correcta: cabeza erguida y vista al frente colocada en el plano de Frankfort, espalda recta con hombros relajados, brazos a los costados y holgados, los pies con talones juntos y puntas separadas, las piernas estiradas y rodillas juntas. El medidor colocado frente a la báscula, registrará de manera inmediata el peso en la cédula antropométrica correspondiente[74-76].

Medición de la talla (estatura)

Se utilizará un estadímetro o antropómetro de precisión, el medidor verificará la postura adecuada del sujeto antes de proceder al registro de la información. Los sujetos serán medidos descalzos y sin adornos en la cabeza, con los talones juntos y las puntas de los pies separadas, la región occipital, la espalda, los glúteos y los talones haciendo contacto con el plano vertical del estadímetro formando un ángulo de 45º, el medidor ejercerá una leve presión con la mano sobre el maxilar del sujeto y con la barra del estadímetro sobre el vértex del mismo, presionando levemente el cabello, se verificará que la posición de la cabeza y la vista se ubiquen en el plano de Frankfort.

Medición de las circunferencias

Se utilizará una cinta graduada flexible e inextensible de fibra de vidrio. La medida obtenida se registrará en centímetros, tendiendo cuidado de evitar comprimir los tejidos de la zona abdominal y glútea (cadera) al realizar las mediciones[74-76].

La medición de la circunferencia de cintura se efectuará sobre el torso descubierto del sujeto quien estará de pie con las piernas extendidas, las rodillas juntas, las puntas de los pies separadas y los talones juntos, el medidor localizará el punto medio del borde costal (de la última costilla flotante) y la cresta iliaca, el sujeto deberá inspirar profundamente y después expirar de manera lenta, la medición se efectuará luego de esto, verificando que el abdomen se encuentre relajado[74-76].

La medición de la circunferencia de cadera se efectuará localizando el nivel de la sínfisis púbica y el punto más prominente de la región glútea, el sujeto se encontrará de pie con las piernas extendidas, las rodillas juntas, las puntas de los pies separadas y los talones juntos[74-76].

Descripción del inventario de autorregulación

Es un inventario auto aplicable, constituido por dos secciones, la primera de ellas corresponde a la ficha de identificación del sujeto que incluye nombre, edad y sexo. El segundo apartado contiene una serie de 29 ítems que permiten identificar la variable independiente "autorregulación" en dos dimensiones "autorregulación de hábitos alimentarios" (16 ítems) y "autorregulación de la actividad física" (13 ítems)[77].

El instrumento en escala tipo likert denominado "Inventario de autorregulación del peso", fue diseñado y validado por Lugli y Cols., en el año 2009 para medir algunas variables de control personal que son pieza clave en la modificación de estilos de vida. Los 29 ítems contenidos en el cuestionario permiten evaluar la capacidad de autorregulación que posee un individuo para controlar su peso[77]. 16 ítems están destinados a la autorregulación de los hábitos alimentarios y 13 más a la autorregulación de los hábitos de actividad física. Los resultados obtenidos del reporte de cada individuo permiten conocer las capacidades que poseen para autorregular sus hábitos[77].

Inicialmente se administró un pool de 134 ítems a 100 estudiantes universitarios de Caracas, Venezuela, estos ítems fueron construidos a través de una "*revisión bibliográfica exhaustiva de la teoría de autorregulación de Bandura y los modelos explicativos de la obesidad resumidos por Saldaña y Rossell y Saldaña*", en un segundo análisis se aplicó a 116 estudiantes, la versión final de 29 ítems se aplicó a 235 estudiantes, en las tres aplicaciones se incluyó a una proporción similar de hombres y mujeres[77].

Para valorar la validez de contenido, participaron cuatro expertos: dos psicólogos cognitivo-conductuales y dos psicólogos clínicos especialistas en obesidad evaluando la formulación teórica y la coherencia de los ítems[77].

Se determinó un formato de respuesta de tipo likert con cuatro alternativas de respuesta "nunca", "pocas veces", "muchas veces" y "siempre"[77].

De los 134 ítems originales, se eligieron aquellos que cumplían con dos criterios fundamentales: el primero es que fueran seleccionadas todas las alternativas de respuestas y tuviera una distribución de los datos cercana a la curva normal y el segundo es que mostraran una correlación mayor a 0.35 con el total de la prueba y con su factor teórico, quedando después de este análisis 56 ítems que cumplían con los criterios, después de un segundo análisis siguiendo los mismos pasos se llegó a 29 ítems finales que conforman el inventario, los cuales "*se sometieron a un análisis factorial usando el método de componentes principales con rotación varimax*"[77].

El análisis de fiabilidad de cada uno de los factores fue satisfactorio, mostrando homogeneidad de los ítems. Se realizó a través del coeficiente alpha de Cronbach obteniendo para "Autorregulación en hábitos alimentarios" 0.91, y para "Autorregulación de la actividad física" 0.93[77].

Descripción del inventario de autoeficacia

Inventario auto aplicable, constituido por dos secciones, la primera de ellas corresponde a la ficha de identificación del sujeto que incluye nombre, edad y sexo. El segundo apartado contiene una serie de 37 ítems que permiten identificar la variable independiente "autoeficacia"[32].

El instrumento en escala tipo likert denominado "Inventario de autoeficacia percibida para el control de peso" (AP-CP), fue diseñado y validado por Román, Díaz, Cárdenas y Lugli en el año 2007. Los 37 ítems contenidos en el cuestionario permiten evaluar la percepción de autoeficacia que posee un individuo para controlar su peso. 20 ítems corresponden a "Estilo de alimentación y externalidad" Factor 1), 9 ítems a "Actividad física programada" (Factor 2) y 8 más a "Actividad física cotidiana" (Factor 3)[32]. Los ítems relacionados con Actividad física programada y Actividad física cotidiana se manejan como aspectos de una sola dimensión, ya que de acuerdo a estudios anteriores resultan de igual forma benéficos para la pérdida de peso, quedando entonces el cuestionario con dos dimensiones "Estilo de alimentación" y "Actividad física"[32].

Los resultados obtenidos del reporte de cada individuo permiten conocer la percepción que sobre su autoeficacia tienen las personas en estas dos dimensiones[32].

Para la construcción de dicho instrumento se inició con una revisión bibliográfica sobre la teoría de autoeficacia y sobre modelos explicativos de la obesidad, la validez de contenido fue valorada por expertos en el tema dos psicólogos cognitivo-conductuales y dos psicólogos clínicos especialistas en obesidad, en un primer momento se hizo una encuesta de opinión a 20 estudiantes universitarios para recoger información y redactar con estos elementos 120 ítems iniciales, los ítems fueron evaluados por los expertos para ver si correspondían a las dimensiones de Hábitos alimenticios y Hábitos de actividad física, determinando un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos; "Incapaz de poder hacerlo", "Poco capaz de poder hacerlo" "Bastante capaz de poder hacerlo", "Seguro de poder hacerlo"[32]. Estos ítems fueron aplicados a una muestra intencional de 193 estudiantes universitarios con edades entre 18 y 25 años, se calcularon para cada ítem la frecuencia de respuestas, media, desviación típica y asimetría[32].

De los 120 ítems originales, se eligieron aquellos que cumplían con dos criterios fundamentales: el primero es que fueran seleccionadas todas las alternativas de respuestas y tuviera una distribución de los datos cercana a la curva normal y el segundo es que mostraran una correlación mayor a 0.35 con el total de la prueba y con su factor teórico, quedando 37 ítems que fueron aplicados a 439 estudiantes de tres universidades de Caracas, Venezuela, los cuales "*fueron sometidos a un análisis factorial usando el método de componentes principales con rotación varimax*"[32].

El análisis de fiabilidad de cada uno de los factores fue satisfactorio, mostrando homogeneidad de los ítems. Se realizó a través del coeficiente alpha de Cronbach obteniendo para "Estilo de alimentación y externalidad" 0.88, para "Actividad física programada" 0.91 y para "Actividad física cotidiana" 0.88[32].

Recursos materiales

Para la realización de la investigación se utilizará una báscula de precisión con estadímetro con capacidad para 160 kilogramos de marca Bame, una cinta métrica de fibra de vidrio marca seca, así como 200 inventarios de autoeficacia, 200 inventarios de autorregulación, 200 cédulas antropométricas y 80 consentimientos informados.

Revisión ética

La Ley General de Salud, en su capítulo V sobre Investigación para la salud, señala las consideraciones que deben tenerse al investigar con seres humanos. El presente estudio, busca ampliar los conocimientos acerca del abordaje de los problemas de exceso de peso en jóvenes y adolescentes universitarios, sin exponerlos a daño[78]. Los procesos que se trabajaran y las estrategias a emplear no representan riesgo alguno, más bien, son estrategias de mejora a nivel conductual que repercuten de manera positiva en el estado nutricio y sus hábitos alimentarios y de actividad física.

La presente intervención se apega a lo que se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación[20]. Además en términos de la NOM-174-SSA1-1998, para manejo integral de la obesidad, se orientará a los sujetos sobre las instituciones de salud en donde se les brindan estos servicios, especialmente el Instituto Mexicano del Seguro Social al que son derechohabientes[79].

De acuerdo a lo que exige el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación atiende los aspectos éticos que garantizan el bienestar y la dignidad de las personas sujetas a investigación, siendo clasificada como sin riesgo para la población[80].

Es importante señalar que aunque los estudiantes se inscribieran a la experiencia educativa antes de conocer los fines de investigación de la misma, la participación será totalmente voluntaria, desde el primer contacto con los sujetos se les informará los fines y el método a seguir en la investigación teniendo la libertad de decidir participar o no en ella, quienes lo acepten firmarán el consentimiento escrito, para quienes no quisieran hacerlo se brindará la alternativa de darse de baja de la experiencia educativa o mantenerse en la misma pero sin participar en la investigación.

Para aquellos sujetos que deseen participar en la investigación y que no fue posible incluir por haber cubierto el cupo de inscripción establecido administrativamente, se quedará el programa en la oferta educativa y se conocerán los resultados obtenidos con el grupo experimental para que la experiencia pueda replicarse a todos los estudiantes de la Universidad Veracruzana que lo soliciten en caso de obtener los resultados esperados.

Las personas elegidas como grupo control recibirán el diagnóstico de estado nutricio y algunas recomendaciones generales para mejorar su alimentación y actividad física, una vez concluida la investigación, podrán participar en el momento que así lo decidan en la experiencia educativa que podrá ser replicada en cualquiera de las Facultades integradas al MEIF en todas las áreas académicas.

PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la obtención de los resultados deseados para el cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto de investigación, se codificarán las variables de estudio mediante la asignación de valores numéricos a las mismas.

Se creará una base de datos en el programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 17.0 para el análisis de la información que se obtenga en el grupo de estudio, tanto en la medición basal como

en la posterior a la intervención y la de seguimiento 10 semanas posteriores a la conclusión de la exposición.

Tabla 3. Pruebas estadísticas para el análisis de los datos

Variable	Propósito	Prueba
Peso IMC ICC Autorregulación Autoeficacia	Comparación entre el grupo control y el grupo experimental	T de Studet para muestras independientes.
Peso IMC ICC Autorregulación Autoeficacia	Comparación entre el antes y el después de la intervención	T de Student para muestras pareadas
Estado nutricio Riesgo según ICC	Comparación de grupos	Xi^2

El plan de análisis se realizará teniendo como base los objetivos programados, se utilizarán medidas de estadística descriptiva para las variables independientes de "sexo" y "edad", y medidas analíticas para establecer correlaciones entre la variable independiente "autorregulación", "autoeficacia" y la variable dependiente "estado nutricio".

A continuación se presenta la descripción del análisis que se realizará con la información obtenida:

Tabla 4. Estadística descriptiva de las variables

Variable	Indicador
Edad	Promedio de edad.
Sexo	Porcentaje de la población por sexo.
Autorregulación de los hábitos de alimentación	Promedio de autorregulación de los hábitos de alimentación del grupo pre y post intervención y en el seguimiento.
Autorregulación de los hábitos de actividad física	Promedio de autorregulación de los hábitos de actividad física del grupo pre y post intervención y en el seguimiento.
Autoeficacia de los hábitos de alimentación	Promedio de autoeficacia de los hábitos de alimentación del grupo pre y post intervención y en el seguimiento.
Autoeficacia de los hábitos de actividad física	Promedio de autoeficacia de los hábitos de actividad física del grupo pre y post intervención y en el seguimiento.
Peso	Promedio del peso del grupo pre y post intervención y en el seguimiento.
IMC	Promedio de IMC pre y post intervención y en el seguimiento. Proporción pre y post intervención de sujetos con: Bajo peso Estado nutricio normal. Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III
ICC	Promedio de ICC pre y post intervención y en el seguimiento. Proporción pre y post intervención de: Mujeres con ICC con riesgo. Hombres con ICC con riesgo.

Se realizará un análisis para determinar la magnitud del cambio entre el pre y el post intervención, así como en el seguimiento y se compararán los resultados obtenidos en cada grupo. Derivado de lo anterior se realizarán medidas de asociación y de impacto:

- Riesgo Relativo
- Reducción de Riesgo Relativo
- Número Necesario de Pacientes a Tratar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. OPS Colombia, 2006. (Accessed Mar 24, 2010, at <http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf>.)

2. Municipios saludables y salud urbana. Organización Panamericana de la Salud, 2009. (Accessed Jun 15, 2010, at http://www.paho.org/spanish/ad/sde/espacios.htm.)

3. The Edmonton Charter for health promoting universities and institutions of higher education. 2005. (Accessed Dic 14, 2009, at http://www.virtualwellness.ualberta.ca/docs/VW/CharterHealthPromoting.pdf.)

4. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública 2008;24:139-46.

5. Del Huerto M. La extensión universitaria como vía para fortalecer los vínculos universidad-sociedad desde la promoción de la salud. Rev Cubana de Salud Pública 2007;33:10.

6. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex 2003;45:132-9.

7. Restrepo H. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable. 2a ed. Bogotá, D.C.: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2001:34-55.

8. Bello J. Calidad de vida, alimentos y salud humana. España: Díaz de Santos; 2005.

9. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: Un reto para la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

10. Obesidad. Organización Mundial de la Salud, 2010. (Accessed feb 16, 2010, at http://www.who.int/topics/obesity/es/)

11. Ziegler E, Filer L. Conocimientos actuales sobre nutrición: Organización Panamericana de la Salud; 1997.

12. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la obesidad. In. México D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1998.

13. Meléndez G. Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar. México: Médica Panamericana; 2008.

14. López J. Enseñanza dinámica sobre la nutrición y salud en la escuela y en el hogar. México, D.F.: Editorial Trillas; 1988.

15. Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud, 2010. (Accessed May 14, 2010, at http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html.)

16. Montalbán J. Índice cintura/cadera, obesidad y estimación del riesgo cardiovascular en el centro de salud de Málaga. Medicina de Familia (And) 2001;2:208-15.

17. Berdasco A, Romero J, Jiménez J. Valores del índice de cintura/cadera en población adulta de ciudad de La Habana. Rev Cubana Aliment Nutr 2002;16:42-7.

18. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. 1ra ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.

19. Moreno B, Charro A, Ballesteros J, Royo M. Nutrición actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). 1ra ed. Madrid, España: Médica Panamericana S.A.; 2007.

20. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. In. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 2006.

21. Córdova-Villalobos J, Barriguete-Meléndez J, Lara-Esqueda A, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Mex 2008;50:419-27.

22. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr 2002;29:280-5.

23. Serra L, Aranceta J, Mataix J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 1ra ed. Barcelona, España: Editorial Masson; 1994.

24. García-García E, De la Llata- Romero M, Kaufer-Horwitz M, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Salud Pública Mex 2008;50:530-47.

25. León D. Obesidad: un problema multifactorial. Psicología y salud 2001;11:67-72.

26. Kazdin A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 1978.

27. Wessler R. Terapia de grupo cognitivo conductual. In: Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid, España: Siglo veintiuno editores; 1995:819-41.

28. Castelnouvo-Tedesco P. Brief psychotherapy: current status. Calif Med 1967;107:263-9.

29. Hewitt N, Gantiva C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. Avances en Psicología Latinoamericana 2009;27:165-76.

30. Garrido I. Psicología de la motivación. España: Editorial Síntesis; 1996.

31. Ellis A. Desarrollando los ABC de la Terapia Racional Emotiva. In: Cognición y psicoterapia. 1ra ed. España: Ediciones Paidós; 1988:337-48.

32. Román Y, Díaz B, Cárdenas M, Lugli Z. Construcción y Validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. Clínica y Salud 2007;18:45-56.

33. Bandura A, Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. 1ra ed. España: Alianza Editorial; 1974.

34. Zimmerman B. A social cognitive view of self-regulated academic learning. Journal of Educational Psychology 1989;81:329-39.

35. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Editorial Prentice Hall; 1986.

36. Bandura A. Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca; 1987.

37. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annu Rev Psychol 2001;52:1-26.

38. Mardones M, Olivares S, Araneda J, Gómez N. Etapas del cambio relacionadas con el consumo de frutas y verduras, actividad física y control de peso en estudiantes universitarios chilenos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2009;59:304-9.

39. Lugli-Rivero Z, Vivas E. Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. Salud Pública Méx 2001;43:09-16.

40. Campos S, Pérez J. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. Rev Chil Nutr 2007;34:213-8.

41. Sniehotta F, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. Psychology and Health 2005;20:143-60.

42. Lumbreras I, Moctezuma M, Dosamantes L, et al. Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. Revista Digital Universitaria 2009;10:14.

43. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. (Accessed Dic 09, 2009, at <http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf>.)

44. León C, Kai A, Andrade N. Factores alimentarios y psico-ambientales que generan trastornos de la alimentación. Integración: Educación y Desarrollo Psicológico 2002;13:63-77.

45. Torres B, Hurtado J, Barranca A, Hernández J. III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. In: Paso a paso en la construcción de la Universidad Saludable. Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2007.

46. Base de datos de los resultados del Examen de Salud Integral 2006, 2007 y 2008 In. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana.

47. Ramírez G, Fernández R. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios de la zona Xalapa de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2009.

48. De Kemp R, Vermulst A, Finkenauer C, et al. Self-Control and Early Adolescent Antisocial Behavior: A Longitudinal Analysis. The Journal of Early Adolescence 2009;29:497-517.

49. Dennis KE, Goldberg AP. Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. Addict Behav 1996;21:103-16.

50. Linde J, Jeffery R, Levy R, et al. Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. International Journal of Obesity 2004;28:418-25.

51. Kennett DJ, Ackerman M. Importance of learned resourcefulness to weight loss and early success during maintenance: preliminary evidence. Patient Educ Couns 1995;25:197-203.

52. Foreyt JP, Goodrick GK. Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. Ann Intern Med 1993;119:698-701.

53. Annesi JJ, Gorjala S. Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. Biopsychosoc Med 2010;4:10.

54. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. N Engl J Med 2006;355:1563-71.

55. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. Annu Rev Nutr 2001;21:323-41.

56. McGuire M, Wing R, Hill J. The prevalence of weight loss maintenance among American adults. Int J Obes (Lond) 1999;23:1314-9.

57. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr 2005;82:222S-5S.

58. Alvarado A, Guzmán E, González M. ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología. Enseñanza e Investigación en Psicología 2005;10:417-28.

59. Romero H. Obesidad y sobrepeso. Congruencia formativa en estudiantes de la licenciatura en nutrición. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2007.

60. Oferta de experiencias educativas específicas del área de formación de elección libre. Universidad Veracruzana, 2010. (Accessed Mar 25, 2010, at http://www.uv.mx/dgda/cpp/academicos/afel/Oferta-Xalapa.htm.)

61. Catálogo de experiencias educativas. Universidad Veracruzana, 2010. (Accessed Mar 19, 2010, at <http://www.uv.mx/dgda/cpp/academicos/afel/catalogo.html>.)

62. Semblanza de la Universidad Veracruzana. Universidad Veracruzana, 2010. (Accessed Mar 19, 2010, at <http://www.uv.mx/universidad/info/semblanza.html>.)

63. Alicia I, Vargas M, Riveros L, Torres G. Universidad Veracruzana, Consolidación y proyección hacia el siglo XXI. 1ra ed. Xalapa, Veracruz: Talleres de artes gráficas Graphos S.A. de C. V; 1998.

64. Beltrán J, Bravo L, Fisher J, et al. Nuevo Modelo Educativo para la Universidad Veracruzana. Lineamientos para la Licenciatura. 2da ed. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana 1999.

65. Rodríguez L. Segunda generación de reformas al Modelo Educativo Integral y Flexible. Gaceta 2006.

66. Beltrán J. La universidad tradicional y la sociedad de la información. Gaceta 2004.

67. Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario. Universidad Veracruzana, 2010. (Accessed Jul 05, 2010, at <http://www.uv.mx/cendhiu/>.)

68. Mushkin S. La nutrición y los resultados de la educación. In: Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud; 1982:142.

69. Borch KH, Nyegaard C, Hansen JB, et al. Joint Effects of Obesity and Body Height on the Risk of Venous Thromboembolism: The Tromso Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol.

70. Suzuki T. [Lifestyle-related diseases and bone metabolism. Exercise for Prevention of Osteoporosis and Other Lifestyle-Related Diseases.]. Clin Calcium;21:722-9.

71. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2da ed. México, D.F.: Mc Graw Hill; 2000.

72. Rothman K. Epidemiología moderna. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos; 1987.

73. Mahan K, Scott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10 ed. México, D.F.: Editorial McGraw-Hill; 2001.

74. Aparicio M, Estrada L, Fernández C, et al. Manual de antropometría. 2da ed. México, D.F.: Editorial Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2004.

75. Girón E. Manual de antropometría física. In. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; 2010.

76. Sillero M. Teoría de Kinantropometría. In. Madrid, España: Universidad Politécnica de Madrid; 2006.

77. Lugli Z, Arzolar M, Vivas E. Construcción y validación del inventario de autorregulación del peso: validación preliminar. Psicología y salud 2009;19:281-7.

78. Ley General de Salud. In. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1984.

79. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. . In. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 2000.

80. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. In. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1987.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUIDADO DE LA SALUD EN MUJERES PORTADORAS DEL VIH QUE ASISTEN AL CAPASITS- CEMEV, XALAPA

Natalia López García
Director de Tesis: Dr. Benno de Keijzer Fokker

INTRODUCCIÓN

El SIDA fue reconocido en 1980 después de 30 años, más de 33 millones de personas se encuentran infectadas a nivel mundial y más de 25 millones han muerto a consecuencia de la enfermedad.

La familia Retroviridae agrupa agentes virales que poseen una enzima que rompió con el dogma central de la biología molecular: la transcriptasa reversa. La familia Retroviridae incluye 7 géneros identificados, en 2 subfamilias. Se considera que sólo dos de los géneros causan enfermedad al humano: Lentivirus y Retrovirus (BLV-HTLV); los retrovirus tienen las siguientes características: doble cápside, virus envuelto, tiene como genoma dos copias de RNA de cadena positiva, posee varias enzimas, entre ellas la transcriptasa reversa y una proteasa.

Se han identificado dos tipos diferentes del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2, los cuales comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes. Al parecer la patogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1. Una característica que distingue a los lentivirus de los otros retrovirus es la complejidad de su genoma.

El VIH se puede transmitir por tres mecanismos:

a. Transmisión sexual: Exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales.
b. Transmisión sanguínea: Exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y transplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas.
c. Transfusión perinatal: Se refiere a la transmisión de una madre infectada a su producto, esto se ha llamado transmisión vertical, la infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o la lactancia.

Los pacientes infectados se pueden clasificar en diferentes categorías clínicas con base a sus niveles de linfocitos CD4 y las manifestaciones clínicas asociadas. La categoría A incluye individuos seropositivos asintomáticos, la categoría B incluye individuo con infecciones oportunistas y la categoría C son casos de SIDA .

El conocimiento de la historia natural de la enfermedad, el patógeno, biológico y el trabajo que se realiza en el laboratorio se ha conjuntado para poder desempeñar un mejor y temprano diagnóstico de la infección.

Es importante señalar que los métodos de laboratorio sirven para diagnosticar la infección no la enfermedad, por lo tanto no diagnostican el SIDA. Actualmente contar con una buena historia clínica es de gran importancia y para ello es necesario considerar la posibilidad de que cualquier persona puede estar infectada, independientemente de su nivel socioeconómico, escolaridad o preferencia sexual.

- Epidemiología del VIH en el Mundo

El Programa de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2010) informó que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo constantemente desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años; aunque el número de nuevas infecciones se han ido controlando gracias a medidas preventivas y a la terapia antirretroviral, el número de nuevas infecciones sigue aumentando.

ONUSIDA informó en el reporte global de la Epidemia de SIDA 2010, lo siguiente:

- -Se estiman 33.3 millones de personas viviendo con VIH en el mundo; 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años 2.6 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo en el 2009. Más de 30 millones de personas vivían con VIH en países de ingresos bajos y medianos en 2009.
- -1.8 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en el 2009.
- -69% de todas las personas que viven con VIH están en África Subsahariana.
- -26% de las mujeres embarazadas tuvieron acceso a la prueba del VIH en los países de ingresos bajos y medianos en 2009.
- -53% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en países de bajos y medianos ingresos recibieron antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo en el 2009.
- -Más de 1000 niños se infectaron con el VIH por día en todo el mundo en el 2009.
- -En Centro y Sudamérica se estima que existen 1.4 millones de personas viviendo con VIH y se registraron 92 mil nuevas.

• Epidemiología del VIH en México

En cuanto a la prevalencia de VIH/SIDA en adultos, México ocupa el lugar 16 en América latina y el Caribe con una prevalencia de 0.3 casos por cada 100 personas de 15 a 49 años y el lugar número 42 en el mundo. Se tienen registros desde 1985 hasta el 30 de junio del 2011 de 34,976 personas que viven con VIH entre las edades de menores a 1 año hasta 65 años o más.

El número de personas adultas que viven con VIH, por estimaciones del año 2010; se encuentran 225,000 en esta condición, la prevalencia del VIH en adultos es del .38%, detecciones del VIH en el año 2011 se encuentran 1544.

Con respecto a los casos de VIH detectados por entidad federativa según año de diagnóstico (1985-2011) se encuentra en primer lugar el Distrito Federal con 6499 casos mientras que el segundo lugar lo ocupa el Estado de Veracruz con 4711 casos, según el reporte realizado por CENSIDA el 30 de junio del 2011.

En lo que respecta a factores sociodemográficos el 67.4% (83,775) de los casos en que se conoce el nivel de escolaridad tiene secundaria completa o menos el 56.7% (74,694) son personas solteras.

Con respecto a la morbilidad VIH como ya se mencionó se tienen registradas 34,976 personas que viven con VIH (asintomáticas) 72% (25,234) son hombres y 28% (9,742) mujeres, aunque la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres, la epidemia ha ido aumentando en este sexo, encontrando así la relación hombre: mujer por hombre es de 3 hombres por cada mujer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH y SIDA es un problema de salud pública, que ha ido en aumento desde su aparición en los años 80s, infectando a diferentes grupos de la población, quienes al ser portadores es importante que tengan información oportuna sobre los cuidados y el conocimiento de la relación que existe entre el estilo de vida y la evolución a SIDA.

En México actualmente viven 225,000 personas adultas con VIH, el 60% corresponde a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y el 17% se distribuye entre hombres heterosexuales, clientes de trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables (CENSIDA, 2010).

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ha sido el grupo de portadores con quienes se han realizado mayor número de investigaciones e intervenciones para prevenir la transmisión, así como para no desarrollar SIDA, a diferencia de los grupos heterosexuales y bisexuales, incluyendo a las mujeres.

En las mujeres la epidemia ha aumentado: en 1980 la razón era de treinta hombres por una mujer, actualmente es de cuatro hombres por una mujer. Las cifras actuales reportan que hay 48,072 mujeres viviendo con VIH en distintas condiciones por su estado civil (solteras, casadas, viudas, unión libre y divorciadas), ser usuarias de drogas inyectables, trabajadoras sexuales, migrantes, reclusas y explotadas sexualmente, condición que está estrechamente relacionada con la vulnerabilidad biológica y socio-cultural de la mujer, que suele restringir el acceso a la educación y a los servicios de salud, limitando conocer información con respecto a la importancia que tienen los estilos de vida en el cuidado de su salud.

Se ha documentado que el estilo de vida es determinante en la progresión de seropositividad a SIDA, por lo que es necesario incrementar la visibilidad de la epidemia en estas mujeres con el fin de lograr su autocuidado ahora que viven con VIH a través del diseño de investigaciones

y campañas donde se haga énfasis de la importancia de los estilos de vida saludables para no desarrollar SIDA.

Desde una mirada de género se deben comprender las representaciones sociales (creencias y percepciones) y prácticas en el cuidado de la salud que tienen las mujeres que viven con VIH, así como los obstáculos y facilitadores para desarrollar prácticas saludables. Al comprender el punto de vista de estas mujeres se podrán diseñar programas de promoción y educación para la salud desde ellas y para ellas, así como estrategias de comunicación para desarrollar y mejorar prácticas saludables. Concretamente esta investigación se realizará en el CAPASITS-CEMEV.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las RS (información, actitud y significados) que tienen las mujeres que viven con VIH respecto al VIH y al cuidado de su salud?
2. ¿Cuáles son las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud que tienen las mujeres que viven con VIH?
3. ¿De qué manera han cambiado las prácticas, las mujeres, antes y después del vivir con VIH?
4. ¿Qué información reciben las mujeres que viven con VIH del CAPASITS, acerca de los cuidados de la salud (estilos de vida) y su importancia para evitar desarrollar SIDA?

Justificación

En México como en otros países del mundo las condiciones estructurales y de género en las que viven las mujeres son las principales causantes de su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Las mujeres son tanto biológica como socialmente más vulnerables que los hombres. En algunas regiones como el África Subsahariana, las mujeres tienen tres veces más riesgo que los hombres de adquirir el virus. Sin embargo la desigualdad estructural en que viven muchas mujeres no es exclusiva de una sola región del mundo (ONUSIDA, 2011).

ONUSIDA ha señalado que existen tres amenazas para las mujeres: la pobreza, la inequidad de género (lo que lleva a menores oportunidades para acceder a la educación y al cuidado de la salud) y la violencia que se ejerce sobre ellas.

Estudios señalan de manera clara la vulnerabilidad de las mujeres en México; de manera biológica porque tienen una superficie mucosa más amplia que los hombres y las micro lesiones que pueden ocurrir en esa superficie durante el coito pueden ser puntos de entrada para el virus. Las mujeres muy jóvenes son aún más vulnerables en este punto pues la inmadurez genital impide que su mucosa sea una buena barrera para el VIH, por otra parte el semen contiene una cantidad mayor de virus que las secreciones vaginales y como en otras ITS las mujeres, son al menos cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección.

En cuanto a lo económico, son vulnerables porque tienen menor acceso a la educación, a la información, al ingreso, lo que las hace establecer relaciones de dependencia. La dependencia económica o material hacia los hombres muchas veces significa que ellas no pueden controlar cuando, con quién y bajo qué circunstancias tener relaciones sexuales.

Muchas mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales para su supervivencia diaria; y finalmente las mujeres son vulnerables social y culturalmente debido a que no se espera que ellas discutan o tomen decisiones en torno a su sexualidad, no tienen el poder de solicitar y aún menos insistir en usar condón, las diversas formas de violencia contra las mujeres muestran que el sexo ocurre con mucha frecuencia de manera coercitiva, lo que en sí mismo es un factor de riesgo para adquirir el VIH.

La importancia de esta investigación se centra en el cuidado de la salud de una mujer con VIH, el cual se ve influido por la vulnerabilidad que esta presenta, es importante realizar estudios que brinden las herramientas necesarias en el cuidado de la salud de las mujeres. Si bien es cierto el peso mayor se le ha dado a los HSH pero no a las mujeres como tal, , por lo que se debe informar a las mujeres sobre los cuidados en su salud ahora que viven con VIH para no desarrollar SIDA, esta investigación será de utilidad a los CAPASITS para abordar temas y así las usuarias tengan una vida saludable y por lo tanto de calidad, tomando en cuenta que la mujer es vulnerable de diversas maneras y que esto le impide cuidar su salud y la de su familia.

Debe promoverse a través de información oportuna y aplicable, considerando la vulnerabilidad y riesgos que enfrentan las mujeres en México, así como las acciones de prevención y atención que deben emprenderse, de ahí radica la importancia de este estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comprender las representaciones sociales de las prácticas en el cuidado de la salud de las mujeres que viven con VIH.

Objetivo Específicos

- Indagar las Representaciones Sociales que tienen las mujeres que viven con VIH respecto a la enfermedad y a los cuidados de su salud.
- Describir las prácticas de cuidado de la salud de las mujeres que viven con VIH.
- Relacionado con las prácticas que realizan las mujeres, conocer si han cambiado y de qué manera , antes y después de vivir con el virus.
- Identificar la información que el CAPASITS ofrece a las mujeres que viven con VIH acerca del cuidado de su salud y su relación con el SIDA..
- Examinar la importancia de la comunicación en cualquiera de sus modalidades tanto en las prácticas de cuidado de la salud, como en la condición de ser portadoras del VIH.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se trata de un estudio cualitativo de tipo interpretativo, por la naturaleza social del objeto de estudio, el nivel comprensivo de la pregunta de investigación, la búsqueda de significados que para las personas tiene la interacción comunicativa y de sus contextos, y sobre las formas de concebir los hechos sociales..

Universo de estudio

El Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) ubicado en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV) de la ciudad de Xalapa.

Tiempo del estudio

El estudio inició en septiembre 2009 y terminó en noviembre 2011.

Tipos sociales

Los tipos sociales de esta investigación fueron mujeres asistentes a CAPASITS-CEMEV, diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Muestreo

En CAPASITS-CEMEV, asisten actualmente 475 pacientes, de los cuales 135 son mujeres, 120 cuentan con indicaciones terapéuticas y 35 sin indicaciones terapéuticas.

Para el presente estudio se utilizó el muestreo intencional, el cual se basa en definir anticipadamente los rasgos o características del fenómeno a estudiar, lugares en donde se encuentra la población o actores sociales involucrados. Este muestreo no busca representatividad numérica sino identificar los individuos o grupos sociales más relevantes para el objeto de estudio, es decir aquellos que poseen atributos que digan cosas significativas del problema, para profundizar en sus características y experiencias (Rodríguez, 1996).

Debido a esto, se seleccionaron 10 mujeres, de las cuales 5 tienen indicaciones terapéuticas y 3 sin indicaciones terapéuticas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Con VIH.
- Mayores de edad (18 a 65 años).
- Con tratamiento Antirretroviral.
- Sin tratamiento Antirretroviral.
- Asistentes a CAPASITS-CEMEV.
- De 6 meses a 5 años de asistir a CAPASITS.
- Pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria no V de la ciudad de Xalapa, Ver.
- Que quisiera participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Embarazadas
- Menores de edad
- Con SIDA

Variables

Prácticas en el cuidado de la salud: Utilizado para hablar sobre los hábitos de vida de una persona (mejor

conocidos como estilos de vida). Al preguntarles a las mujeres entrevistadas sabían en el CAPASITS sobre estilos de vida se encontró que no conocían a sus prácticas de cuidado como estilos de vida sino "cuidados de la salud" por lo que en esta investigación son sinónimos. Se trabajó así en prácticas en el cuidado de la salud y por otra parte la teoría que se utilizó no habla sobre estilos de vida sino prácticas en el cuidado de la salud.

Representaciones Sociales: Se refiere a la actitud, información y significados que tienen las mujeres seropositivas acerca del VIH y de sus prácticas en el cuidado de la salud.

Determinantes sociales en salud: Definidos como todas las condiciones de salud y enfermedad de los individuos tomando en cuenta la biología humana, el medio ambiente, estilos de vida y la asistencia sanitaria. En esta investigación se le da mayor énfasis a los estilos de vida.

Género: Se entiende como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres. Esta construcción tiene las siguientes características: es histórica, por lo que puede ser modificada en tiempo y espacio, permean la micro y macro esfera de la sociedad a través del trabajo, educación, medios de comunicación, religión, clase social, política, recreación, familia, redes sociales, salud y personalidad; y es jerárquica por la diferenciación que establece entre hombres y mujeres, la cual implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con el hombre.

Comunicación interpersonal: Es aquel tipo de comunicación que se lleva a cabo cara a cara, entre dos individuos o un grupo reducido de personas, por ejemplo conversaciones cotidianas entre familiares, amigos o personas con las que se interacciona en diversos momentos. En esta investigación se analiza la atención, conocimiento y el nivel de información entre la usuaria (mujer seropositiva) y los profesionales del CAPASITS así como a quien darle la noticia de su estado de portadora del VIH (esto tiene que ver con la comunicación entre la mujer y su familia, pareja y amigos).

Técnicas de obtención de datos

Las técnicas de obtención de información para esta investigación fueron una entrevista semiestructurada, observación participante, la redografia y una entrevista grupal.

- Entrevista semiestructurada

Las entrevistas son encuentros cara a cara, entre el entrevistado y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que éstos tienen respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras (Taylor y Bogdam, 1996). Las hay de diferentes tipos, en este estudio se diseñó una entrevista semiestructurada, la cual se conformó de los siguientes elementos:

Las indicaciones de la entrevista, en donde se les comunicó a las mujeres sobre la investigación a realizar, cuál es el tema, objetivo y los beneficios de su participación; cuando ellas aceptaban participar se les comentaba también de la carta de consentimiento informado cabe mencionar que todas aceptaron y firmaron esta carta, que incluía información sobre el estudio, nombre y firma de la entrevistada ,así como de la responsable de la investigación y autorización para grabar su voz, por lo que no hubo ningún problema.

En segundo lugar se diseñó una ficha de registro con los datos personales de cada una de las entrevistadas, como fue el seudónimo de la entrevista, estado civil, hijos, edad, escolaridad, ciudad de origen, ocupación, con o sin indicaciones de tratamiento antirretroviral, ciudad actual, fecha de la entrevista y diagnóstico; esto con el objetivo de conocer si padecían de otra enfermedad a parte de vivir con VIH.

- Entrevista grupal

Otro de los instrumentos utilizados en esta investigación fue la entrevista grupal, la cual consiste en exponer a un grupo de personas a una pauta de entrevista semiestructurada, sigue un esquema semejante al de una entrevista individual, sin embargo el entrevistado no es un individuo sino un grupo de tres a cinco personas, seleccionadas como informantes relevantes para un tema en específico. En esta investigación se aplicó a tres mujeres seropositivas con indicaciones de tratamiento ARV, las cuales asistieron al grupo de mujeres mensual y fue ahí donde se captaron, aceptando participar

respondiendo las preguntas acerca de los cuidados de la salud que tienen ahora que viven con VIH.

Partiendo de la guía de entrevista semiestructurada, la entrevista grupal también se centró en las prácticas de cuidado de las mujeres antes y después de la infección por VIH.

- Observación

La observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en técnica científica de obtención de información. Se efectúa orientando y enfocando la observación a un objetivo concreto de investigación formulado de antemano, debe ser planificada sistemáticamente en: fases, aspectos, lugares y personas (Guash, 2007). En este trabajo se realizó ***observación participante*** la cual es una estrategia que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, en el ambiente de éstos últimos. Involucrando el establecimiento del rapport, es decir actitudes en común e intercambio de opiniones con los informantes, lo que tiende a reducir el problema de que la gente reaccione frente al investigador, ya que no cambian tanto su conducta cuando conocen a éste[1]. La observación participante ayuda a formular cuestionamientos en el lenguaje de los participantes y apoya el acercamiento al contexto cultural para captar los significados de los datos (Amezcua, 2000)[2]. En esta investigación se observó a las mujeres que asistieron a la sesión mensual del grupo de autoayuda de CAPASITS, la observación se realizó a 3 mujeres debido a la dificultad de acceso a ellas por diversos motivos especialmente la falta de asistencia y tiempo, esto durante los meses en los que se llevó a cabo la recolección de información, registrando dicha información en una ficha de observación.

Cabe mencionar que la observación se realizó durante la dinámica interna del grupo de mujeres, el cual se lleva a cabo mensualmente, cuando las mujeres asisten a la toma de muestra.

- Redografia

Instrumento que permite conocer las relaciones significativas en diversos ámbitos de las mujeres seropositivas, se utilizó para conocer la cercanía o lejanía de las redes de apoyo de las mujeres seropositivas; este instrumento se aplicó después de haber concluido la entrevista semiestructurada y sirvió también para conocer la relación que tienen las mujeres con sus familiares y amigos así como quienes son las personas que se enteran de la noticia y porque razones[3].

Falta como analizar la información

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guasch O. Observación Participante.; Cuadernos metodológicos Nº 20, Madrid: CIS; 2007; 54pp.

2. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. Index Enferm. 2000; 9 (30): 30-35pp.

3. Salud y Género. Razones y emociones 2001. Serie trabajando con hombres jóvenes. Consultado 02 de Marzo del 2011. Disponible en http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/Razones-Y-Emociones.p

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL, DE LAS POLICLÍNICAS DEL SECTOR PÚBLICO, QUE HA SIDO CONTRATADO POR EL SEGURO NACIONAL DE SALUD PARA LA PROVISIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA. BELICE C.A, 2011"

Deysi Marie Mendez Marin
Directora de Tesis: Edit Rodríguez Romero

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco teórico

Para el desarrollo de una sociedad, los países se enfrentan ante varias situaciones complejas, y a pesar de que se observen avances económicos se siguen enfrentando ante la compleja situación de la salud. Es importante tomar en cuenta que la salud es un requisito clave para que un país alcance una adecuada calidad de vida.

Esta investigación hace énfasis a la situación actual de Belice, un país situado en Centro América que limita al norte con México, al sur y al oeste con Guatemala y al este con el mar Caribe[1].

Antes de iniciar cualquier investigación o trabajo de intervención en busca de afrontar los retos que experimentan los sistemas de salud de cualquier país, es importante que se conceptualice lo que se entiende por un sistema de salud.

1.2 Sistemas de Salud

Para conceptualizar el sistema de salud, Cordera y Bobenrieth (1983), fragmentaron la frase en dos, primero acordaron el concepto sobre sistema y luego sobre salud. La definición operativa que se usó fue, que un sistema es un todo compuesto por elementos organizados (conceptos, objetos o sujetos) que se relacionan, de manera directa o indirecta, y cuyo resultado es diferente a la simple suma de las partes o elementos. A pesar de las varias definiciones que existen sobre salud, la acordada por estos autores fue la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "un estado de completo bien estar biológico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad". La unión de estos dos conceptos dio pauta para conceptualizar un sistema de salud como "un todo complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, políticos, económicos, genéticos, administrativos y tecnológicos con interrelaciones directas o indirectas dando por resultado un estado de bienestar bio – psico- social de la población en su conjunto." [2]

Actualmente la OMS, define un sistema de salud como aquel que abarca todas las organizaciones, instalaciones y recursos de los que emiten iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud de poblaciones.[3] Dicho sistema no sólo requiere de personal, sino también de financiación, información, suministros y comunicación, además de buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población.[4]

1.2.1 Teorías en el estudio de la satisfacción laboral

1.2.1.1 Teorías de la administración
1.2.1.1.1 Teoría de las relaciones humanas

La teoría de las relaciones humanas introdujo un nuevo enfoque en la administración, en donde la orientación humanitaria presentó la importancia de la armonización de dos funciones básicas de la organización. La primera función, la económica, "consiste en la producción de bienes y servicios y en el mantenimiento del equilibrio externo con el mercado", y la segunda función, la social, "consiste en proporcionar satisfacción a los colaboradores y en mantener el equilibrio interno de la empresa". Esta revolución en la administración sustituyó el énfasis en las tareas y estructura, por el énfasis en el humano. [5]

El surgimiento de la concepción sobre la naturaleza humana se presentó como resultado de esta teoría, en la cual los siguientes aspectos se tomaron en cuenta: [11]

1. Los empleados son criaturas sociales complejas que poseen deseos, sentimientos y temores.

2. Las personas tienen sus necesidades que los motiva para ser satisfechos. Si las relaciones con el grupo son difíciles, aumenta la rotación de personal, disminuye la moral, aumenta la fatiga psicológica y se disminuyen los niveles de desempeño.
3. El estilo de liderazgo y supervisión influyen en el comportamiento de los grupos, por lo tanto, el supervisor eficaz logra obtener lealtad por parte de sus subordinados, al igual que logra mejorar los estándares de desempeño.

El elemento primordial de una organización es el recurso humano, por lo tanto, las relaciones interpersonales que se desarrollan entre ellos son importantes de comprender, porque permite al administrador obtener mejores resultados de sus subordinados a través de la provisión de condiciones que mantengan o aumenten la satisfacción de los trabajadores y, simultáneamente, creando una atmósfera interna equilibrada.

1.2.1.1.2. Teoría de motivación humana de Maslow

La teoría de la motivación de Maslow, se encuentra fundamentada en la pirámide de las necesidades humanas, las cuales se encuentran clasificadas en orden de importancia e influencia en el comportamiento expresado por el hombre.[6] En la base de dicha pirámide se ubican las necesidades más bajas y recurrentes llamadas primarias, mientras que en la cúspide se ubican las necesidades más sofisticadas, llamadas secundarias.[7] La diferencia entre estas dos necesidades es que las primarias se satisfacen en el exterior, es decir que se satisfacen con cosas como el salario, contratos, entre otros ejemplos; mientras que las necesidades secundarias se satisfacen en forma interna, es decir, dentro de la persona.[20]

Maslow expresó que si un miembro del personal cursaba con algún problema externo al sitio de trabajo, el empleado llevará esas afectaciones a su labor y, que finalmente, influenciará su productividad laboral. Por lo tanto, la mejor manera de motivar al personal es primero identificar el problema, para poder hacer esto, consideró que primero se debe buscar cuál es la necesidad de la persona.[8]

La jerarquización de las necesidades de los seres humanos, según Abraham Maslow son: [11]

Necesidades primarias

1. Fisiológicas: la necesidad más importante. Constituye la alimentación, sed, cansancio, entre otros. Comprende las necesidades instintivas del individuo que están relacionadas con su supervivencia.
2. Seguridad: es el segundo nivel de la pirámide. Comprende la necesidad de seguridad, protección contra amenazas y estabilidad. Este comportamiento surge cuando la necesidad fisiológica ya ha sido satisfecha.

Necesidades secundarias

3. Social: es el tercer nivel de la pirámide, por lo general va a surgir cuando los primeros dos niveles se encuentran relativamente satisfechas. Comprende la necesidad de asociación, amistad, participación y aceptación por parte de los compañeros entre otras.
4. Estima: es el cuarto nivel de la jerarquización hecha por Maslow. Comprende la confianza en si mismo, la necesidad de aprobación social y respeto, logro y estatus entro otros.
5. Autorrealización: son las necesidades que están en la parte más alta de la pirámide y refleja los esfuerzos de cada persona por tratar de alcanzar su potencial y desarrollarse continuamente a lo largo de la vida.[11]

La teoría expresa que conforme cada nivel se va satisfaciendo, las necesidades pasan a ser la del nivel inmediatamente encima, ya que una vez que se satisfaga la necesidad, ya no motiva, por eso es necesario identificar las que ya se cumplieron para poder pasar a la siguiente necesidad y así motivar a la persona.[14]

Para fines de este estudio, es importante tomar en cuenta la motivación; ya que este es un medio para que los empleados incrementen su productividad, la cual finalmente se observará como ganancia para la organización. Entonces, para cumplir con tal incremento es importante que los administradores conozcan las necesidades del personal para con ello poder entender su comportamiento dentro de la organización.

1.2.1.1.3 Teoría de los dos factores de Herzberg

La teoría de los dos factores la formuló Frederick Herzberg con el propósito de explicar la conducta de las personas ante la situación laboral, expresó que la motivación de los trabajadores depende de dos factores: [12]

1. Factores higiénicos: están relacionados con el contexto del puesto; hace referencia a las condiciones del trabajo, tal como las condiciones físicas en donde se desempeña. Incluyen las instalaciones, ambiente, salario, políticas de la organización, estilo de supervisión y clima laboral, entre otros.[12] Este factor expresa un

carácter preventivo, por lo tanto, únicamente evita la insatisfacción cuando son óptimos, ya que su influencia sobre la conducta no logra elevar la satisfacción de manera duradera. El caso contrario, cuando estos factores son precarios, apoyan la insatisfacción por lo tanto se le conoce como factores de insatisfacción y comprenden:[13]

- Condiciones físicas del trabajo y comodidad.
- Políticas de la organización y administración.
- Relaciones con el supervisor o gerente.
- Relaciones con los colegas.
- Competencia técnica del supervisor.
- Salario y remuneración.
- Seguridad en el puesto.

2. Factores motivacionales: están en relación con el contenido de las tareas ejecutadas por el individuo y hace referencia a las actividades que desempeña el empleado. Incluye factores como el reconocimiento, responsabilidad, crecimiento personal, realización personal, entre otros.[12] Estos factores producen una satisfacción duradera y, por consiguiente, un aumento de la productividad; cuando son óptimos elevan la satisfacción, pero cuando son precarios acaban con ella. A estos factores también se les conoce como los factores de satisfacción e incluyen:[13]

- Delegación de responsabilidad.
- Libertad en la decisión de cómo realizar el trabajo.
- Posibilidades de ascenso.
- Uso pleno de las habilidades personales.
- Definición de objetivos y metas relacionados con el trabajo.
- Simplificación del puesto (por quien lo desempeña).

Un factor importante de esta teoría es que, para que los factores motivacionales proporcionen resultados positivos, requieren que primero se satisfagan los factores higiénicos.[14]

Esta teoría es la más relacionada con la presente investigación, ya que se buscará conocer la satisfacción laboral tomando en cuenta unas variables que componen, tanto el factor motivacional como el higiénico, al mismo tiempo dará a conocer los detalles motivacionales que son requeridos para mejorar la satisfacción laboral si es que no lo hubiera, y si existe, apoyará a tener conocimiento para poder mantenerlo y finalmente no afectando la productividad.

1.2.1.1.4 Teoría de la equidad

La teoría de la equidad refiere que los individuos hacen comparaciones con sus compañeros, en lo referente a sus aportaciones y recompensas. La equidad se observa cuando los trabajadores perciben que los resultados de las comparaciones son iguales, pero cuando éste no es el caso, la inequidad, es percibida y se produce una tensión negativa.

Cuando se presenta la inequidad, el personal puede adoptar una o varias opciones: [12]

1. Modificar las entradas: hacen aportaciones con menor esfuerzo en el ámbito laboral.
2. Modificar los resultados: la producción se mantiene pero la calidad del trabajo es menor.
3. Distorsión de la propia imagen: se percibe que se está trabajando más o menos que otros.
4. Distorsión de la imagen de otros: hay percepción de que el trabajo de otros no es un buen ejemplo para hacer comparaciones.
5. Buscar otro punto de referencia: realizar comparaciones con personas cuya situación parezca mejor.
6. Abandonar la situación: dejar el empleo.

Esta teoría aporta importancia en el estudio, ya que posiblemente el hecho de que el trabajador perciba inequidad en sus labores, va a influir en su satisfacción laboral y, finalmente, causará que ellos opten por algunos actos negativos como los mencionados anteriormente.

1.2.1.1.5 Teoría "X" y "Y"

En general, la administración de organizaciones está guiada por los estilos de administración que adoptan los administradores. Por lo general, estos estilos van a ser influenciados por las convicciones que los administradores tengan con respecto al comportamiento del hombre, es decir, de sus empleados o subordinados.

Como resultado de las ideas sobre los trabajadores, nacieron dos teorías distintas, teoría X y teoría Y, cuya adaptación del estilo de administración no sólo explica las concepciones del comportamiento humano, sino también va a influenciar la manera en como se divide el trabajo.

La teoría X refleja una visión negativa de las personas, en ella, el administrador expresa cuatro sustentos importantes: 1. A los trabajadores les disgusta el trabajo y siempre que puedan tratarán de evitarlo; 2. Como

resultado de este disgusto, a los empleados se les debe controlar o amenazar con sanciones para cumplir con las metas de la organización; 3. Los empleados huirán a las responsabilidades; y 4. Los empleados muestran poca ambición. [9] El administrador que observe a los empleados con las características de esta teoría, adoptará un estilo de liderazgo autocrático y, con el transcurso del tiempo, los empleados se rebelarán contra dicho autoritarismo, resistiéndose a la dirección, trabajando lo menos posible y, finalmente, asumiendo los comportamientos que describen la teoría X.[10]

En síntesis, esta teoría conduce a los empleados a que hagan exactamente lo que la organización pretende que se realice, independientemente de sus opiniones u objetivos personales. Cuando el administrador impone un esquema de trabajo y controla externamente el comportamiento de sus subordinados en el trabajo, se considera que está aplicando la teoría X.

La concepción positiva hacia los empleados se aborda en la teoría Y, en la cual los administradores, que adoptan este estilo de administración, consideran que sus subordinados pueden auto dirigirse, son responsables, consideran el trabajo como algo natural, pueden tomar buenas decisiones, [13] sienten motivación, desean perfeccionarse asumen los objetivos de la empresa si reciben compensaciones por lograrlos.[14]

Los administradores de la teoría Y adoptan la actitud de ayudar a sus empleados a prosperar y proporcionan lo que necesitan para lograrlo, dichos administradores adoptan el estilo de liderazgo democráticos, motivarán a los empleados y, en un periodo de tiempo, los trabajadores demostrarán madurez, responsabilidad y gusto por sus labores.[14]

El conocimiento sobre estas dos teorías es importante, ya que a través de esta investigación se podrá utilizar información obtenida para analizar cuál es la actitud adoptada por los administradores, que posiblemente podrían estar influyendo en el nivel de satisfacción laboral del personal de la policlínica en estudio, ya que el estilo de liderazgo llega a influir en el comportamiento de los empleados.

1. 2.1.1.6. Teoría Z

La teoría Z fue formulada por William Ouchi quien se basó en el estilo de administración japonés. Tiene como objetivo desarrollar las habilidades de la organización para coordinar a los recursos humanos y no a la tecnología, para así finalmente obtener mayor productividad.[16]

Los principios de la teoría Z incluyen: [16]

I. Consenso en la toma de decisiones: se trata de la participación de los empleados, en que estén de acuerdo en las decisiones de la organización, aunque sólo sea en cierta medida.
II. Responsabilidad colectiva: expresa que todos los miembros de la organización comparten las responsabilidades del éxito o del fracaso.
III. Control informal e implícito: describe que lo que es esperado es que los empleados asistan a actos sociales de los directivos y allí manifiesten algún desacuerdo que tengan, de forma sutil y amable.
IV. Cuidado de los empleados: expresa que la empresa influye en casi todos los aspectos de la vida del empleado: financia actividades sociales, vacaciones en grupos e incluso parte de su vivienda y transporte.

Esta teoría se apoya en las relaciones humanas, busca entender al trabajador como un ser integral, quien no separa su vida laboral de su vida personal, por lo tanto se invocan ciertas condiciones como la confianza, el trabajo en equipo, empleo de por vida, las relaciones personales y la toma de decisiones colectiva, que aplicadas en este orden se logra obtener un mayor rendimiento del recurso humano y así, mayor productividad empresarial.[11]

En una entidad sanitaria se desea buena productividad, por parte del recurso humano, si en esta investigación se detecta que, los empleados de la policlínica, expresan poco rendimiento, puede ser que la administración esté ignorando algunos de los principios de la teoría Z y, por lo tanto, esté afectando en la satisfacción laboral, lo que finalmente será expresado en el rendimiento y desempeño de los trabajadores.

1.2.1.1.6.1 Satisfacción laboral

Como parte de la fase administrativa de dirección, surge un componente importante para la productividad adecuada de una organización, conocido como el comportamiento organizacional (CO), este hace énfasis sobre las acciones desempeñadas por las personas dentro del trabajo. El CO analiza dos áreas principales:[12]

1. Comportamiento individual: este análisis incluye las actitudes, personalidad, precepción y motivación de la persona.
2. Comportamiento grupal: analiza los roles, formación de equipos, liderazgo y conflicto que existen de manera

colectiva y no como la suma de los comportamientos individuales.

Dentro de este ámbito del CO, surgen cinco comportamientos importantes para cualquier organización: productividad de los empleados, ausentismo, rotación, comportamiento de ciudadanía organizacional y satisfacción laboral. Haciendo énfasis en la última para fines de esta investigación, la satisfacción laboral es conceptualizada como la actitud general que un individuo tiene hacia su trabajo.[18]

Autores como Davis y Newstrom definen la satisfacción laboral como un conjunto de sentimientos y emociones favorables con que el trabajo es visto por los empleados.[13]

Otra manera en cómo se ha conceptualizado la satisfacción laboral, es "una sensación positiva sobre el trabajo propio, que surge de la evaluación de sus características".[20]

De acuerdo a lo expuesto por Robbins y Judge, un empleado con alto nivel de satisfacción laboral demuestra una actitud positiva hacia el trabajo y, finalmente, mostrará satisfacción y lealtad hacia la institución; mientras que un empleado con insatisfacción tiene sentimientos negativos sobre el trabajo;[14] por tanto es importante conocer el grado de satisfacción laboral del personal de las policlínicas en estudio, ya que será una manera indirecta de conocer si la calidad del servicio sanitario está siendo afectada.[20]

Autores como Gimeno expresa que a pesar de tener varias teorías sobre la motivación de los trabajadores, que conduzcan a mayor y mejor desempeño por parte de ellos, también una dirección eficaz apoyará dichos resultados. Por otro lado, la práctica sugiere algunas líneas generales que apoyen a tener a los trabajadores motivados y satisfechos, como son los siguientes:

1. Delegar autoridad y responsabilidad: los empleados consideran esta acción como prueba de que, los supervisores o gerentes, están satisfechos con su trabajo.
2. Comunicación: comunicar a los trabajadores lo esperado de ellos resulta beneficioso, ya que no es infrecuente que ellos no sepan sus tareas, como se deberían realizar y los objetivos que se espera lograr.
3. Reconocimiento de los méritos: las personas desean realizar bien su trabajo y, de igual manera, desean que se los reconozcan; además, el saberse apreciado es un elemento importante de motivación.
4. Brindar a los empleados medios que apoyen su conocimiento sobre sus progresos laborales: hace referencia a la elaboración de objetivos y provisión de medios para que los propios empleados sepan el grado de logro de los objetivos y así autocontrolarse.
5. Participación de los trabajadores en las decisiones relacionadas con su trabajo: a los trabajadores les gusta sentir que poseen un grado de control sobre su destino, por lo tanto, cuando ellos se involucran en las decisiones que afectan sus actividades laborales, demuestran estar dispuestos a la aceptación de dichas decisiones y comprometerse al cumplimiento de ellas.
6. Apoyar el desarrollo personal de los trabajadores: los programas de desarrollo personal de los empleados mejora la moral de ellos, así como también la productividad y, de esta manera, no solo resultan beneficiados los empleados sino también la organización.
7. Remuneración y promoción que correspondan con los méritos: es frustrante, para las personas, cuando la organización no valora los méritos que ellos realizan y, por el contrario, promocionan y remuneran a las personas que no están capacitadas para las labores que ellos realizan. Es de beneficio, para la organización, tener a sus empleados bien remunerados, no solo por la productividad sino también para retenerlos dentro de la misma.
8. Estimular la creatividad de los empleados: hace referencia a que se debería apoyar las nuevas ideas de los empleados, referentes a la productividad de la organización.

1.3 Instrumentos de medición de la satisfacción laboral

Aparte del instrumento Font Roja usado para la medición de la satisfacción laboral, del que se hace mención en los estudios del marco empírico de este documento, se han utilizado los instrumentos S21/26 y S20/23.

El cuestionario de satisfacción laboral S21/26 está compuesto por un total de 26 ítems con respuestas dicotómicas; cada ítem está agrupado bajo uno de los 6 factores que conforman el instrumento.[15]

Factor 1 Satisfacción con la supervisión y participación en la organización: los ítems de este factor exploran la satisfacción con la supervisión de los superiores, la relación con ellos, frecuencia de la supervisión, justicia en el trato recibido por la empresa, con la formación recibida y participación en las decisiones.

Factor 2 Satisfacción con la remuneración y las prestaciones: los ítems de este factor hacen referencia al cumplimiento de los convenios laborales, incentivos económicos, negociaciones y salario, promoción y formación.

Factor 3 Satisfacción intrínseca: los ítems de este factor hacen referencia a las satisfacciones que da el trabajo por sí mismo. Incluye preguntas como: oportunidades que ofrece el trabajo para hacer aquello en lo que se destaca el trabajador y la capacidad para decidir por él mismo sobre aspectos del trabajo.

Factor 4 Satisfacción con el ambiente físico: agrupa los ítems que hacen referencia al entorno físico y al espacio en el lugar de trabajo, limpieza, higiene y salubridad, temperatura, ventilación e iluminación.

Factor 5 Satisfacción con la cantidad de producción: el instrumento contiene dos ítems los cuales hacen referencia al ritmo y cantidad en que el trabajo se desarrolla y la satisfacción que produce al sujeto.

Factor 6 Satisfacción con la calidad de producción: los dos ítems de este factor hacen referencia a los medios materiales de los que el trabajador dispone para realizar su trabajo y la calidad final del mismo.

Otro cuestionario que también se ha utilizado para la medición de la satisfacción laboral y que además presenta un nivel de confiabilidad y validez aceptable es el S20/23. Este instrumento consta de 23 ítems los cuales están distribuidos en cinco factores. Cada ítem se califica de acuerdo a una escala de likert en la cual las opciones son: muy satisfecho, insatisfecho, bastante insatisfecho, algo insatisfecho, indiferente, algo satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho.[16]

Los cinco factores descritos para el S20/23 incluyen la satisfacción con: supervisión, ambiente físico, prestaciones recibidas, aspectos intrínsecos del trabajo y satisfacción con la participación.

El cuestionario Font Roja comprende un total de 24 ítems agrupados en nueve factores que se relacionan con la satisfacción laboral. Los factores incluyen: [22]

Factor 1 Satisfacción por el trabajo: contiene por cuatro ítems.
Factor 2 Tensión relacionada con el trabajo: contiene cinco ítems.
Factor 3 Competencia profesional: contiene tres ítems.
Factor 4 Presión en el trabajo: contiene dos ítems.
Factor 5 Promoción profesional: contiene tres ítems.
Factor 6 Relación interpersonal con los superiores: contiene dos ítems.
Factor 7 Relación interpersonal con los compañeros: contiene un ítem.
Factor 8 Características extrínsecas de estatus: contiene dos ítems.
Factor 9 Monotonía laboral: contiene dos ítems.

Cada ítem tiene cinco opciones expuestos en escala de likert, en donde, las opciones: 1 representa muy de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 en desacuerdo y 5 muy en desacuerdo.

1.4 Argumentación empírica

1.4.1 Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. Madrid. 199717

Los investigadores del estudio reconocen que la satisfacción de los profesionales de las instituciones sanitarias es un componente en la definición de la calidad de la atención prestada, por lo tanto, al medir la satisfacción laboral se comprueba la calidad de la organización y de sus servicios internos.

El estudio realizado a los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 del Insalud de Madrid, tuvo como objetivo "conocer el nivel de satisfacción global y de cada uno de los trabajadores".

Las dimensiones que se analizaron en este estudio, descriptivo y transversal, fueron: exceso o presión de trabajo, promoción profesional, satisfacción laboral, monotonía laboral, relaciones entre profesionales, competencia profesional, tensión relacionada con el trabajo y relaciones interpersonales entre compañeros.

Para el cumplimiento del objetivo, se usó el cuestionario de Font Roja adoptado por J. Aranz, el cual constó de 24 preguntas, cada uno fue valorado con una escala de Likert de 1-5, en donde se midió de menor a mayor grado de satisfacción. El grado medio de la satisfacción fue la puntuación de 3.

Del universo de 668 trabajadores de los 12 centros de salud, 512 respondieron el cuestionario, representando 80% de la plantilla.

Se obtuvo una puntuación media de satisfacción laboral de 3.12; la dimensión menos valorada, es decir, con menos satisfacción, fue la tensión relacionada con el trabajo, obteniendo una media de 2.30 y promoción profesional con una media de 2.42. La dimensión con mayor satisfacción fue de competencia profesional con una media de 4.01.

En el análisis de los resultados se observaron marcadas diferencias entre la valoración hecha por las diferentes categorías profesionales. Por ejemplo, los facultativos (médicos generales, pediatras, odontólogos y médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria) puntuaron el exceso de trabajo con 2.36; 2.05 la tensión relacionada con el trabajo y 3.22 las relaciones con compañeros. La puntuación más elevada, en el total de la escala, fue enfermería con 3.20, mientras que el personal no sanitario expresó una media de 2.26 en la promoción profesional.

Se concluyó que los profesionales se sienten capacitados para desempeñar sus tareas.

Como se observó que los médicos y personal no sanitario valoraron más negativamente la tensión relacionada con el trabajo; los investigadores hacen mención de la importancia de analizar con mayor profundidad el motivo de esta valoración porque la tensión laboral es una fuente de estrés, lo que podría ser debido a la excesiva presión asistencial y a la responsabilidad en la toma de decisiones clínicas.

1.4.2 Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Murcia, España. 2003.18

El estudio se realizó en Inglaterra y tuvo como objetivo: conocer la satisfacción laboral del personal de enfermería español que acudió a trabajar a hospitales ingleses y analizar las características sociodemográficas y laborales que podrían estar relacionadas con su satisfacción. Se trató de un estudio transversal y que tuvo como su universo de estudio a todo el personal de enfermería español que, al 10 de abril del año 2003, contaba con un contrato laboral en algún hospital inglés y formaba parte del programa de contratación "UK/Spain Bilateral Agreement". En el momento en que se realizó el estudio existían 360 enfermeros/as repartidos en 24 hospitales ingleses. Finalmente, sólo se obtuvo la participación de 284 profesionales de enfermería.

Para conocer la satisfacción laboral, se usó un cuestionario de Font Roja. El cuestionario constó de un total de 24 preguntas, las cuales fueron agrupadas en 9 dimensiones: satisfacción por el trabajo que abordó cuatro preguntas; tensión relacionada con el trabajo cinco preguntas; competencia profesional tres preguntas; presión del trabajo se abordó en dos preguntas; promoción profesional tres preguntas; relación interpersonal con sus jefes dos preguntas; relación interpersonal con los compañeros una pregunta; características extrínsecas del estatus dos preguntas y monotonía laboral se abordó en dos preguntas. Los ítems corresponden a una escala tipo likert de 1-5, de menor a mayor grado de satisfacción, tomando como un grado intermedio de satisfacción laboral el punto 3. Para conocer el indicador global de la satisfacción laboral se usó la sumatoria de todas las respuestas dadas a cada uno de los ítems.

Se reportó que, en general, las enfermeras españolas que se encontraban laborando en hospitales ingleses expresaron un nivel medio de satisfacción global. Las dimensiones de relaciones con los compañeros y relaciones con los jefes obtuvieron mayores puntuaciones orientando hacia la satisfacción, mientras que las dimensiones con mayor insatisfacción laboral fueron satisfacción por el trabajo y competencia profesional.

Al analizar las dimensiones de bajas puntuaciones, los autores mencionaron que el aspecto de la satisfacción laboral que los encuestados valoran más es el apoyo social que ellos perciben en el trabajo. Además, expresaron que a pesar de que en principio se podría pensar que las diferencias culturales y las dificultades con el idioma podrían obstaculizar el desarrollo de una adecuada relación de los profesionales de enfermería españoles, el apoyo social fue uno de los factores mejor valorados por los profesionales de la salud. Los investigadores también expresaron la importancia de la antigüedad o tiempo de vivencia en Inglaterra, ya que un tercio de la muestra estuvo conformado por profesionales de enfermería que llevaban menos de 6 meses trabajando en Inglaterra, por lo que la satisfacción laboral puede estar muy influida por los problemas comunes de adaptación a una nueva cultura y organización laboral.

1.4.3 Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. México. 2006. 19

El estudio fue realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia Número 3 Centro Médico La Raza, Instituto

Mexicano de Seguro Social (IMSS), México; el cual tuvo como propósito describir los factores que intervienen, tanto en la percepción de la calidad de atención de enfermería, como los que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera.

El tipo de investigación fue descriptivo, exploratorio y transversal, en el cual la muestra fue conformada por 91 enfermeras y 182 pacientes. La selección de esta muestra fue al azar, se tomaron en cuenta los turnos matutino, vespertino y nocturno de la población del personal de enfermería y pacientes. Para el cumplimiento del objetivo planteado se aplicaron dos encuestas, ambas fueron medidas en una escala tipo Likert. La primera, para la medición de la satisfacción laboral, fue dirigida a las enfermeras y la otra, para la medición de la satisfacción del usuario por la atención recibida por parte de enfermería, fue dirigida al paciente.

La encuesta de satisfacción laboral tomó en cuenta cuatro dimensiones: evaluación institucional del personal; desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño personal; comunicación; y salud y condiciones laborales. Para conocer el nivel de satisfacción se agruparon 66 reactivos en las 4 dimensiones, cuya suma y su respectiva división entre el número de ítems, para cada uno de las dimensiones, dio lugar a un índice de satisfacción por dicha dimensión. Por lo tanto, el índice resultante dividido entre 66 ítems varió de 1 a 5; donde de 2.51 a 5 se consideró como satisfacción laboral y de 1 a 2.5 se consideró como insatisfacción laboral.

La encuesta de satisfacción del paciente tomó en cuenta siete áreas para la evaluación: oportunidad, amabilidad, proceso de la atención, resultados, relación enfermera-paciente, información y comodidad, con un total de siete ítems (uno para cada dimensión). La suma y respectiva división entre el número de ítems dio lugar a una escala de 1 a 5, donde 5 representó excelente atención, 4 suficiencia en la atención y 3 o menos una atención negativa, catalogada como: insuficiente (3), no realizada (2) e inadecuada (1).

Como resultado de dicha investigación se observó que el índice de satisfacción laboral global fue de 3.42 ± 0.55, expresando que el personal de enfermería estaba satisfecho. Los índices más bajos de satisfacción laboral fueron en las dimensiones de salud, condiciones laborales y evaluación institucional. En la comparación de las variables sociodemográficas se notó que, los hombres, el personal del turno vespertino y los que tenían tres empleos, expresaron mayores índices de satisfacción laboral.

En el caso de la satisfacción del usuario, por la atención recibida del personal de enfermería, se observó que: 12.1% de los pacientes encuestados expresaron satisfacción excelente, 48.4% suficiente, 28% insuficiente y 3.8% inadecuada. Los pacientes de 46 a 60 años, los que acudieron al servicio en 10 o más visitas en menos de seis meses y los del turno vespertino expresaron los índices más elevados de satisfacción. Las dimensiones con los menores índices de satisfacción fueron: la de oportunidad de la atención y trato amable.

Como resultado de este estudio, los investigadores concluyeron que, para los pacientes, la amabilidad, trato personal y oportunidad de la atención influyen en su percepción de buena o excelente calidad de atención; por lo tanto, los usuarios no expresan tanta importancia al sistema de salud, ya sea privado o público, sino que lo más importante es el trato que se les brinda y en el momento que ésta es dada. También, se concluyó que variables satisfacción laboral y satisfacción del usuario presentan una relación, ya que, si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, éste va a ofrecer servicios de calidad que repercuten directamente en la percepción de calidad del usuario.

1.4.4 La satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud como un factor de calidad.2006. 20

El estudio se realizó en el año 2006, en la Ciudad de Campeche y tuvo como objetivo conocer la satisfacción laboral del personal médico y paramédico de los Centros de Salud de la Ciudad de San Francisco de Campeche, para mejorar la calidad de los servicios de salud.

La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. Para el logro del objetivo se realizó un censo de los trabajadores de los Centros de Salud del municipio anteriormente mencionado, resultaron en total 96 trabajadores.

El instrumento usado para la medición contenía 24 preguntas, que se agruparon en 9 factores, para abordar todas las dimensiones involucradas en la satisfacción laboral. Los factores tomados en cuenta fueron: actividades que realiza, satisfacción específica, reconocimiento de sus superiores, remuneración económica, relaciones profesionales, equipo e

instrumental, carga de trabajo, presión en su trabajo, capacitación y desempeño laboral.

Como resultado de dicha investigación 64% expresaron estar satisfechos con su trabajo, 50% estaban satisfechos con las actividades que realizan, 60% estuvieron insatisfechos por el reconocimiento de sus superiores, 54% expresaron que el sueldo era adecuado, más de la mitad estuvieron satisfechos con las relaciones profesionales y 57% consideró que el equipo y las instalaciones no eran adecuados.

Los resultados del estudio, apoyaron al investigador a concluir, que la satisfacción del trabajador de la salud en el transcurso de su vida laboral es un factor importante para trabajar eficientemente y en la determinación de la calidad de la atención.

1.4.5 Satisfacción laboral del personal de salud. Nayarit, México. 200721

La investigación se llevó a cabo en una unidad de segundo nivel del IMSS en Tepic Nayarit, México, en el año 2007, tuvo como objetivo general: identificar el nivel de satisfacción laboral del personal de salud en dicha unidad médica.

El tipo de estudio fue transversal descriptivo. Para el cumplimiento del objetivo se aplicó una versión modificada del cuestionario S20/23, constituido por 23 reactivos, con los cuales se valoraron: 1. Satisfactores intrínsecos (reconocimiento al logro, trabajo interesante, oportunidad de destacarse o realizarse) y 2. Satisfactores extrínsecos (satisfacción con el salario, participación en las decisiones, satisfacción con el trato por parte de la empresa, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con la supervisión, satisfacción con las prestaciones en materia de formación y promoción, satisfacción con las prestaciones sindicales). El cuestionario se aplicó a 277 trabajadores de salud, se tomó en cuenta al personal operativo y base de todos los turnos. La distribución fue de la siguiente manera: área médica, servicios generales y de apoyo.

Junto con los satisfactores intrínisecos y extrínsecos, se consideraron variables como categoría contractual, turno laboral, antigüedad laboral, puesto, escolaridad, estado civil, ocupación y género. Para poder calificar la satisfacción laboral se utilizó la siguiente escala: 7 puntos equivalente a muy satisfecho, 6 bastante satisfecho, 5 algo satisfecho, 4 puntos indiferente, 3 algo insatisfecho, 2 bastante insatisfecho y 1 punto muy insatisfecho.

Dicho estudio, reportó que la satisfacción intrínseca es algo satisfactorio, pero en el caso de la satisfacción extrínseca se encontró que era indiferente; por lo tanto, el investigador hace énfasis en que los trabajadores muestran poco interés por las condiciones de trabajo. A manera de síntesis, la satisfacción laboral en el personal de salud se catalogó como indiferente.

Se precisó que la satisfacción del empleado, en el desempeño de sus actividades laborales, es considerada como un determinante primordial de la calidad de atención, ya que no es factible que una persona realice su trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecho con su desempeño y el resultado de ello.

1.4.6 Satisfacción laboral de la enfermería en las prisiones españolas. España. 2009.22

Estudio realizado en el periodo 15 de octubre de 2007 al 10 de febrero del año 2008, se llevó a cabo en 67 centros penitenciarios de España, el universo de estudio fue constituido por todos los enfermeros/as que laboran en dichos centros, un total de 600 profesionales, de los cuales únicamente participaron 376 enfermeros/as.

Se trató de un estudio descriptivo y transversal, que tuvo como objetivos: "valorar la satisfacción de los profesionales de enfermería penitenciaria en su trabajo y describir la posible influencia de otras variables analizadas sobre la satisfacción laboral".

El investigador hace énfasis sobre la importancia de conocer la satisfacción laboral del personal, no únicamente por lo característico de las funciones y labores que realiza dicho personal de enfermería en la sanidad penitenciaria, sino también porque el concepto, desde el enfoque de la gestión de servicios sanitarios, del nivel de calidad de los servicios sanitarios ofertados en un sistema sanitario, muestra una relación directa con el nivel de satisfacción de los trabajadores y, de igual manera, una vinculación con la motivación.

A través de un cuestionario validado de Font Roja y adaptado por J. Aranza, se obtuvieron los datos requeridos para el cumplimiento de la investigación. El cuestionario fue conformado por 24 apartados, que se agruparon en 7 factores y, a través de ellos, se buscó explorar todas las áreas que componen la satisfacción laboral:

1. Satisfacción en el trabajo: aborda los apartados que demuestran que el trabajador se encuentra satisfecho

con lo que realiza, tiene idea de que su actividad es útil y obtiene un reconocimiento por dicha actividad.
2. Presión en el trabajo: se refiere a la sensación del trabajador con respeto al tiempo y carga de su labor.
3. Relación personal: hace referencia al nivel de satisfacción que tiene el trabajador sobre la calidad y cantidad de relaciones sociales en el trabajo.
4. Distensión en el trabajo: hace referencia a la capacidad que tiene el trabajador para separarse del trabajo, competitividad, salario y sensación de poder hacer la tarea.
5. Adecuación para el trabajo: es la sensación del trabajador de estar plenamente capacitado y desempeñar el trabajo que, por condición y preparación, merece.
6. Control sobre el trabajo: la posibilidad de organizar el propio trabajo, aprender cosas nuevas y no alterarse en el desempeño de su profesión.
7. Variedad de la tarea: hace referencia a que el trabajador sienta que el trabajo no varía de un día para otro.

Como resultado se observó que las dimensiones con bajas puntuaciones fueron: variedad de la tarea, presión en el trabajo y control sobre el trabajo; mientras que las puntuaciones altas fueron en las dimensiones: distensión para el trabajo, adecuación para el trabajo, relaciones personales y satisfacción en el trabajo. Se reportó que los más satisfechos en el trabajo eran mujeres, con experiencia previa al trabajo en centros penitenciarios, realizaban cursos de formación continua al menos una vez al año y realizaban consultas programadas de enfermería en sus respectivos centros.

En términos de la satisfacción se encontró que el índice global de satisfacción fue aceptable, pero se recalcó que desde el punto que se trata de un medio peculiar como es el penitenciario y las características de aislamiento profesional, remarca la necesidad de mejorar la satisfacción laboral.

1.4.7 Diagnóstico del clima organizacional. Hospital Dr. Luis F. Nachón. Xalapa, Ver. , 2009 23

El estudio se realizó en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón en Xalapa, Ver., durante el año 2009. El objetivo de dicho estudio fue diagnosticar el clima organizacional en este hospital.

Fue de tipo descriptivo, transversal y observacional, para lo cual se realizó un censo a los 880 trabajadores de dicha institución, se tomaron en cuenta todos los turnos y nivel laboral.

Para el cumplimiento del objetivo, la investigadora se apoyó a la Guía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para identificación de Clima Organizacional, las variables investigadas fueron: liderazgo, motivación, reciprocidad y participación; y cada una estaba compuesta por cuatro dimensiones.

Liderazgo – dirección, estimulo de la excelencia, estímulo del trabajo en equipo, solución de conflictos.

Motivación – realización personal, reconocimiento de la aportación, responsabilidad, adecuación de las condiciones de trabajo.

Reciprocidad - cuidado del patrimonio institucional, aplicación del trabajo, retribución y equidad.

Participación - compatibilidad de intereses, compromiso con la productividad, intercambio de información, involucramiento en el cambio.

De acuerdo a la guía de la OPS, la escala de medición del clima organizacional se estructuró de la siguiente manera: de 0 a 2.5 puntos no satisfactorio; de 2.6 a 3.9 como poco satisfactorio y de 4.0 a 5.0 se consideró satisfactorio.

El promedio general del clima organizacional del Hospital Dr. Luis F. Nachón se reportó como no satisfactorio, expresado con un puntaje de 2.5; mientras que las variables: liderazgo fue de poco satisfactorio, reciprocidad de no satisfactorio, participación no satisfactorio y motivación no satisfactorio.

En el análisis del clima organizacional relacionado con el tipo de personal, se reportó que enfermería expresó un clima organizacional no satisfactorio, al igual que todas las variables estudiadas. Además, el análisis por turno laboral, no demostró diferencias marcadas en relación a la percepción no satisfactoria que tienen del hospital.

En general, los encuestados consideraron que las autoridades no contribuyen en la realización personal y profesional, al igual que no apoyan el reconocimiento por el buen desempeño y la existencia de retribución a las actividades laborales.

1.5 Marco contextual

1.5.1 Servicios de Salud de Belice

Hoy en día muchos países se encuentran en el proceso de reforma de los sistemas de salud y, la mayoría, se enfrenta a los desafíos de conformar un sistema de salud en el cual, tanto la financiación como la prestación de servicios de salud sean equitativos; buscar mayor eficiencia en la financiación y en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud; y lograr sistemas de salud que sean viables y sostenibles financieramente.[24]

El gobierno de Belice, a través del ministerio de salud (MOH, por sus siglas en inglés), es el proveedor principal de los servicios de salud, incluyendo la provisión de medicamentos, los cuales se proporcionan de manera gratuita a todos los usuarios.[25]

El ministerio de salud formula y emite las políticas sanitarias, se encarga de la planificación de salud nacional, la protección de la salud pública, la regulación, la investigación, la calidad y los estándares de los servicios sanitarios, así como la colaboración internacional y regional. Bajo la responsabilidad de MOH se encuentra una red de instalaciones a nivel nacional que consta de ocho hospitales localizados uno en cada distrito, con excepción de Cayo y la Ciudad de Belice que tienen dos hospitales en cada uno.[26]

El país cuenta con 76 instalaciones públicas, de las cuales 39 son centros de salud, mientras que las restantes 37 instalaciones son casas de salud.[6]

El sector privado es limitado pero se observa un incremento gradual y regulado debido al proceso de reforma del sector salud (RSS) que ha promovido la participación mixta, es decir, pública-privada en los servicios de salud.[27] La implementación de RSS no solamente ha apoyado la promoción de la participación mixta, sino también ha desarrollado un marco regulatorio y organizado tanto para el sector público como el privado, y a su vez mejorando la calidad en la provisión de servicios sanitarios. Antes de iniciar el proceso de la RSS, el sector privado se estuvo desarrollando sin regulación ni organización, aprovechándose de la capacidad limitada del sector público.

Actualmente la red de atención de salud privada está compuesta de aproximadamente 54 consultorios, que se encuentran principalmente en la ciudad de Belice además de cinco hospitales privados con un total de 79 camas.[6]

El sector social está compuesto por un hospital con veinte camas y cuatro clínicas distribuidas por el país, todas son legalmente reconocidas.[5]

Como resultado de la RSS, en el año 2001, se introdujo un nuevo integrante al sistema de salud, el Seguro Nacional de Salud (NHI por sus siglas en inglés, National Health Insurance) que trabaja bajo el mandato del Seguro Social de Belice (SSB – Social Security Board) y cuyo papel principal es actuar como el comprador de servicios. La introducción del NHI tiene como propósito el hacer una separación de funciones y una clara distinción entre:

1. Función del ministerio de salud - como regulador y de dar seguimiento a las políticas.
2. Función de NHI - como comprador de servicio médico.
3. Función de la red del sector público y privado - como proveedores de la atención medica.[28]

Clínicas conocidas como proveedores de atención de primer nivel (PCP por sus siglas en inglés – Primary Care Provider) o como Policlínicas, se establecieron en el área sur de la Ciudad de Belice y región sur del país.

Existe un total de 8 PCPs de los cuales 5 son del sector público, 2 del sector privado y 1 del sector social. Los PCPs del sector público están distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro 1. Proveedores de atención de primer nivel del sector público

Nombre del proveedor de atención de primer nivel	Ubicación
Matron Roberts Polyclinic	Ciudad de Belice
Dangriga Polyclinic	Distrito de Stann Creek
Independence Polyclinic	Distrito de Stann Creek
Punta Gorda Polyclinic	Distrito de Toledo
San Antonio Polyclinic	Distrito de Toledo

La distribución médico/ paciente es de 1:4000, por lo tanto, se busca que el equipo médico para cada PCP se constituya de tres médicos generales para finalmente proveer servicios a una población de 12,000 personas para cada PCP. Dentro de las áreas geográficas donde se encuentran las clínicas, el personal de salud es responsable de la vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, además de la atención médica.[29]

Figura 1. Mapa del país de Belice

Fuente: Government of Belize. Atlas of Belize. 3ª ed. Belice. 2000

En el año 2001, el Seguro Nacional de Salud se estableció en Belice, con el propósito de desarrollar un sistema de seguro de salud universal y así promover el acceso a los cuidados de la salud para todos los beliceños, como parte del Proyecto de la Reforma de Salud que tuvo como objetivo:

"Reducing healthcare costs for both the government and the population, and improving patient care". [8]

"Reducir el costo de cuidados de la salud, tanto para el gobierno como para la población, y mejorar los cuidados de los pacientes"[a], el Gobierno de Belice especificó que el Seguro Nacional de Salud sería el instrumento primordial de financiación y comprador de los servicios de salud, tanto del sector público como el privado. [8]

a Traducción del inglés al español, por la investigadora. Cercone J. Ortiz C. Monía D. National Health Insurance Belize Southside Project. Evaluation of six months result – final report. Belize. 2002

El sistema de salud tradicional, estructurado alrededor de una integración vertical del sistema público y sin una clara separación de funciones, ha llevado al sistema de salud a niveles inaceptables de ineficiencia, insatisfacción de los usuarios, baja calidad de la provisión de servicios, proveedores de servicios sanitarios que ignoran la demanda de la población en busca de mejor calidad de servicios y la falta de acceso a servicios básicos.

La introducción del Seguro Nacional de Salud creó un nuevo paradigma en el sistema de salud, en donde se marcó una separación de las funciones básicas de éste y, como resultado de dicha separación, el mecanismo de financiación que permitiría mejorar el acceso, eficiencia y calidad en el sistema de salud.

La implementación del Seguro Nacional de Salud se diseñó, específicamente, para tratar los problemas de ineficiencia e inequidad en los gastos del sector salud.

Los objetivos del Seguro Nacional de Salud son: [8]

I. Introducir la competencia organizada, a través de la creación de un único comprador de servicios y, así, estimular las funciones y actividades paralelas entre el sector privado.
II. Lograr un sistema de financiación equitativo y sostenible.

La misión del Seguro Nacional de Salud es de obtener el mayor valor de cada centavo invertido en el sector salud y promover el acceso universal a la salud.

Como resultado de la necesidad del Gobierno de Belice en asegurar la separación de funciones, se acordó que el Seguro Nacional de Salud sería un departamento especializado dentro de la estructura del Seguro Social de Belice,. Por lo tanto, desde la implementación del Seguro Nacional de Salud, se agregó el departamento a la estructura organizacional de Seguro Social.

Actualmente, no se ha logrado el acceso universal del Seguro Nacional de Salud en todo el país, ya que su implementación se ha realizado en fases, en donde primero inició, como una prueba piloto, fue en la región sur de la Ciudad de Belice (sigue en existencia), ya que la decisión del Gobierno Federal se basó en que dicha región cuenta con infraestructura sanitaria limitada y cuya población tiene alto riesgo de enfermar debido a las características socioeconómicos de la población.

Cinco años después de la implementación del Seguro Nacional de Salud, en la Ciudad de Belice, se extendió la cobertura de los beliceños en la región sur del país, a los distritos de Stann Creek y Toledo; permitiendo acceso ahora, a una población total de 93,829 beliceños.

Con el fin de proporcionar los servicios, se cuenta con un total de 126 trabajadores distribuidas en las áreas administrativas, médicos y enfermeras.

Tabla 1. Total de personal de los proveedores de atención en cinco clínicas de primer nivel del sector público. Belice Centro América. 2010

Puesto laboral	**Proveedores de atención de primer nivel del sector público**					
	Matron Roberts	**Dangriga**	**Independence**	**San Antonio**	**Punta Gorda**	**Total**
Administrador/ director	1	1	1	1	1	5
Médico	3	2	3	0	2	10
Enfermera	10	9	12	4	6	41
Asistente dental	1	0	0	0	0	1
Farmaceutico	1	0	0	0	0	1
Recepcionista	2	1	1	1	1	6
Secretaria	0	1	0	0	0	1
Archivo	5	3	9	2	5	24
Limpieza	2	2	0	0	0	4
Jardinero	1	1	0	0	0	2
Seguridad	2	1	0	2	0	5
Vigilante	0	3	6	4	3	16
Mensajero	1	0	3	0	0	4
Chofer	0	0	3	2	1	6
Total	29	24	38	16	19	126

Fuente: Elaboración propia a partir de la plantilla de personal reportado por el Seguro Nacional de Salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema de Salud de Belice, como en muchos otros países, ha experimentado una serie de cambios para adaptarse a las exigencias de la Reforma del Sector Salud; como parte de este proceso se busca brindar una buena calidad de los servicios de salud para la población. Para el cumplimiento de este último, la atención con calidad, se ha enfocada a los usuarios y con poca o nula atención a lo que está sucediendo con el cliente interno, al personal que forma parte de las cinco policlínicas.

Es difícil pensar que la atención sanitaria siempre se llevará a cabo con calidad, si quienes brindan el servicio carecen de incentivos y motivación; por lo tanto, si se ignora a los clientes internos (el personal), los esfuerzos de lograr una buena calidad en la atención sanitaria, quedará sólo en discursos.

El conocimiento de la satisfacción laboral, no sólo juega un papel en el aspecto moral de los administradores, al saber que sus subordinados se desempeñan en un ambiente satisfactorio, sino también, que el comportamiento de los empleados satisfechos puede ser proyectado en buenos resultados para el desarrollo de la organización.

Considerando que las unidades médicas son organizaciones donde se coordinan las actividades para servir a la población, este servicio es altamente dependiente de las relaciones entre el mismo personal y el personal con la población usuaria.

La satisfacción laboral es un aspecto importante que influye en el comportamiento del personal, que cuando se encuentran satisfechos conduce al logro de los objetivos, como sería el éxito de buena calidad de atención otorgado en las clínicas.

Este estudio, siendo el primero a ser realizado con este enfoque en las policlínicas y en el país, tiene como intención contribuir a la mejora continua en la calidad de los servicios de salud a través de esta primera medición sobre el conocimiento de la satisfacción laboral del personal de salud del sector público. Además, la investigación tiene el propósito de conocer los aspectos específicos del trabajo que inciden en la satisfacción del trabajador, para así ofrecer, a los niveles gerenciales, Seguro Nacional de Salud y Ministerio de Salud, la información necesaria para la implementación de intervenciones oportunas que apoyen al desarrollo del recurso humano, conduciéndolo a una mejor motivación, mayor satisfacción y orgullosos de su desempeño, lo que finalmente apoyará a entregar servicios de salud con buena calidad. Por tal motivo, la realización de esta investigación no es únicamente con una finalidad académica, sino que ha despertado el interés del departamento del Seguro Nacional de Salud, cuyo apoyo ha sido crucial para la autorización y organización de las actividades necesarias para la recolección de datos en el tiempo establecido para relizar la investigación.

Cuando hay insatisfacción en una organización es posible que se presenten altos índices de ausentismo, retardos, daños a la salud y constante rotación del personal, por lo tanto, considerando que Belice como muchos otros países se encuentra luchando contra la deficiencia de los recursos humanos en salud, es de suma importancia evitar la pérdida de los profesionales de la salud. La rotación del personal no sólo afecta a la organización en términos de costos, sino también a la población beneficiaria de los servicios porque el proceso de reemplazo tiende a ser prolongado y, finalmente afecta el servicio para la población.

La falta de conocimiento sobre la satisfacción laboral del personal en las instituciones sanitarias públicas y privadas, dificulta poder comparar la satisfacción laboral de alguna de las cinco policlínicas, con otras instituciones sanitarias fuera del país; mi experiencia laboral en el sistema de salud, me hace pensar que la realidad de las policlínicas en Belice sea similar a los estudios presentados dentro del marco empírico, en donde la satisfacción es media.

En este sentido se justifica la necedad de realizar este estudio para conocer y fortalecer el sistema de salud.

2.1 Pregunta de investigación

¿Existe satisfacción laboral en el personal de las policlínicas del sector público que han sido contratados por el Seguro Nacional de Salud para la provisión de atención sanitaria. Belice C. A. en el 2011?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Conocer y analizar la satisfacción laboral del personal adscrito a las policlínicas del sector público que han sido contratadas por el Seguro Nacional de Salud para la provisión de atención sanitaria. Belice Centro América, 2011.

3.2 Objetivos específicos

1. Conocer la satisfacción laboral del personal de las cinco policlínicas del sector público en relación con las variables:

a. Sociodemográficas
b. Categorías laborales
c. Condiciones ambientales del trabajo
d. Recursos materiales
e. Responsabilidad
f. Participación
g. Comunicación
h. Reconocimiento
i. Salario
j. Promoción profesional
k. Relaciones interpersonales
l. Relación con los directivos
m. Competencia de los directivos
n. Capacitación de los recursos humanos

2. Proporcionar recomendaciones para mejorar la satisfacción laboral o conservarla, según sea el caso.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma del estudio

El estudio se ubica en un paradigma positivista, ya que se buscará conocer la satisfacción laboral usando un instrumento válido y confiable, con el fin de asegurar la objetividad de la información obtenida.

Para el análisis de la información, se utilizarán métodos estadísticos y se analizará el fenómeno estudiado sin el involucramiento de los valores, ni manipulación de los datos por parte del investigador.

4.2 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo, porque únicamente busca especificar las características importantes de la satisfacción laboral.

Debido a que el investigador no hará manipulación de los datos obtenidos y solamente describirá el fenómeno estudiado, se considera que el estudio es de tipo observacional.

Transversal, porque para el cumplimiento del estudio sólo se requerirá hacer una medición en una sola ocasión, mejor dicho, un corte en el tiempo.

4.3 Universo de estudio

El universo de estudio, para la investigación, comprende a los 126 trabajadores de las cinco policlínicas: Matron Roberts, Dangriga, Independence, Punta Gorda y San Antonio.

4.4 Muestra

Se realizará un muestreo por conveniencia, el criterio de selección de los trabajadores, es tomar únicamente a aquellos que tienen contacto directo con la población usuaria, siendo éstos el personal administrativo (secretaria, personal de archivo, recepcionista), administradores, médicos y enfermeras, resultando en un total de 86 trabajadores de las policlínicas de Matron Roberts, Dangriga, Independence, Punta Gorda y San Antonio.

4.4.1 Criterios de inclusión

- El personal administrativo (secretaria, personal de archivo, recepcionista), administradores, médicos y enfermeras de las policlínicas de Matron Roberts, Dangriga, Independence, Punta Gorda y San Antonio y que acepten participar en la investigación.
- Personal que ha estado laborando en la policlínica durante 6 meses o más.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personal que se encuentre en periodo vacacional durante la aplicación del cuestionario.
- Personal en servicio social.
- Personal que forma parte de las brigadas cubanas, nigerianas u otras.
- Personal que tenga menos de 6 meses de laborar en la policlínica.
- Personal de limpieza, jardinería, mensajería, vigilancia, seguridad y chofer.

4.5 Variables

Tabla 2. Operacionalización de las variables de la satisfacción laboral

Variables	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Indicador**	**Fuente de información**	
				Sección del cuestionario	Número de ítem
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.[3]**0**	Años cumplidos del trabajador al momento del levantamiento de la información.	Los años que exprese el trabajador.	Primera	4
Sexo	Conjunto de características físicas determinadas por los cromosomas sexuales por las que se diferencian el hombre y la mujer.	La que seleccione el trabajador en el apartado de sexo.	Masculino Femenino	Primera	5
Escolaridad	Número de años que aprobaron las personas de 15 años y más, en el Sistema Educativo Nacional.[31]	Último nivel de estudio que haya realizado el trabajador.	Primaria Secundaria Universitario Posgrado	Primera	6
Antigüedad laboral	Cantidad de tiempo que tiene una persona en el mismo empleo.[28]	El tiempo que el trabajador ha laborado en la institución	Los años que el trabajador, tiene de laborar en la institución.	Primera	3
Categoría laboral	Es el agrupamiento de categoría profesional valorando la similitud de tareas. [21]	Corresponde al tipo de contratación relacionada con la actividad que realiza	1. Administrativo 2. Médico 3. Enfermera 4. Recepcionista 5. Personal de archivo	Primera	7
Condiciones ambientales del trabajo.	Son las circunstancias físicas que rodean al empleado mientras desempeña sus labores.[13]	La percepción de las condiciones que tengan los trabajadores sobre la iluminación, ventilación y temperatura del medio ambiente donde desempeñan sus labores.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 5, 15,14	Segunda	5, 17,14
Recursos materiales	Son los medios necesarios para las operaciones básicas del empleado dentro de la organización.[13]	Las condiciones de las instalaciones, espacio físico e instrumental que el trabajador considere como necesario para el cumplimiento de sus labores.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 3, 19,30,45,63,68	Segunda	3,9,30,45,63,68
Responsabilidad	Capacidad de las personas para responder por sus deberes y por las consecuencias de sus actos. [31]	Como percibe el trabajador su conocimiento y comprensión sobre su ubicación en la organización, las labores que realiza, grado de identificación con los objetivos institucionales y la confianza que brindan los superiores.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 8,13, 24, 35, 46, 59, 77,83	Segunda	8,13, 24, 35, 46, 59, 77, 83

Participación	Es la inclusión mental y emocional de las personas en situaciones de grupo, que las alienta a contribuir con los objetivos del grupo.[19]	Como el trabajador considera que se toman en cuenta su colaboración para el cumplimiento de los objetivos organizacionales y la libertad de ser creativos en la aportación de actividades que beneficien a la organización.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 1, 22, 32, 33, 42, 49	Segunda	1, 22, 32, 33, 42, 49
Comunicación	Proceso que une a las personas para que compartan ideas, hechos, conocimientos, sentimientos y valores.[13]	La claridad y efectividad con que el trabajador percibe que se le avisan los cambios organizacionales, prácticas o nuevas disposiciones referentes a las actividades.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 9,23, 28, 36,51,60,64, 69	Segunda	9, 23, 28, 36, 51,60, 64, 69
Reconocimiento	Cuando la organización da crédito al esfuerzo que cada persona o grupo de personas ejecuta en las tareas asignadas para el logro de los objetivos organizacionales.[31]	Percepción del trabajador sobre las recompensas que generan sentimiento positivo por ejecutar sus tareas.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 10,16, 29, 44, 54, 62,66, 73	Segunda	10, 16, 29, 44, 54, 62, 66, 73
Salario	Conjunto de las diferentes percepciones (monetarias o en especie) que un agente económico obtiene como contraprestación a las actividades profesionales productivas realizadas por cuenta ajena. [32]	La percepción que tiene el trabajador sobre el pago que obtienen por sus servicios prestados dentro de la organización.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 6, 39,47	Segunda	6, 39,47
Promoción	El cambio de categoría de una persona en la jerarquía de la organización donde trabaja.[28]	La satisfacción que el trabajador tenga sobre la política de la organización con respecto a las promociones y ascenso laboral además de la frecuencia del mismo.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 2, 25, 38, 52, 71, 74, 79, 82	Segunda	2, 25, 38, 52, 71, 74, 79, 82
Relación interpersonal	Relaciones internas y trato entre los compañeros de trabajo.[13]	La percepción del trabajador sobre el trato existente entre los compañeros de trabajo.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 11, 21, 43, 67, 70, 78	Segunda	11, 21, 43, 67, 70, 78
Relación con los directivos.	Relaciones internas y trato entre los supervisores y sus subordinados.[13]	Grado en que el trabajador considera que conoce lo que el directivo espera de él.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 12, 27, 55, 56	Segunda	12, 27, 55, 56
Competencia del directivo.	Habilidad del directivo o administrador de transformar sus conocimientos especializados en acción para el éxito de la organización.[11]	Percepción que tenga el trabajador sobre la habilidad del directivo en aspectos conceptuales, técnicas y trato personal.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 7, 20, 26, 31, 34, 37, 41, 48, 53, 58, 65, 75, 76, 80, 81	Segunda	7, 20, 26, 31, 34, 37, 41, 48, 53, 58, 65, 75, 76, 80, 81
Capacitación de los recursos humanos	Proceso educativo de corto plazo y organizada para que los trabajadores obtengan mayor conocimiento y desarrollen habilidades en función de sus tareas.[13]	Percepción del trabajador sobre el adiestramiento recibido para incrementar conocimientos y habilidades relacionados con sus actividades laborales.	Sumatoria y promedio de los valores de los ítems 4, 17, 18, 40, 50, 57, 61, 72	Segunda	4, 15, 18, 40, 50, 57, 61, 72

4.6 Técnica de obtención de datos

Con la finalidad de dar una respuesta a la pregunta de investigación se empleará únicamente una técnica de investigación: encuesta a través de cuestionario. Entendiendo ésta como un método en el cual se usa un instrumento impreso, destinado a obtener respuestas relevantes para el estudio y que el investigador o la persona consultada llena por sí mismo. [33]

4.7 Instrumento para la recolección de datos

El instrumento está compuesto por dos secciones, la primera es la ficha de identificación, en la cual se busca la recolección de datos como: el nombre de la policlínica donde labora el encuestado, la función que desempeña, antigüedad laboral, edad, sexo, escolaridad y categoría profesional.

La segunda sección consta de un total de 83 afirmaciones, que permiten explorar las 15 variables que se relacionan con la satisfacción laboral. Cada afirmación contiene dos opciones de respuestas, verdaderas y falsas. Las afirmaciones se han distribuido de manera aleatoria sin identificación de su relación con alguna de las variables.

Se recabará exclusivamente lo que el trabajador percibe con respeto a las variables del estudio.

El instrumento se elaboró con el apoyo de una guía práctica de la OPS[34], en el cual se incluyeron 18 afirmaciones que se relacionan con las variables de la satisfacción laboral, las restantes 65 afirmaciones fueron elaboradas por el investigador, para completar la recolección de los datos necesarios para el estudio.

El cuestionario estructurado será contestado por el trabajador. Se entregará una copia del instrumento a los trabajadores en un sobre, que después de responderlo será colocado en el mismo sobre y asegurar que esté sellado. Al final de la jornada laboral, el investigador recogerá el sobre de todos los participantes en la investigación.

El instrumento será traducido al idioma oficial de Belice, inglés.

Cada respuesta está codificada, para asignar valores de cero y uno, a los resultandos de la siguiente manera:

Tabla 3. Distribución aleatoria de las afirmaciones en relación a la variable y valor de cada ítem

Variable	No. de ítem	Valor		Total
		Verdadero	Falso	
Condiciones ambientales	5	1	0	3
	17	1	0	
	14	0	1	
Recursos materiales	3	0	1	6
	19	1	0	
	30	0	1	
	45	1	0	
	63	0	1	
	68	1	0	
Responsabilidad	8	1	0	8
	13	0	1	
	24	0	1	
	35	1	0	
	46	0	1	
	59	1	0	
	77	1	0	
	83	0	1	
Participación	1	1	0	6
	22	1	0	
	32	1	0	
	33	0	1	
	42	1	0	
	49	0	1	
Comunicación	9	1	0	8
	23	1	0	
	28	0	1	
	36	1	0	
	51	0	1	
	60	0	1	
	64	1	0	
	69	1	0	
Reconocimiento	10	0	1	8
	16	0	1	
	29	0	1	
	44	1	0	
	54	1	0	
	62	1	0	
	66	1	0	
	73	0	1	
Salario	6	0	1	3
	39	0	1	
	47	1	0	
Promoción	2	1	0	8
	25	0	1	
	38	0	1	
	52	1	0	
	71	0	1	
	74	1	0	
	79	1	0	
	82	0	1	
Relación interpersonal	11	0	1	6
	21	0	1	
	43	1	0	
	67	1	0	
	70	1	0	
	78	0	1	

Relación con los directivos	12 27 55 56	1 1 1 0	0 0 0 1	4
Competencia del directivo	7 20 26 31 34 37 41 48 53 58 65 75 76 80 81	1 0 1 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 1 0	0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1	15
Capacitación de los recursos humanos	4 15 18 40 50 57 61 72	1 1 0 0 1 0 0 1	0 0 1 1 0 1 1 0	8

Cada variable consta de cierto número de ítems, los cuales en conjunto le darán la categorización de satisfacción o insatisfacción. El puntaje obtenido con valor entre la mínima y la media es equivalente a insatisfacción; el número de puntos entre la media y un décima, y el puntaje máximo equivale a satisfacción.

Tabla 4. Puntaje de las variables medidas en el cuestionario de satisfacción laboral.

Variable	Puntaje mínimo	Media	Puntaje máxima
Condiciones ambientales	0	1.5	3
Recursos materiales	0	3	6
Responsabilidad	0	4	8
Participación	0	3	6
Comunicación	0	4	8
Reconocimiento	0	4	8
Salario	0	1.5	3
Promoción	0	4	8
Relación interpersonal	0	3	6
Relación con los directivos	0	2	4
Competencia del directivo	0	7.5	15
Capacitación de los recursos humanos	0	4	8
Satisfacción global	0	41.5	83

Fuente: elaboración propia

4.8 Validación del instrumento

Al terminar la elaboración del instrumento de recolección de datos se inicia el proceso de validación y confiabilidad.

La validez es una de las dos características importantes que deben poseer los instrumentos usados en una investigación. Es el grado en que se logra la medición del fenómeno, en este caso la satisfacción laboral, con la utilización del instrumento que se pretende usar en el estudio. [30]

Para la validación del instrumento de este estudio se tomará en cuenta lo siguiente:

- Validez de contenido: este tipo de validez asegura que en el instrumento de medición se haya tomado en cuenta todas las variables que forman parte de la investigación. 35 Para cumplir con esta validez se consultará a expertos para analizar cada ítem y sus respuestas del cuestionario. En este caso que acudirá a los lectores de la tesis y otros dos maestros expertos en la elaboración de instrumentos.

Con la finalidad de mejorar la calidad del instrumento se hará una prueba piloto aplicando el instrumento en una población con características similares a las policlínicas de este estudio. Se hará esta prueba para verificar la calidad de las preguntas, tomando en cuenta la comprensión de cada ítem, claridad de las instrucciones, el tiempo en que dura la contestación de las encuestas y la concordancia entre las respuestas obtenidas en dos momentos diferentes.

Se entiende por confiabilidad como el grado de congruencia con el cual el instrumento mide la variable que debería de estarse midiendo.[36] Por lo tanto para la confiabilidad del instrumento, se hará en términos de la confiabilidad de estabilidad a través del test – retest.

El cálculo se hará de la siguiente manera:[37]

$$r = \frac{N \text{å} XY - \text{å} X \ \text{å} Y}{\text{Ö}[N \text{å} X^2 - (\text{å} X)^2]\ [N \text{å} Y^2 - (\text{å} Y)^2]}$$

En donde:

r es el coeficiente de correlación entre las dos administraciones del cuestionario

N =el número de personas
å XY = el resultado de la suma del producto de cada valor de X por su correspondiente valor en Y.
å X = suma de los valores de X (primera aplicación)
å Y = suma de los valores de Y (segunda aplicación)
å 2 = X resultado de sumar los valores de X elevados al cuadrado
å 2 = Y resultado de sumar los valores de Y elevados al cuadrado
(å) = 2 X suma total de los valores de X, elevada al cuadrado
(å) = 2 Y suma total de los valores de Y, elevada al cuadrado

4.9 Procedimiento para la recolección de datos

4.9.1 Autorización

Para la obtención de la autorización para realizar el estudio, se hará una presentación del protocolo al Comité del Seguro Nacional de Salud el cual cuenta con la representación del Gobierno de Belice, Ministerio de Salud, Seguro Social de Belice, Buro de negocios de Belice, Consejo de iglesias de Belice, Asociación de médicos y dentistas, Organización de compañías de seguros, Congreso nacional de comercio de Belice, Cámara de comercios e industrias de Belice. [8]

Para la recolección de datos se visitará a los administradores de las cinco policlínicas, para acordar la fecha y horario en el cual se pueda acceder a las instituciones y, dependiendo de lo discutido, se elaborará el cronograma de actividades correspondientes.

Actualmente el plan de actividades para la realización de la investigación es de la siguiente manera:

Cuadro 2. Cronograma de actividades

Actividades	**Meses**				
	Enero	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**
Presentación del protocolo al Comité del Seguro Nacional de Salud	XXX				
Proceso de confiabilidad	XXX				
Reunión con los administradores de las policlínicas	XXX				
Prueba piloto de los instrumentos		XXX			
Recolección de datos		XXX			
Procesamiento y análisis de datos			XXX	XXX	
Reporte final de la investigación					XXX

4.10 Procesamiento y análisis de los datos

Se elaborará una base de datos usando el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 17 (SPSS). Este programa informático apoyará en el análisis descriptivo que se busca hacer en esta investigación.

Primero se buscará la calificación de cada ítem por trabajador, posteriormente se sumará y se sacarán los promedios para conocer si hay o no hay satisfacción laboral. Luego se calculará el promedio de cada dimensión, para conocerla con menor y mayor satisfacción. También se hará un análisis de la existencia de satisfacción o insatisfacción en las diferentes categorías laborales.

Después de conocer los resultados, se presentarán en tablas y gráficas de barras para cada variable.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Government of Belize. Atlas of Belize. 3ª ed. Belice. 2000. 55p.

2. Cordero A. Bobenrieth M. Administración de Sistemas de Salud. Edición Propia; 1983. 404p.

3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. , [Internet]. Ginebra. 2000. [citado 02 nov.2009]; Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf

4. Organización Mundial de la Salud .Primary health care: a framework for future strategic directions. [Internet]. Ginebra: (WHO/MNC/OSD/03.01).2003. [citado 19 dic.2009]; Disponible en: https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index6.html

5. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ª ed. Chavez L, traductor. México: Editorial Mc Graw Hill; 2006. 555p

6. Chiavenato I. Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones. 2ª ed. Mascaró P, traductor. México: Editorial Mc Graw Hill; 2009. 523p.

7. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos, El capital humano de las organizaciones. 8ª ed. Mascaró P., Hano M., traductores. México: Editorial Mc Graw Hill; 2007. 50p.

8. Efere P. Motivation and job satisfaction. [Internet]. Londres. 2005. [Consultado 2010 mayo 28]. Disponible en: bayelsa.org.uk/pdf/bsup-motivation-and-job-satisfaction.pdf

9. Robbins S. Administración - Teoría y práctica. 4ª ed. Quiñones A, traductor. México: Editorial Prentice – Hall Hispanoamericana, S. A; 1994. 697p.

10. Pérez E., Segura M., Cuadrado J. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Función directiva y recursos humanos en sanidad. Editorial Díaz de Santos; 2006. 363p.

11. Lopez C. Teoría y pensamiento administrativo. [Internet]. México. 2001. [Consultado 2010 mayo 11] Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/26/teoriaz.htm

12. Robbins S. y Coulter M. Administración. 8ª ed. Dávila J, traductor. México: Editorial Pearson Educación; 2005. 640 p

13. Davis K., Newstrom J. Comportamiento Humano en el trabajo. 11ª ed. México: Editorial Mc.Graw Hill; 2002.622p.

14. Robbins S. y Judge T. Comportamiento Organizacional. 13ª ed. Enriquez J, traductor. México: Editorial Pearson Educación; 2009. 718p.

15. Meliá J. Cuestionario de satisfacción laboral S21/26. Psicología de la seguridad laboral. Universidad de Valencia. [Internet]. 1998. [Consultado 2010 diciembre 09]; Disponible en: http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S21_26.PDF

16. Meliá J. Cuestionario de satisfacción laboral S20/23. Psicología de la seguridad laboral. Universidad de Valencia. [Internet]. 1998. [Consultado 2010 diciembre 10]; Disponible en: http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S20_23.PDF

17. Fernández M., Moinelo A., Villanueva A. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. Revista Española de Salud Pública. [Internet]. 1997; [Consultado 2010 noviembre 17]; 74 (2); 139- 147. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v74n2/satisfaccion.pdf

18. Martínez M., Torres M., Velandrino A. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Gac Sanit. [Internet]. 2008. [Consultado 2010 septiembre 01]; 22(5) 434-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n5/original6.pdf

19. Ponce J. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad de alta especialidad. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2006. [Consultado 2010 mayo 09]; 14 (2) 65 – 75. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062b.pdf

20. Romero R. La satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud como un factor de calidad. Campeche. [Tesis de Maestría]. Xalapa, Veracruz: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana; 2006: 103pp.

21. García M. Satisfacción laboral del personal de salud. Rev Enferm Instituto Mexicano de Seguro Social. [Internet]. 2007. [Consultado 2010 julio 7]; 15 (2) 63-72. Disponible en: imss.gob.mx/NR/rdonlyres/.../0/RevEnf2022007.pdf

22. Vera E. Mora L. González J. Satisfacción laboral de la enfermería en las prisiones españolas. Rev Esp Sanid Penit. [Internet]. 2009,[Consultado 2010 agosto 20]; 11: 80-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000300004&lng=es&nrm=iso

23. Cortés N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. [Tesis de Maestría]. Xalapa, Veracruz: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. 2009: 183 pp

24. Hsiao WC. Financing health care in developing countries. In: The World Bank Institute. [Internet]. Washington D.C 1998.[consultado 05 sep. 2009] Disponible en : http://www.hcs.harvard.edu/~epihc/currentissue/fall2003/liu_hsiao.pdf

25. Government of Belize/Ministry of Health.The Quest for Equity: Belize National Health Plan 1996-2000. Belice. 1996.

26. Organización Mundial de la Salud. Health in the America. [Internet]. Washington; 2007. [Citado 02 nov.2009]; Disponible en: http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesing/Belize%20English.pdf

27. Cambridge Consulting Corporation. Review and Analysis of Legislation Relevant to the Health Policy ReformProcess. Belize; 1997. 167p

28. Cercone J. Ortiz C. Monía D. National Health Insurance Belize Southside Project. Evaluation of six months result – final report. Belize. 2002. 166p.

29. Ministry of Health Belize. Health Agenda.2007 -2011. Belice; 2006. 65p.

30. **Diccionario del español usual en México** *dirigido por Luis Fernando Lara.* [Consultado 2010 agosto 11]; *Disponible en:* http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/35716130101359941976613/p0000011.htm#I_28 .

31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nota técnica. Cálculo de indicadores de INEGI. [Internet]. [Consultado 2010 diciembre 14]; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/

32. Rubio S. Glosario de planificación y economía sanitaria. 2ª ed. Madrid: Díaz Santos; 2000. 539.

33. Pineda E., Alvarado E. Metodología de la Investigación. 3era ed. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 259p.

34. Marín J, Melgar A., Teoría y técnica de desarrollo organizacional. Guatemala: editorial OPS, OMS.

35. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: McGraw – Hill; 1998. 501p.

36. Polit D., Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. Féher B., traductor. México: McGraw – Hill Interamericana; 1997. 700p.

37. Pita Fernández S., Pértega S. Relación entre variable cuantitativas. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Rev Cad Aten Primaria [Internet].1997. [Consultado 2010 diciembre 09]; 4:141-144. Disponible en: http://www.dip.bqto.unexpo.edu.ve/pdfs/doctorado1.pdf

SIGNIFICADOS CULTURALES DEL PAPANICOLAOU: VOCES DE MUJERES RURALES Y URBANAS QUE NO SE REALIZAN LA PRUEBA

Alma Delia Guevara Méndez
Directora de tesis: Mtra. Rocío López Lara
Co-directora de tesis: Dra. María del Carmen López Zermeño

RESUMEN

Objetivo: Analizar los significados que tienen el cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou para mujeres del medio rural y urbano que no se han realizado la prueba, identificando la forma como participan sus experiencias e interacciones sociales en esas construcciones.

Método: Estudio cualitativo, de tipo interpretativo, con enfoque teórico de la antropología médica y el Interaccionismo simbólico. Se seleccionará una localidad rural del municipio de Tatatila y un sector urbano de Xalapa, Veracruz, ambos con un alto índice de casos de CaCu y/o un bajo nivel de realización de pruebas de tamizaje. Mediante muestreo intencional de casos-tipo se identificaron dos tipos sociales relacionados con el problema: a) mujeres que no se han realizado la prueba y b) mujeres que se la realizaron tardíamente, ante la presencia de sintomatología. Entre las dos localidades, se contactará un número estimado de 16 a 20 mujeres que cubran los atributos de los tipos sociales previstos, con apoyo de los servicios de salud locales (Centro de Salud rural y clínica-hospital urbana). Para la recuperación del discurso se planea realizar un mínimo de 5 entrevistas semiestructuradas en cada tipo social y en cada variante poblacional, además de grupos focales en el caso de las mujeres que no se han realizado la prueba.

Los grupos focales se concluirán con una técnica proyectiva, mediante la historia de una mujer que se realizó la prueba hasta que presentó síntomas. Para las entrevistas y grupos focales se utilizarán guías temáticas flexibles, piloteadas previamente en una población semejante a la del estudio. La información se transcribirá textualmente y se codificará primero de forma abierta y luego axial; se hará un análisis de contenido temático, según estrategia de De Souza Minayo, Mercado y Torres.

PRESENTACIÓN

El presente documento se conforma por cuatro capítulos, siendo el primero el Marco referencial de la investigación; en él se incluye información sobre los dos enfoques teóricos que fundamentan el estudio: la antropología médica y el interaccionismo simbólico, como miradas sociales del proceso de salud-enfermedad.

El segundo capítulo es el planteamiento del problema, donde se argumenta la relevancia del objeto de estudio a través de mostrar el panorama epidemiológico del cáncer cérvicouterino en el ámbito mundial, regional y local, así como el nivel de adherencia a la citología identificado en las zonas en estudio; se muestran también las localidades más vulnerables en el estado de Veracruz y se concluye con la pregunta de investigación.

El tercer capítulo enuncia el objetivo de la investigación, que dirige la trayectoria y proporciona el sentido de este estudio.

En el cuarto capítulo se presenta la metodología de la investigación, detallando el paradigma al que se suscribe, el tipo de estudio y de diseño, así como el tipo de muestreo y la forma cómo se seleccionará la muestra. Se mencionan los ejes de análisis y las categorías conceptuales a utilizar; se presentan las técnicas e instrumentos para la obtención de la información y el plan de validación de estos; también se hace referencia a los criterios que asegurarán el rigor metodológico del estudio, el plan para el procesamiento y análisis de la información y, por último, el método para el análisis cualitativo.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas citadas a lo largo del documento y los anexos que complementan el protocolo de la investigación.

INTRODUCCIÓN

Según el Programa Nacional de Salud 2007-2012[1], los tumores de cuello del útero ocupan el décimo lugar entre las principales causas de mortalidad de mujeres, en México. El cáncer cérvicouterino (CaCu) representa uno de los problemas de salud pública más estudiados desde los más diversos frentes: a nivel administrativo y de política pública, se han analizado los pros y contras de los planes y programas dirigidos a su prevención y detección oportuna, sus coberturas y su costo-efectividad; a nivel epidemiológico, se ha identificado su prevalencia, mortalidad y distribución entre la población y el peso de los factores asociados a su origen; a nivel bioquímico, se han estudiado las características de los principales serotipos de Virus de Papiloma Humano (VPH) asociados al desarrollo de CaCu, así como a nivel histopatológico el crecimiento y comportamiento de tejidos neoplásicos. Sin embargo, aún son escasas las investigaciones centradas en el sentir y la voz de la mujer respecto de las acciones preventivas y/o de la experiencia de enfermar de CaCu.

La Organización Mundial de la Salud señala que para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por CaCu, se requiere de programas eficaces de prevención, de servicios de tamizaje con coberturas y calidad suficientes y con personal de salud que tenga en cuenta la perspectiva sociocultural de la población acerca de la enfermedad y de las medidas sanitarias relacionadas[2]. En países como México, los esfuerzos para prevenir el CaCu se han centrado en el tamizaje de mujeres sexualmente activas mediante la citología[3]. En este mismo sentido, la *Norma Oficial Mexicana 014 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino* destaca como factor de riesgo "nunca haberse practicado el estudio citológico".[4]

En los últimos diez años se han desarrollado más estudios sobre el papel que juegan la cultura, el entorno familiar y las propias percepciones e ideas de la mujer en su disposición a realizarse el Papanicolaou[a] como prueba de tamizaje para la detección del CaCu. Aún son pocos los sectores del campo científico que reconocen la relevancia de indagar y comprender la perspectiva de los actores sociales ante los problemas de salud o ante las medidas de cuidado y prevención. De allí la importancia de que este proyecto busque analizar los significados que construyen las mujeres acerca de la prueba, de lo que entraña e implica para ellas la palabra cáncer y el propio padecimiento de una enfermedad genital.

Se eligió un abordaje cualitativo para profundizar en las condiciones en que se presenta la falta de adherencia a la prueba, así como en las razones y significados de las mujeres para no acudir a ella. La OMS reconoce dos componentes esenciales para evitar una enfermedad que se considera 100% prevenible:

- El tamizaje
- El diagnóstico temprano

El Programa de Acción Especifico de cáncer cérvicouterino menciona que el personal y la población objetivo no se apegan a estas recomendaciones, ya que en los servicios de salud, se ha identificado que las metas de cobertura del tamizaje se cubren en un gran porcentaje con mujeres de ocurrencia subsecuente y en menor medida con casos de primera vez[5], pero aún no se ha indagado lo suficiente para entender y revertir esta situación.

Cabe insistir que este estudio busca profundizar en la comprensión de los elementos socioculturales que se encuentran relacionados con la baja realización del tamizaje entre las mujeres de Veracruz, en las localidades que presentan mayor rezago de citologías de primera vez, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. V, con sede en Xalapa, la cual ocupa el primer lugar en displasias de cuello de útero, entre las demás jurisdicciones de nuestro estado. Además, el estudio permitirá contar con información relevante para mejorar el proceso de acercamiento a la comunidad en el primer nivel de atención, a fin de incrementar la adherencia de las mujeres al tamizaje.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Argumentación teórica

1.1.1 El estudio antropológico de la salud-enfermedad: el punto de vista del actor

Desde el principio de la historia de la humanidad se han identificado documentos en los que se describen enfermedades y sus causas desde una posición biologicista y unicausal; uno de estos es el Papiro de Ebers que data de 2000 años A.C., el cual hace referencia a

a En este estudio se hará referencia a la prueba de tamizaje de cáncer cérvicouterino como "Papanicolaou", ya que con esta expresión es reconocida por la población en general.

diversos padecimientos febriles que fulminaron a la población egipcia en la época faraónica, iniciándose con esto los albores de la epidemiología[6], misma que se desarrollaría fundamentalmente con un enfoque bacteriológico entre los siglos XVIII y XIX, y se concretaría como rama de la medicina a mediados del siglo XX.[7]

Si bien la epidemiología ha estado principalmente centrada en el estudio biomédico de las enfermedades, sus factores de riesgo y su distribución geográfica, en las últimas décadas del siglo pasado se incrementaron los trabajos que reconocían los procesos sociales y culturales como factores asociados a muchos problemas de salud, especialmente aquellos que aquejaban a los grupos poblacionales; ya se reconocía el papel de la pobreza en la causalidad de la tuberculosis, o la falta de escolaridad en la mortalidad infantil, pero estos aspectos sociales seguían siendo vistos como simples variables a medir, es decir, no se profundizaba en la comprensión de su impacto individual y su interacción con los otros factores asociados[7].

Es con el nacimiento de la antropología médica crítica, la epidemiología sociocultural y la corriente ecológico-cultural, que la investigación epidemiológica se abre a la consideración de las enfermedades como procesos complejos y multicausales, a la interpretación de las subjetividades de quienes las padecen, así como al análisis sistémico del contexto político, histórico y económico que rodea a las poblaciones y a los servicios de salud. La antropología médica estudia de manera comprensiva la multicausalidad de la enfermedad, buscando en la historia, la cultura, la sociedad y la situación económica de quienes la padecen los porqués de su gestación y los cómos de su experiencia y su representación simbólica.[7]

Según Menéndez, el ser humano siempre necesitará entender, explicar y manejar todo aquel fenómeno que amenace su vida, tal es el caso de las enfermedades; cuando los actores sociales se expresan de formas específicas sobre la salud, la enfermedad, la curación o la muerte, no sólo están externando sus propias explicaciones en torno al fenómeno, sino que están ilustrando las simbolizaciones y prácticas de la sociedad y la cultura a la que pertenecen, mismas que son resultado de una construcción interactiva y dialógica.[8]

Asumir que el concepto de enfermedad es una construcción social implica reconocer que el sujeto, el actor social, tiene ideas acerca del origen del padecimiento, que le asigna nombres, que interpreta de formas particulares la información que se refiere a aquella; más allá de la dimensión material y tangible de la enfermedad, estará la dimensión subjetiva del actor social, aquella que refiere a los significados, los saberes y las prácticas que median la forma de enfermar y de curar. Para Menéndez, los actores sociales son productores de significados y no simples reproductores de ellos; los actores sociales no están a merced de una estructura social con desigualdades socioeconómicas, sino que son ellos mismos quienes la producen en un proceso permanentemente interactivo, por lo que el análisis profundo de esta situación es lo que marca la diferencia entre una visión de la enfermedad y otra del padecimiento, o lo que marca la brecha entre un modelo de atención a la salud puramente biomédico y otro con sentido antropológico.[8]

En el campo de la investigación en salud, específicamente desde la perspectiva de la antropología médica, estudios recientes han acudido a orientaciones teóricas interpretativas, hermenéuticas, semióticas y narrativas, buscando con ello "recuperar la voz del afligido, su universo de sentidos, valores y representaciones". Autores como Byron Good y Martínez Hernáez han referido que una interpretación simbólica del padecimiento consiste en la aprehensión de los sentidos implícitos en ella, rebasando así la sola noción biológica de la enfermedad.[9]

Para superar la reducción del elemento sociocultural a un factor más en la red causal explicada por MacMahon[10], se requiere considerar aquellos aspectos intersubjetivos y simbólicos inmersos en el proceso salud/enfermedad/atención que sólo se pueden explicar desde una noción de determinación estructural y a partir de perspectivas de investigación interpretativas, relacionadas con los saberes populares de los actores sociales, para lo cual la metodología cualitativa resulta un gran apoyo[11]. Esto representa, según Minayo, el retorno del sujeto y su subjetividad al campo de los estudios de la salud pública.[12]

1.1.2 El Interaccionismo simbólico y el significado social de las enfermedades

El Interaccionismo simbólico es una teoría con raíces en el pragmatismo y el conductismo social de principios del siglo pasado; desde los primeros estudios realizados por investigadores de la Escuela de Chicago sobre el alcoholismo y la enfermedad mental, se ha utilizado esta perspectiva para comprender las conductas y prácticas sociales que individuos y poblaciones tienen ante ciertas enfermedades y ciertos servicios de salud.[13]

De acuerdo con el Interaccionismo simbólico, la conducta de los individuos es resultado de la interacción social y del intercambio constante de significados que mantienen con las otras personas de su grupo; ese intercambio de significados sobre los objetos que los rodean tiene como base fundamental el lenguaje; a través de él se simbolizan significativamente los objetos, se reconstruyen, se manipulan, se valoran, se interpretan y se actúa sobre ellos.[13]

Según George Mead, considerado el fundador de esta teoría, durante la interacción de dos o más personas o actores sociales, los actos de cada uno surgen como gestos cargados de simbolizaciones, de significaciones que cada uno interpreta para volver a reaccionar; los actores no reaccionan impulsiva o mecánicamente, sino que reflexionan ante el hecho, revisan las ideas que sobre el hecho tienen, seleccionan los significados que para esa ocasión les son útiles y actúan intencionadamente. Mead aseguraba que los significados que las personas tienen sobre los diversos objetos son aprendidos; las simbolizaciones son compartidas por los otros, sin embargo, es la conciencia que la persona tiene de sí misma y de su propia experiencia lo que le permite modificar y reformar significados (es la capacidad reflexiva del *self*, del yo, del sí mismo)[14].

Es el "Yo" la interiorización del individuo, lo que nos hace únicos e irrepetibles, la subjetividad interna, la interpretación singular de cada quien hacia su entorno. Cuando el actor social elige actuar de determinada manera lo hace desde su yo, en sinergia con otro elemento interno, el "Mí", que es el conjunto de normatividades y reglas de la estructura social internalizadas; según este autor, todos los gestos, todos los actos de las personas son sociales, llevan implícita la forma como la persona interpreta y simboliza su propia experiencia. Para Mead, cada persona actúa en referencia a un "otro generalizado", que no es más que la idea que tiene sobre los otros miembros de su grupo (sobre ellos y sobre sus normas y modelos), consecuencia de su larga socialización e interacción colectiva.[15]

Herbert Blumer, discípulo de Mead y quien nombra y consolida al Interaccionismo simbólico, propone las tres premisas sobre las que descansa esta teoría[16]:

- Los seres humanos actúan respecto de las cosas, personas o situaciones de su contexto, basándose en los significados que estas tienen para ellos.
- Los significados son construcciones sociales, se producen durante la interacción con otros seres humanos y, por lo tanto, son compartidas con ellos.
- Los significados no son inamovibles, sino que cada persona los maneja o modifica a partir de la interpretación que hace de los objetos o sujetos, cuando establece contacto con ellos.

Para el Interaccionismo simbólico, lo que una persona hace –por ejemplo- frente a la enfermedad, no es una simple respuesta, acción o conducta, aislada, fácilmente manipulable o sin mayor sentido; sino un acto complejo que le permite adaptarse (o no) de forma activa a su entorno; esta acción social lleva implícita una serie de disposiciones de la persona hacia el fenómeno (la enfermedad); según Mead, las acciones de los actores sociales guardan, desde su inicio, una serie de ideas que el actor tiene sobre el fenómeno al cual está reaccionando y esas ideas han sido construidas a lo largo de su interacción con su grupo social; las personas van ajustando esas ideas o simbolizaciones de acuerdo a como viven la inercia de su entorno y sociedad.

1.2 Argumentación empírica

Esta sección contiene investigaciones relacionadas con el objeto de estudio y la perspectiva teórica y metodológica elegida para el presente trabajo, que sirven como antecedente empírico del estado del conocimiento en el tema, así como de las preguntas aún por resolver. Cabe destacar que las argumentaciones que a continuación se presentan son comentarios y críticas de los autores de los estudios.

1.2.1 Barreras psicológicas y culturales en torno a la citología cervical

En Chile en 1995, después de una gran campaña nacional para promover el examen de Papanicolaou entre las mujeres en riesgo (de 25 a 64 años) –con resultados menores a los deseados-, se realizó un estudio cualitativo para explorar las barreras que obstaculizaban que las mujeres no acudieran a la prueba de tamizaje. Se utilizó el Modelo de Creencias en Salud, el cual establece como componentes de la conducta individual: la percepción de la susceptibilidad, la percepción de la gravedad, la percepción de beneficios, la percepción de barreras para la acción, la percepción de autoeficacia y las variables socioeconómicas y demográficas. Se realizaron entrevistas individuales a profundidad y grupos focales exploratorios en los sectores donde la campaña no fue exitosa y el análisis fue descriptivo, siguiendo las orientaciones de Clifford Geertz.[17]

Los resultados encontrados giraron alrededor de los errores de comunicación que se estaban presentando en la promoción de la prueba: "*Lo que pasa es que en este folleto dice que el PAP es pa´que no le dé a una cáncer del interior, y resulta que a una vecina mía le tomaron el examen y después le vinieron a avisar que tenía igual el cáncer… entonces pa´ qué dicen que una se lo tome si igual le dá cáncer*". Así mismo, se manifestaron miedos por un posible resultado positivo, el temor de realizarse la prueba con equipo contaminado, o hacia la sensación de dolor, o a que la toma la llevara a cabo personal del sexo masculino; otra de las situaciones que se observaron fueron las creencias erróneas o la desinformación acerca de la prueba, como el hecho de que mujeres mayores de sesenta años creen que por no tener vida sexual activa no requieren realizarse esta detección, o barreras culturales asociadas a la imagen pública: "*Yo soy viuda señorita y aquí la gente cree que esta campaña es pa´ las casadas. Si me ven después entrando al consultorio donde esta ese tremendo letrero amarillo, quizás que van a pensar…*". El estudio concluye que las mujeres no acuden, principalmente, por el obstáculo de las barreras psicológicas, aunado a situaciones de tipo comunicacional y cultural.[17]

En México, investigadoras del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, del Colegio de Sonora A.C. han sido pioneras en la investigación del cáncer cérvicouterino, desde una perspectiva de antropología sociocultural; en el 2001, Castro y Salazar realizan un estudio sobre los elementos socioculturales que interactúan en la prevención del CaCu en 331 mujeres madres de entre 25 y 55 años de edad del sector popular y medio, que acuden a una Unidad Médica Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Hermosillo, Sonora; mediante el uso complementario de metodologías cuantitativa y cualitativa (encuesta, entrevista semiestructurada, grupo focal), las investigadoras indagan sobre las prácticas, las nociones y la percepción que sobre su cuerpo, su cuidado, el CaCu y el Pap tienen estas mujeres; también contemplan en su trabajo las prácticas institucionales en torno al Pap y las características de la relación entre las mujeres y las enfermeras.[18]

Los resultados cuantitativos de este estudio son relevantes: la mayoría de las mujeres lleva una práctica inadecuada en torno a la prevención del CaCu (se realizan su primera citología después del primer parto y, más adelante, la periodicidad con que lo hacen es arbitraria), independientemente del nivel escolar, socioeconómico o grado de información que sobre sexualidad hayan recibido en su infancia y juventud. Los resultados cualitativos señalan que ambos tipos de mujeres, sin importar las diferencias sociales y demográficas, comparten temores, ideas y creencias relacionadas con valores construidos en torno a la sexualidad y que estos participan en su negativa a realizarse la prueba de forma sistemática.[19,20] Las investigadoras señalan que el miedo, las creencias en torno al cuerpo, la alta carga doméstica, las actitudes de los hombres de la familia y la desconfianza hacia los servicios de salud son elementos socioculturales que explican porque la mayoría de ellas no se realiza la prueba. Castro y Aranda dejan como interrogante a resolver mediante otros estudios si la negativa a realizarse la prueba se distribuye igual, entre las mujeres adultas –que han estado más expuestas a los servicios de salud- y las jóvenes que no lo han estado[18].

En el 2006, Urrutia y cols., realizaron un estudio cualitativo sobre las barreras que las mujeres chilenas perciben ante la prueba del Papanicolaou; mediante un muestreo probabilístico y técnicas cualitativas de obtención y análisis de datos (entrevista focal y análisis de contenido textual), se preguntó a 237 mujeres con lesiones preinvasoras de cuello uterino a qué atribuían que las mujeres no acudieran a realizarse el Pap. Los resultados del estudio destacaron como barreras para el tamizaje: un aparente desinterés de las mujeres que se explica por la tendencia de ellas a posponer el cuidado de su salud, en comparación con la urgencia de las necesidades y responsabilidades familiares; el miedo al dolor y la vergüenza ante el procedimiento; la falta de conocimiento certero en torno a la prueba y la falta de tiempo asociada a rutinas institucionales poco accesibles. Si bien las autoras insisten en señalar que sus resultados confirman lo que ya se ha descrito en la literatura internacional, lo relevante de su estudio es el análisis estructural que las autoras realizan, ya que relacionan y explican las causas individuales y las asociadas al procedimiento con el contexto sociocultural y económico de las mujeres, así como con las características del servicio médico que los profesionales ofrecen.[21]

Cabe señalar que estos resultados han sido compartidos por investigadores que han realizado estudios en comunidades latinas de Estados Unidos y que acudieron a métodos cuantitativos para el muestreo y la obtención de sus datos; en general, en esos estudios se refleja que para las mujeres la prueba representa una transgresión hacia su intimidad; detrás de su negativa a realizarse la prueba están el miedo al dolor, la vergüenza ante lo señalado como prohibido por el grupo social, y la

falta de conocimientos en torno a la enfermedad y al procedimiento[22]; bajos niveles de escolaridad, desinformación en torno al tema, percepciones erróneas en torno a la condición de riesgo y a la utilidad de la prueba y, de manera muy significativa, ideas estereotipadas en torno al rol de género, la sexualidad y el cuidado del cuerpo femenino se presentan como barreras para realizarse el tamizaje en mujeres hispanas[23].

Hasta la fecha, no se han identificado estudios cualitativos que hayan indagado si las creencias de las mujeres en torno al Pap se comportan de forma diferenciada ya sea según los grupos de edad (mujeres jóvenes y mayores) o según el tipo de localidad de origen (rurales o urbanas), de allí la importancia de la presente investigación.

1.2.2 El cáncer cérvicouterino en el imaginario social de las mujeres

En el 2004, Carwright, Salazar y Castro realizan un estudio sobre las percepciones del cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 45 años de Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona; mediante entrevistas etnográficas abiertas a 20 mujeres en cada ciudad. Las investigadoras encontraron que el discurso refleja miedo y angustia asociados a la idea de enfermar de cáncer; las mujeres expresan una idea fatalista sobre la enfermedad, a la que describen como algo con raíces que crecen y se desarrollan dentro del cuerpo, producto de una vida sexual "desordenada"; también identifican como causas el uso de anticonceptivos, el aborto, la falta de higiene y padecer hemorragias frecuentes. Las investigadoras señalan que es necesario trabajar con la percepción de riesgo que las mujeres tienen, a fin de incrementar la frecuencia de realización de la citología.[24]

Profundizando en sus estudios sobre el tema, en el 2008, Castro y Arellano realizan una investigación cualitativa en dos clínicas de colposcopia de la Secretaría de Salud de Hermosillo, Sonora, México, con mujeres a las que se les ha diagnosticado displasia por virus del papiloma humano (VPH), o cáncer cervical in situ; el objetivo era analizar los significados que construyen las mujeres acerca de la información que el personal médico les proporciona y cómo viven el diagnóstico en lo familiar. Se entrevistaron a 34 mujeres, utilizando una guía semiestructurada y el análisis se realizó con base en la teoría fundamentada, para poder rescatar los constructos de acuerdo a la categorización lograda a partir de los datos empíricos. Las investigadoras conformaron su muestra a conveniencia tomando en cuenta variables demográficas que aseguraran la variabilidad de la misma, como edad, escolaridad, tipo de derechohabiencia, frecuencia de la práctica del tamizaje, la etapa en la que se encontraba la paciente (diagnóstico, tratamiento, control o alta) y, por último, el tipo de intervención que requirió.[25]

Los resultados del estudio muestran que las mujeres hacen un constructo de la enfermedad más con base en las ideas y temores asentados en su cultura, que en la información médica proporcionada; el estudio señala una asociación entre CaCu y muerte, dolor y rechazo; además, señala que las desigualdades de género en la relación médico-paciente limitan la búsqueda y recepción de dicha información, por lo que a la mujer le queda la angustia y la incertidumbre de lo que no conoce o no comprende. El apoyo familiar se expresa en el cuidado físico de la paciente, pero no en el manejo de la información sobre el proceso que se está viviendo; a nivel de pareja el impacto del diagnóstico es mayor, ya que el estudio encontró que para las mujeres está asociado este tipo de diagnóstico con su vida sexual y con la confianza hacia la pareja. Las autoras concluyen que las fallas en los procesos comunicativos entre el personal de salud, - las pacientes y el manejo estigmatizante de la sexualidad femenina generan incertidumbre en las mujeres y obstaculiza la toma de decisiones por parte de ellas respecto al cuidado de su salud.[25]

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación del estudio

2.1.1 Magnitud de un gran problema de salud pública

El cáncer cérvicouterino es considerado un grave problema de salud pública por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad que presenta. En el 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó el cálculo de 470,606 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 233,372 defunciones a nivel mundial, de las cuales más del 80% correspondieron a los países con menor desarrollo en el mundo, como los de América Latina y el Caribe[2].

En el año 2002, México ocupó el noveno lugar, dentro de estos mismos países, con 12,516 casos nuevos y una tasa de incidencia de 29.5 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más; así como 5,777 defunciones que corresponden a una tasa de mortalidad de 14.1 (por cada cien mil habitantes). En el 2005, también en

nuestro país, se registraron 4,247 defunciones por este padecimiento, ocupando con ello la primera causa de muerte, en cuanto a neoplasias se refiere, en mujeres de 25 años y más. Para ese año, Veracruz ocupaba el primer lugar entre los estados del país con más defunciones por esta causa (con una tasa de 22.9, muy por arriba de la tasa nacional de 15.4).[26] Para el 2008, se reportaban en Veracruz 378 defunciones, con una tasa de 11.3 por cada 100 000, por arriba de la media nacional que es de 9.1 por cada 100 000 mujeres.[27]

2.1.2 La carga de la enfermedad

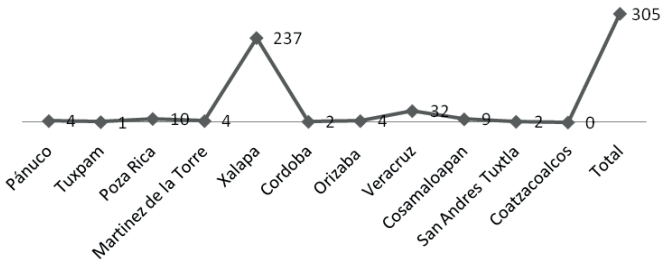
El cáncer cérvico uterino es un tumor maligno producto de la pérdida de control en el crecimiento y división de las células; antes de llegar a un tumor canceroso, la enfermedad se presenta como una displasia, esto es una "anomalía de desarrollo, con pérdida de la estructura de todo el epitelio y alteraciones en la morfología de sus componentes celulares".[4]

El CaCu afecta al sistema reproductivo de la mujer; la causa predominante son ciertos virus derivados del papiloma humano, una de varias infecciones de transmisión sexual; por lo general, el sistema inmunológico del organismo evita que el virus afecte de forma grave al sistema reproductor, sin embargo en algunos casos éste logra sobrevivir el suficiente tiempo para afectar las células localizadas en la superficie del cérvix, transformándolas en cancerígenas, incluso sin que la mujer se percate de que tiene la enfermedad; en muchos casos las mujeres acuden a realizarse el tamizaje porque la sintomatología ya es demasiado obvia y hace suponer un padecimiento grave, pero para entonces la enfermedad ya no es reversible[28].

Con relación a las causas de morbilidad en el país, en el 2008 la displasia leve y moderada se encontraba en el lugar 18; se debe de tomar en cuenta que estos procesos son persistentes y aún cuando sólo el 5% de estos casos presenta progresión a invasión se siguen observando elevadas tasas, por lo que se infiere que no hay adherencia al tratamiento, siendo más afectado el grupo de 25 a 44 años de edad, con 3,114 casos en ese año, a nivel nacional.[29]

El Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de los Servicios de Salud de Veracruz, reporta para la semana 24 del 2010, un total de 305 casos de cáncer cérvicouterino, posicionando a la Jurisdicción No. V Xalapa en primer lugar.[30]

Figura 1. Casos de cáncer cérvico uterino acumulados por Jurisdicción Sanitaria, Veracruz 2010



Fuente: Boletín Epidemiológico, semana 24, 13-19 de junio 2010. SESVER.

En la figura se observa que la Jurisdicción Sanitaria No. V actualmente ocupa el primer lugar en el estado, con 237 casos de CaCu, seguida por la Jurisdicción de Veracruz con 32; la Jurisdicción de Coatzacoalcos hasta la fecha señalada no había reportado ningún caso.

De acuerdo al concentrado de detecciones del Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino de la Jurisdicción Sanitaria No. V, las localidades que presentan mayor rezago en cuanto a la cobertura y detecciones de primera vez son las comunidades rurales Chiconquiaco y Adolfo Moreno:

Tabla 1. Localidades con mayor rezago en cobertura y detecciones de primera vez

Localidades	Cobertura global
Chiconquiaco	53.98%
Adolfo Moreno	11.83%
Chicuasen	9.19%

Fuente: Concentrado jurisdiccional de detecciones de Cáncer cérvico uterino. Indicadores Caminando a la excelencia

Diferencias regionales y sociales. ¿Quiénes son vulnerables a padecer cáncer cérvico uterino?

En el 2006, investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública identificaron que es 23% más probable morir por CaCu en el área rural de México que en su zona urbana, aunque señalan que en las regiones más urbanizadas del país el riesgo puede ser igual. Esto coincide con una realidad aceptada hace mucho tiempo: en el sur de México es donde se localiza la mayor diversidad cultural y étnica del país, al mismo tiempo que la mayor marginación y dificultad para acceder a los servicios de salud. El lugar de residencia (rural) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de CaCu[31].

El cáncer cérvicouterino es un claro reflejo de la inaccesibilidad a los servicios de salud; es uno de los factores que se viven en inequidad de clases. Las tasas más elevadas se encuentran en condiciones de pobreza, ya que la carencia de los servicios más esenciales generan la falta de higiene y la proliferación de enfermedades; además, a la falta de acceso a los servicios de salud se suma la falta atención integral y de un modelo que tome en cuenta los factores culturales y sociales de la población más vulnerable.[32]

A continuación se muestra cómo se presentó el panorama epidemiológico del CaCu, en Veracruz, en el 2005. Primero, con relación al lugar de origen de las mujeres fallecidas se observa lo siguiente:

Tabla 2. Distribución de defunciones por cáncer cérvico uterino según tipo de asentamiento poblacional, Veracruz 2005

Se ignora	Zona rural	Zona urbana	Total
4	117	323	444

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva. INEGI/SSA.

En la tabla anterior se observa que más del 70% de las defunciones reportadas en el estado, en el 2005, ocurrieron en la población que se encuentra dentro de las zonas urbanas, las que se considera que cuentan con mayor accesibilidad a los servicios de salud; cabe destacar que 437 de estas defunciones sucedieron en el sitio de residencia habitual.[33]

El comportamiento de las defunciones según la escolaridad de las mujeres fallecidas se muestra en la siguiente tabla; el 34% de las defunciones correspondieron a mujeres sin escolaridad y el 36% a mujeres con primaria incompleta.

Tabla 3. Distribución de defunciones por cáncer cérvico uterino según escolaridad, Veracruz 2005

Se ignora	Ninguna	Primaria inc.	Primaria comp.	Secundaria inc	Secundaria comp.	Bachillerato	Profesional
5	150	159	87	8	21	7	7

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva. INEGI/SSA.

El comportamiento de la mortalidad por CaCu según grupos de edad, se muestra en la siguiente tabla; como se puede observar el mayor número de defunciones se presentó en el grupo de 45 a 64 años (el 44% del total registrado).

Tabla 4. Distribución de defunciones por cáncer cérvico uterino por grupos de edad, Veracruz 2005

Se ignora	-25	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más
1	2	16	68	93	104	82	78

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva. INEGI/SSA.

En el mismo sentido, en la ciudad de Xalapa, Ver., Coronel y cols., recomiendan que se mantenga una cobertura de citologías amplia en las zonas marginadas o rurales, intensificar la promoción y la educación para la salud, promover la participación de mujeres que habitan en el área urbana y suburbana en el tamizaje de CaCu, así como bajar los índices de falsos negativos, subir la cobertura de citologías y mantener informada a la población en lo que se refiere a CaCu.[34]

2.1.3 Algunas cifras sobre las mujeres que no se realizan la prueba de Papanicolaou

Analistas de los sistemas de salud de los países en desarrollo han señalado su falta de infraestructura para la adecuada y suficiente realización de la prueba de Papanicolaou; en América Latina la fragmentación, la segmentación o la oferta del servicio de salud por parte de instituciones gubernamentales puede significar un servicio poco eficiente y desorganizado para realizar atención de primer nivel, situación que se asocia a que enfermedades prevenibles como el CaCu sigan ocupando los primeros lugares en mortalidad; en países como Colombia y México aún hay zonas en donde existe inaccesibilidad al servicio; otra de las situaciones que se observa es que ésta práctica de detección se lleva a cabo de manera oportunista y no preventiva.[35,36]

El cáncer cérvicouterino es un gran problema de salud pública, del cual están documentados los esfuerzos para abatirlo, sin embargo no es fácilmente vulnerable; el Programa de Acción Específico de Cáncer cérvicouterino sostiene que un gran porcentaje de la población atendida por los servicios de salud no acude al tamizaje; el Programa reporta que en el periodo 2003-2005, sólo

el 42% de las mujeres residentes en áreas urbanas y con seguridad social se realizan el tamizaje, mientras que el indicador que se requiere como mínimo es del 85%; el documento oficial reconoce que sólo se alcanza una cobertura del 70% y el 60% es por detecciones subsecuentes realizadas hasta en el mismo año, mientras que el 27.4% de las mujeres nunca se han realizado la prueba, por lo que se deduce que la oportunidad de realizarlo de primera vez es del 12.6%, reduciendo la detección oportuna.[5]

En el 2003 investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco realizaron un estudio sobre las diferencias sociales que mujeres trabajadoras de esta universidad presentaban y la relación de esto con su participación en la detección oportuna de CaCu; el estudio mostró que las mujeres con mayores ingresos y escolaridad (académicas) poseen un mayor conocimiento del CaCu y un mejor grado de práctica en la detección oportuna, en comparación con las mujeres administrativas.[37] En otro estudio con población circunscrita a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) de la ciudad de México, entre estudiantes de las carreras de medicina, enfermería y optometría, así como personal académico y administrativo, se encontró que más del 80% de las estudiantes afirmaron conocer para que sirve el tamizaje de CaCu, y más del 90% de académicas y administrativas también, sin embargo más del 80% de las mujeres que participaron en este estudio no se habían realizado el tamizaje; las mujeres con vida sexual activa lo consideran innecesario.[38] En el mismo sentido, en un estudio venezolano, el porcentaje de negativa a realizarse la prueba en estudiantes universitarias es casi del 70%, lo que revela que las mujeres, aún cuando tienen el conocimiento sobre lo que es el tamizaje para la detección del CaCu, no acuden a realizárselo.[39]

En nuestro país y estado, se ha observado muy lentamente la disminución en la incidencia y mortalidad por cáncer cérvicouterino, es por ello que se hace imprescindible el abordaje social, para tratar de comprender de manera integral esta situación y de manera particular los significados que para las mujeres representa el cáncer y la citología; aún cuando se han llevado a cabo algunos estudios de tipo interpretativo sobre el tema, estos no han abordado de forma comparada la construcción de estas ideas y significados en mujeres de medios urbanos y rurales.

2.2 Pregunta de investigación

De acuerdo a la delimitación del problema, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué significados asocian las mujeres del medio rural y urbano al cáncer cérvicouterino y cómo participan los elementos socioculturales que las rodean en su decisión de no realizarse la prueba?

3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Analizar los significados que tienen el cáncer cérvico uterino y el Papanicolaou para mujeres del medio rural y urbano que no se realizan la prueba, identificando la forma como participan sus experiencias e interacciones sociales en esas construcciones.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma de investigación

El estudio de una enfermedad, de la experiencia del padecimiento y de las acciones para protegerse de ella implica considerar que la enfermedad es más que un padecimiento biológico, que es un constructo social que emerge en el escenario natural de los actores sociales; para entender la forma como las mujeres reaccionan a la idea de enfermar de cáncer se requiere tomar en cuenta su entorno social, la complejidad de los patrones sociales asociados a su vida familiar y laboral, las simbolizaciones que ellas y su entorno han adjudicado a aspectos esenciales como su propia salud, su cuidado, el riesgo de muerte y sus responsabilidades cotidianas.[40]

Las simbolizaciones que las personas tienen de sus padecimientos y, en este caso, la construcción de significados que las mujeres hacen sobre el cáncer cérvicouterino y la citología cervical, representan un objeto de estudio de naturaleza subjetiva, cargado de ideas, creencias, temores e intencionalidades sólo posibles de reconocer mediante un abordaje flexible, abierto y profundo.

El paradigma interpretativo, en el cual se ubica el objeto de este estudio, busca la comprensión de los significados que para las personas tienen los fenómenos y las acciones sociales, como pueden ser el cáncer y las medidas preventivas asociadas, así como la misma negativa a realizarse pruebas de tamizaje. Los estudios de carácter interpretativo buscan, mediante un abordaje fenomenológico, la realidad de los sucesos, tal como lo experimentan y resignifican los actores sociales; la recuperación de los datos se basa en el método de comunicación verbal y no verbal "de humano a humano" y la información se interpreta a través de un proceso reflexivo de carácter inductivo.[40]

4.2 Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación, dadas las propiedades subjetivas y socioculturales del problema, se ha elegido un tipo de estudio cualitativo, ya que representa un tipo de análisis microsocial de la realidad, que permite captar las voces de los actores sociales, la forma como las personas en lo individual deciden sus acciones y cómo las interpretaciones que realizan del fenómeno (la enfermedad, la prueba) impactan en su propia vida, en sus conductas de cuidado de su salud y en su entorno sociofamiliar.[41]

4.3 Diseño del estudio

Para cubrir el rigor metodológico necesario, se ha previsto para este estudio un diseño proyectado; sin embargo, se prevé cierto grado de flexibilidad acorde con la naturaleza de los estudios cualitativos; esta investigación cuenta con tres fases[42]:

I. **Preparación de la investigación**. Durante esta primera fase se ha delimitado el problema de investigación, se determinó el tipo de muestreo y se diseñaron los instrumentos para la producción de datos; se eligieron las localidades del estudio y los servicios de salud a través de los cuales se contactará a las mujeres (en la zona rural, una unidad de primer nivel de la Secretaría de Salud; en la zona urbana, una clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
II. **Trabajo de campo**. Este momento es de los que se consideran con mayor riqueza dentro de la investigación cualitativa, ya que se ponen en marcha las técnicas y los instrumentos que se han diseñado, mismos que serán utilizados de acuerdo a su estructura original o modificados, si se requiere. En esta fase se realizará la inmersión a las localidades en estudio, así como el contacto con mujeres que no se han realizado el tamizaje y mujeres en las que la enfermedad fue diagnosticada en fase avanzada; con apoyo del personal de los servicios de salud se identificarán y contactarán a las participantes en los grupos focales. Conforme se vayan realizando los eventos discursivos se irá respaldando y transcribiendo la información, a fin de revisar los tópicos de las guías temáticas y, de ser necesario, hacer los ajustes pertinentes.
III. **Análisis de los datos y resultados escritos**. La información que se obtenga se codificará y analizará siguiendo la estrategia de Minayo, Mercado y Torres para el análisis de contenido temático, con perspectiva hermenéutica; se hará una codificación mixta, primero abierta y luego por categorías. Conforme se vayan detectando temas, relaciones y vacíos en los datos, se irán generando los resultados del estudio, todo esto mediante un análisis inductivo y una interpretación que considere la perspectiva de los actores sociales (las mujeres). En esta fase se tendrá contemplado la posibilidad de regresar a las localidades y a las mujeres, para resolver los vacíos, ampliar información, indagar nuevos temas y verificar las interpretaciones que se están haciendo.

En el **Anexo 1** se presenta la planeación de actividades a desarrollar de cada una de las fases para la ejecución de este estudio.

4.4 Tipo de muestreo

El muestreo elegido para el estudio es el denominado de casos–tipo, que se refiere a que previo al trabajo de campo se identifican los grupos sociales que están relacionados de forma significativa con el tema de la investigación (en este caso las mujeres rurales y urbanas que se niegan a realizarse la prueba, y las mujeres rurales y urbanas que se la realizaron ante la presencia de sintomatología). Este tipo de muestreo intencional no sigue las reglas del muestreo representativo estadísticamente, pero si refleja la estructura social de la población involucrada en el objeto de estudio[43].

Para el muestreo en las investigaciones de carácter cualitativo se utiliza el criterio denominado representatividad socioestructural; esto significa que los informantes seleccionados reflejan todos aquellos

niveles o segmentos socioestructurales (demográficos y culturales) relacionados con el problema, lo que permite asegurar la heterogeneidad de la muestra cualitativa y, con ello, poder generalizar los hallazgos ("transferir") dentro de los límites de esta misma estructura, a otras poblaciones semejantes.[44] En este estudio los principales niveles estructurales a considerar son el tipo de localidad de origen de las mujeres (rural o urbano), la escolaridad, la edad y la maternidad.

En un primer nivel de selección de la muestra, se tiene contemplado realizar el estudio en la localidad de Pilhuatepec, del municipio de Tatatila (una de las localidades rurales con mayor rezago en cobertura del tamizaje de la Jurisdicción Sanitaria No. V), así como en la zona urbana de Xalapa, a través de las mujeres que se atienden en la Clínica Hospital ISSSTE 300-400, ya que esta institución proporciona los servicios de atención médica a mujeres trabajadoras que laboran en instituciones gubernamentales que cuentan con diferente perfil académico, de las cuales se tomaran las que cuenten con las variantes discursivas de interes para este estudio.

4.4.1 Tipos sociales

Los tipos sociales se refieren al grupo que posee características significativas relacionadas con el objeto de estudio, que en este caso son las mujeres que no acuden a la prueba de tamizaje y también a quienes están acudiendo cuando ya están presentando la sintomatología. En la selección de los tipos sociales se debe tener en cuenta que los atributos o características que los identifican sean relevantes para el enriquecimiento del discurso, que las expresiones y manifestaciones de éste, reflejen la profundidad de los significados que se han construido en interacción con el contexto social, a fin de que se ponga en evidencia la realidad de las colectividades, de manera inductiva.[45]

En la siguiente tabla, se muestran los tipos sociales de las mujeres que participarán en el estudio, así como las variables (o variantes) discursivas que se contemplan.

Tabla 5. Tipos sociales y variables discursivas

Tipos sociales	**Variantes discursivas**
Mujeres que se niegan a realizarse la prueba	Rurales Urbanas
Mujeres que acuden a realizarse la prueba ante sintomatología	Rurales Urbanas

Fuente: Elaboración propia

Los atributos que identifican a estos tipos sociales, se presentan en la tabla siguiente, en el que se selecciona a mujeres urbanas que no se realizan la prueba con una escolaridad equivalente a bachillerato o más debido a que son del interés de este estudio:

Tabla 6. Atributos de los tipos sociales

	Mujeres que no se realizan la prueba	**Mujeres que acuden ante sintomatología**
Rurales	▪ Nunca han acudido a realizarse el tamizaje ▪ Residen en una localidad rural ▪ Edad de 25 a 60 años ▪ Escolaridad: de nulo a bachillerato	▪ Accedieron a la prueba ante síntomas ▪ Residen en una localidad rural ▪ Edad: Mayores de 45 años ▪ Escolaridad: de nulo a bachillerato
Urbanas	▪ Nunca han acudido a realizarse el tamizaje ▪ Residen en zona urbana ▪ Edad de 25 a 60 años ▪ Escolaridad: Bachillerato o más	▪ Accedieron a la prueba ante síntomas ▪ Residen en zona urbana ▪ Edad: Mayores de 45 años ▪ Escolaridad: Bachillerato o más

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que los atributos que han sido tomados en cuenta para estos tipos sociales han surgido de la estadística antes mencionada, ya que en esta se observa que la mayor parte de las mujeres que fallecen por CaCu son mayores de 45 años. El diseño de esta investigación es flexible, por lo que si durante la investigación surge un caso tipo excepcional se deberá incluir.

De forma complementaria a lo anterior, los criterios de inclusión y exclusión a considerar para seleccionar a las participantes, son los siguientes:

Tabla 7. Criterios de inclusión y exclusión de las mujeres que participarán

Tipos sociales	Mujeres que se niegan al tamizaje (Urbanas y rurales)	Mujeres que acuden ante sintomatología Urbanas y rurales
Criterios de inclusión	• No haberse realizado el tamizaje • Ser residente de la localidad de elección • Estar dentro del rango de edad • Contar con el perfil académico requerido • Estar de acuerdo con participar	• Mujeres que se les diagnosticó CaCu, en el primer tamizaje, estén en tratamiento o no • Ser residente de la localidad de elección • Estar dentro del rango de edad • Contar con el perfil académico Requerido • Desear participar en el estudio
Criterios de exclusión	• Haberse realizado ya el tamizaje	• No contar con un diagnóstico confirmatorio

Fuente: elaboración propia

Finalmente, como parte de la caracterización de las participantes se tiene contemplado registrar nombre, edad, escolaridad, estado civil, estructura familiar, religión, ocupación y derechohabiencia de todas ellas, ya que estos datos apoyarán, durante el proceso del análisis, en la identificación de patrones y diferencias en la información, según tipos sociales.

4.4.2 Tamaño de la muestra

El muestreo cualitativo no contempla un tamaño de muestra estadísticamente predefinido, sino que acude al criterio denominado punto de saturación para definir el número suficiente de informantes; el punto de saturación se obtiene cuando la heterogeneidad discursiva de los actores sociales alcanza el punto máximo, cuando las nuevas entrevistas ya no aportan datos nuevos; es entonces cuando se empieza a delimitar el tamaño de la muestra. De acuerdo con los criterios de Bertaux (citado por Mejía, 2000) para llegar a saturar el discurso se pueden requerir de entre 11 y 25 informantes (menos de once, reflejan gran diversidad discursiva; más de 26 aseguran la repetición del discurso).[44]

De acuerdo a estos criterios, se planea que participen en las entrevistas semiestructuradas entre 16 y 20 informantes; a partir de estas, se organizarán los dos grupos focales, los cuales estarán constituidos por un mínimo de 5 y un máximo de 7 participantes, con el fin de permitir la fluidez discursiva. En todos los casos, se pedirá a las participantes que firmen una Carta de Consentimiento Informado (**Anexo 2**).

4.5 Ejes de análisis y categorías conceptuales

Tal como sugiere Castro[46], se inicia el estudio con conceptos sensibilizadores que den cierta dirección a la búsqueda de campo, que permitan explorar el fenómeno, describirlo y analizarlo, aunque sin pretender que sean concebidos como conceptos y variables restrictivos de la mirada sobre la realidad.

La cantidad de información que se obtenga durante el proceso del estudio se espera que sea abundante, para lo cual se deberá iniciar inductivamente una sistematización de la información sobre el objeto de estudio, esto es, dimensionar el tema a través de ejes de análisis y categorías conceptuales que están dados previamente en función de la pregunta de investigación inicial; esto permitirá enriquecer la información que vaya obteniendo y adecuando las categorías originales.[47]

Tabla 8. Ejes de análisis y categorías conceptuales iniciales del estudio

Ejes de análisis	Categorías conceptuales
▪ Significados construidos acerca del cáncer cérvicouterino (CaCu)	▪ Salud ▪ Enfermedad ▪ Conceptos de CaCu
▪ Significados en torno al tamizaje de cáncer cérvicouterino	▪ Sexualidad ▪ Prevención ▪ Diagnóstico ▪ Tratamiento

Fuente: Elaboración propia

4.6 Técnicas e instrumentos para la obtención de los datos

Para proporcionar mayor consistencia y control a la obtención de información en este estudio, se implementará el procedimiento de triangulación metodológica de técnicas para la obtención de información; consiste en la aplicación de más de una técnica de recolección de datos que permitan la complementación de información en torno a los significados que son construidos con relación al CaCu y al Pap; para ello, se utilizarán las técnicas de entrevista semiestructurada, grupo focal y una técnica proyectiva. Dado que el grupo focal es un procedimiento

que se lleva a cabo en colectivo, y de acuerdo con uno de los principios del interaccionismo simbólico, las personas responden en función de quienes están presentes. Se complementará con la entrevista individual, para profundizar en las ideas, experiencias e interpretaciones personales. La técnica proyectiva se utilizará al cierre del grupo focal, para indagar en el discurso[48].

4.6.1 Entrevista semiestructurada

Para asegurar que el contenido básico de las entrevistas sea comparable, se ha elegido la entrevista semiestructurada; se trata de una conversación con el informante basada en una guía con tópicos relacionados con el tema de estudio; se prevé una estructura para la conversación, el investigador se muestra lo suficientemente flexible y receptivo para permitir que el informante se abra al diálogo y a la expresión de sus experiencias. Con una duración de entre una y dos horas, y se puede realizar en varias sesiones, a fin de facilitar la disposición del informante a hablar.[43]

4.6.2 Grupo focal

En la técnica de grupo focal un grupo de personas con características relacionadas con el tema en estudio, dialogan entre sí a partir de tópicos o preguntas que el investigador o facilitador del grupo va sugiriendo (siguiendo una guía temática previamente estructurada, aunque con posibilidades de usarse de forma flexible). El investigador debe tener la sensibilidad para suscitar un ambiente de confianza que propicie el diálogo y la fluidez del discurso, el cual debe estar orientado hacia el objeto de estudio. Cada grupo focal estará constituido con un mínimo de cinco participantes y un máximo de siete y su duración puede fluctuar entre una y dos horas.[49]

4.6.3 Técnica proyectiva

Para concretar la triangulación metodológica se plantea emplear una técnica proyectiva, que facilite la expresión de la propia subjetividad, a través de escuchar el relato de las vivencias de terceras personas; por medio de esta técnica, se buscará que las mujeres participantes en los grupos focales manifiesten las sensaciones e ideas que asocian al tamizaje y a la enfermedad[47]. En el **Anexo 3** se presenta el relato a utilizar.

4.7 Instrumentos para la obtención de la información

Para la realización de las técnicas discursivas se han diseñado tres guías temáticas, cuyos tópicos a indagar y preguntas surgen de los ejes de análisis planteados previamente. Estas guías permitirán tener una secuencia en las indagaciones de las entrevistas y asegurarán que se aborden los aspectos relacionados con el objeto de estudio. Dado que la expectativa en una entrevista cualitativa es la profundidad del discurso, la guía no debe convertirse en un guión rígido ni en una limitante para sondear nuevos temas; el investigador deberá tenerla estudiada perfectamente, de manera que siempre tenga presente todos los aspectos del problema a indagar, siempre usando un lenguaje respetuoso, sencillo, claro y con los principios éticos que se requieran.[47]

Para el diseño de las guías de este estudio se siguió la propuesta de Mercado y cols,[50] según la cual a partir de los grandes temas que se están indagando se elaboran preguntas que favorezcan el discurso. En los **Anexos 4, 5 y 6** se presentan las guías temáticas a utilizar en las entrevistas individuales (con mujeres no se han realizado el tamizaje y con mujeres diagnosticadas con CaCu) y el grupo focal con mujeres que se niegan a realizarse el tamizaje, respectivamente.

4.7.1 Piloteo de técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos para la obtención de información serán probados durante un ejercicio de piloteo en el mes de diciembre del 2010, en Adolfo Moreno, municipio de Altotonga y en Xalapa, Ver., en población con características semejantes a las de la población en estudio. Se realizarán entrevistas individuales con al menos una mujer por cada tipo social antes descrito, así como un grupo focal. La actividad permitirá ejercitar las habilidades del investigador en cuanto al manejo de las técnicas, estimar el tiempo para cada actividad, así como valorar la capacidad de los temas y las preguntas para detonar el discurso.

4.8 Criterios de rigor metodológico

Los criterios de rigor metodológico en la investigación cualitativa son: credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad y transferibilidad o aplicabilidad[51].

Para sustentar el criterio de credibilidad los hallazgos deben ser aceptables para los participantes; esto se procurará con los siguientes mecanismos:

- A través de la participación objetiva del investigador, es decir, sin que se fuerce o parcialice la investigación.
- Tomando en cuenta las notas de campo.
- Haciendo una transcripción de las entrevistas estrictamente textual, para avalar la interpretación que se dé a los significados que han sido aportados por las participantes.
- Ratificando las transcripciones e interpretaciones con las participantes del estudio y reafirmando sus declaraciones.
- La concurrencia de la triangulación metodológica asegurará que los hallazgos que se obtengan reflejen de de manera autentica la perspectiva de los actores sociales.
- Reflexionando y comentando los hallazgos con otros investigadores, a fin de considerar otras apreciaciones sobre la información.

La auditabilidad o confirmabilidad consiste en que otro investigador o lector pueda confirmar lo que se está presentando, siguiendo el diseño del estudio, para lo cual se deberá de tener en cuenta lo siguiente:

- Se grabarán todas las entrevistas a realizar.
- Se hará un análisis y reflexión de las entrevistas, detallando en el informe el método de análisis.
- En el informe se incluirá una descripción detallada del contexto físico, interpersonal y social de la población en estudio.

Finalmente, el criterio de transferibilidad determina el nivel en el cual los resultados obtenidos se pueden transferir a otro contexto que tenga características similares, para lo que se tomarán en cuenta los siguientes puntos:

Se detallarán las características del contexto y de la selección de las participantes, para que cualquier lector tenga la oportunidad de reconocer las semejanzas que guarda con la población en estudio.

Se explicará claramente el tipo de muestreo utilizado y la forma como se buscó la representatividad estructural de la población.

4.9 Plan para el análisis de la información

La etapa de análisis de los datos cualitativos se inicia desde el momento en que se produce la información y continua, de forma intensiva, durante la última fase del estudio. Para el análisis cualitativo se seguirá el método de análisis de contenido temático desarrollado por Mercado y Torres,[52] a partir de las ideas de De Souza Minayo.[53] Se trata de un método de análisis basado en categorías conceptuales que se interpretan a partir del contexto sociocultural de la población estudiada.

4.9.1 Plan para el procesamiento de la información

La información discursiva obtenida se procesará digitalmente; después de ser grabada, se respaldará en el equipo de cómputo y se hará su correspondiente registro (nombrar el archivo de cada entrevista, etiquetarlo y guardarlo en carpetas, que puedan ser fácilmente identificables); lo mismo se hará con las notas del diario de campo. Cada grabación se transcribirá inmediatamente al evento de recopilación, a fin de mantener fresco el recuerdo de los incidentes de la entrevista y del sentido que las personas pusieron a sus palabras. Se hará una transcripción textual, identificando claramente a los participantes con seudónimos.

4.9.2 Codificación y análisis de los datos

El análisis cualitativo comienza con la codificación de la información. En el estudio se hará una codificación mixta: en un primer momento abierta y conforme se vaya avanzando en la obtención de información y en la lectura detallada de la misma, esa codificación se volverá axial o por categorías.[54] El análisis se iniciará con las primeras transcripciones, a partir de las cuales se redactará una descripción general de la actividad; posteriormente, se hará una primera lectura y codificación abierta; más adelante se hará una relectura del corpus de análisis y, de ser necesario, una recodificación; se irán construyendo categorías a partir de los códigos y se identificarán patrones de semejanzas y divergencias en la información, tomando en cuenta los tipos sociales, los ejes de análisis y la pregunta de investigación; finalmente se construirán los cuadros de concentración de la información y los mapas conceptuales que sinteticen los hallazgos; con base en esto, se generará el guión para la redacción final de los hallazgos y las conclusiones del estudio

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap1.pdf

2. Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf

3. Tovar V y otros. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en México (1980-2004). Rev Fac Med UNAM; Mar-Abr 2008; 51(2):47-51. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-2/RFM051000202.pdf

4. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana 014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial de la Federación; 31 de mayo del 2007. 27p. Disponible en: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM-014-SSA2_31_de_mayo_2007-2.pdf

5. Secretaria de Salud. Programa de Acción Especifico: Cáncer cérvicouterino. 2007-2012. México: Secretaría de Salud; 2007.

6. López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México. 2000 Mar-Abr; 42(2):133-143.

7. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios sociológicos; 1992; XVI:(46):37-67. Disponible en: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/SJA5NJHYRA4VM8NTXVM87Q1FBGREB9.pdf

8. Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones. 1997; 69:238-270.

9. Martínez A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos Editorial; 2008.207 p.

10. Diez Roux A. Genes individuos, sociedad y epidemiología (71-81). En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

11. Haro J. Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, UABC, Mexicali, 16 de marzo 2010. Disponible en: http://portalescolson.com/boletines/342/haro-documentos.pdf

12. Duarte E. Por una epidemiología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. Salud Colectiva, Ene-Abr 2010; 6(1):11-19. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a02.pdf

13. Calvario, E. Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico. Revista médica de Sonora. Disponible en: http://www.sociologia.uson.mx/work/resources/LocalContent/73636/1/5sobrelaenfermedad.pdf

14. Alexander J. Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial. Análisis multidimensional. 4ª. Ed. Barcelona: Gedisa; 1997. 316 p.

15. Carabaña J y Lamo E. La teoría social del Interaccionismo Simbólico. Análisis y valoración crítica. Revista Española de Investigaciones Sociológicas; 1997; 1(78): 159-203.

16. Álvarez-Gayou J. Como hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología.1ª Ed. México: Editorial Paidós; 2007. 222 p.

17. Valenzuela M y Miranda A. Por qué no me hago el Papanicolaou. Barreras sicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev. Chil Salud Pública.[Internet]2001[consultado 2009 Noviembre 11] 5(2-3):75-80. Disponible en: http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revchil75.pdf

18. Aranda P y Castro MC. Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cérvico uterino: experiencias de investigación. Región y Sociedad, 2008; 20(2):93-126. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/102/10209805.pdf

19. Santillana M. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvicouterino: un estudio en Hermosillo, Sonora. Salud Pública México [Internet]. 2004 diciembre [consultado en noviembre 2009]; (6): disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10646614&iCveNum=1288

20. Castro A. Reseña. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvico uterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Región y Sociedad, 2002; 15(25): 251-255. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10202510

21. Urrutia MT y cols. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de Cáncer cervicouterino AUGE. Rev Chil Obstet Ginecol. 2008; 73(2):98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n2/art05.pdf

22. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Instantáneas. Ciertas percepciones y creencias de las mujeres hispanas en Estados Unidos obstaculizan la prevención del cáncer cérvico uterino. Rev Panam Salud Pública; 2004 Abr; 15(4):273-274. [Internet]. [consultado 2010 Ago 11]. Disponible: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n4/20913.pdf

23. Álvarez S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. Cad. Saúde Pública, 1998; 14(Supl. 1):33-40. [Internet]. [consultado 2010 Nov 11]. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1338.pdf

24. Carwright E, Salazar G y Castro MC. "Soy muy mujer". Percepciones del cáncer cérvico uterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona (181-209). En: Denman C, Monk J, Ojeda N, editoras. Compartiendo historia de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora; 2004. 260 p.

25. Castro-Vásquez MC y Arellano-Gálvez MC. A. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud Pública Mex. May-Jun 2010; 52(3):207-212. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2010/Mayo%20Junio/4-mujeres.pdf

26. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Comisión Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según entidad federativa y municipio, 2005. México: Secretaría de Salud; Nov 2006. Disponible en: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/DFMCACU_2005_30NOV06.pdf

27. SINAIS [Internet] México, D.F.: Secretaría de Salud; 2008(Actualizado 2010 Jul 14 11:49 hrs); consultado 2010 Sep 17). Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html

28. Secretaría de salud. Manual para la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino. Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Cancer/man-cancer.htm#Historia natural del Cáncer Cérvico-uterino

29. CENAVECE [Internet] México, D.F.: Secretaría de Salud; 2008 (Actualizado 2008; consultado 2010 Sep 17). Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html

30. Servicios de Salud de Veracruz. Boletín epidemiológico. Veracruz, México [Internet]. (consultado 2010 Sep 17). Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/PAG_VIGILANCIA_EPIDEM/PAG_VIG_EPIDIO_BOLETINES/SEMANA%2024%202010%20WEB.PDF

31. Palacio L. Lazcano E. Et al. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006.Salud Pública Mex [Internet]. 2006 [Consultado 2010 Nov 11]; Vol. 51(sup 2):208-219. Disponible:http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002294#bibliograa

32. Torres K. Arredondo A. Et al. La mujer indígena, vulnerable a cáncer cérvicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. Salud en Tabasco [Internet] 2008, vol. 14 [consultado 2010-Nov-11]. Disponible: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48711373006. ISSN 1405-2091.

33. Secretaría de Salud [Internet] [México, D.F.]: Secretaria de Salud; 2006 Nov (Actualizado 2007 Jun 07; consultado 2010 Nov 12). Disponible: http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=9&id_article=1094

34. Coronel P. Palafox F. Olivares J. Et al. Cáncer del Cuello Uterino en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" SESVER, dependiendo el lugar de residencia, 2006-2008. Aprobado para su publicación. En Revista Médica de la Universidad Veracruzana.

35. Restrepo Z. Mejía A. Valencia M. Et al. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2007 Dic [Consultado 2010 Nov 12]; 81(6):657-666. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000600009&lng=es.

36. Lazcano E. Et al. Tamizaje en cáncer cervical conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev. Saúde Pública [Internet].2002[2010 Nov 11];37(1):100-6.Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n1/13550.pdf

37. Trejo U. Granados C.Et al. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2005 Jun [consultado 2010 Nov 11]; 79(3): 403-414. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000300008&lng=es.

38. Arguero B. García L. Álvarez M. Et al. Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes, y personal administrativo. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2006 Ene-Feb [Consultado 2010 Nov 11]; 49(1)8-14. Disponible: http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-1/RFM49104.pdf

39. Comunian G. Blanchard S. Briceño J. *et al*. Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias. Gac Méd Caracas. [Internet].2008 Jun [consultado 12 Noviembre 2010]; 116(2):115-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0367-4762.

40. Lincoln I. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. De la Cuesta C, traductora. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/docs/dip_lsp/conexiones.pdf

41. Mercado F, Magalhaes M. Introducción. Notas para un debate (29-60). En: Magalhaes M, Mercado F, organizadores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

42. Mejía J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. Investigaciones Sociales. 2004; 8(13):284-299.

43. Rodríguez G, Flores J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe; 1996.

44. Mejía J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales. 2000; 4(5):165-180.

45. Hernández R. Fernández-Collado C. Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2006. 566 p.

46. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. 1ª ed. México: Editorial Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2000. 540 p.

47. Ulin P. Robinson E. Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación científica y técnica no. 614. Washington: OPS; 2006.

48. Donolo D. Triangulación, procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. Revista digital universitaria. [Internet].2009 Ago 10 [consultado 2010 Oct 11]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf

49. Montañés-Serrano M. Dinámica, funcionamiento y contenido de las entrevistas individuales y grupales [13 cuartillas en PDF]. En: Montañés-Serrano M, Rodríguez Villasante T, Martín-Gutiérrez P, coordinadores. Construyendo ciudadanía. Vol. 1: Prácticas locales de creatividad social. Barcelona: El Viejo Topo; 2001.

50. Mercado FJ, Alcántara EC, Tejada LM, Lara N, Sánchez A. La atención médica a los enfermos crónicos en México. ¿Qué tan diferente es la perspectiva de los médicos, las enfermeras y los sujetos enfermos? (275-303). En: Magalhaes ML, Mercado FJ, organizadores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 448 p.

51. Castillo E. Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003[Consultado 2010 Oct 28]; 34(003)164-167.Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28334309.

52. Mercado FJ, Torres TM. Un tema olvidado en el ámbito de la salud. El análisis cualitativo de los datos (11-29). En: Mercado FJ, Torres TM, compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdés; 2000.

53. De Sousa Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004; 227 p.

54. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquía; 2003

ANEXOS

Anexo 1

Cronograma de actividades de la investigación

Fases de investigación	Actividades	Fecha programada	Realizado
Preparación de la investigación	• Construir perfil de tipo social de mujeres • Selección de servicios de salud de acuerdo al tipo social • Selección de localidades • Autorización y registro de protocolo de la investigación • Piloteo de técnicas e instrumentos	12 Jul 2010 24 Ago 2010 30 Sep 2010 30 Nov 2010 4 Dic 2010	18 Jul 2010 8 Sep-2010 12 oct-2010
Trabajo de campo	• Primer contacto con las localidades seleccionadas • Selección y convocatoria de las participantes en los eventos discursivos • Realización entrevistas y grupos focales • Transcripción y primeras lecturas de los eventos discursivos	13 Dic 2010 Ene 2011 Ene-Feb 2011 Ene-Feb 2011	
Análisis de los datos y resultados escritos	• Codificación abierta • Análisis intra-caso e inter-casos; nueva codificación • Selección de segmentos representativos y descripción de patrones en la información • Elaboración de esquemas y mapas conceptuales • Integración del reporte final	Mar 2011 Mar-Abr 2011 Mayo 2011 Jun 2011 Jul-Ago 2011	

Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 2

Carta de Consentimiento Informado

Significados culturales del Papanicolaou: voces de mujeres rurales y urbanas que no se realizan la prueba

Investigadora responsable: Lic. Alma Delia Guevara Méndez

Como parte de la Maestría en Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, los alumnos que la cursan deben realizar una investigación sobre un tema de salud pública que aqueje a la población veracruzana.

El estudio busca recuperar información que permita comprender mejor las razones de algunas mujeres que no se han realizado oportunamente la citología exfoliativa (prueba de Papanicolaou), como medida preventiva del cáncer cérvicouterino.

Por ello, se solicita a mujeres mayores de 25 años que no se han realizado la prueba y a mujeres que se realizaron la prueba tardíamente, ante la presencia ya de síntomas del cáncer, que participen en una entrevista donde hablen de su vida, de lo que significa para ellas el cáncer cérvicouterino y la prueba de Papanicolaou, así como de sus razones para negarse a esta medida de cuidado de su salud.

Esta entrevista puede tomar de una a dos horas y para su comodidad, si usted lo desea, podemos dividirla en dos reuniones. Todo lo que usted comente servirá para proponer mejoras en la atención que brindan los servicios de salud a las mujeres.

Su participación en la entrevista es voluntaria; si usted decide aceptar le pido su autorización para grabar la conversación y así poder recordar todo lo que diga. Es importante mencionarle que su información sólo será utilizada en el estudio, no aparecerá su nombre o el nombre de otras personas relacionadas con su vida y nadie sabrá que usted participó en la entrevista. En caso de que usted no desee responder a alguna de las preguntas, se respetará su silencio.

Acepto firmar la presente ***Carta de Consentimiento Informado***, junto a la persona (investigadora) que me informó, conservando una copia de este documento.

Xalapa, Ver., a 07 de Enero del 2011

Nombre y firma de la entrevistada: _____

Nombre y firma de la investigadora: _____

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de dudas: relacionadas con el estudio:

Instituto de Salud Pública: 841 89 33

Investigadora Responsable: 044 22 88 24 25 74

Anexo 3

El relato de una hija

Recuerdo la llamada. Fue tan alarmante como terrible. Mamá estaba enferma y necesitaba atención médica urgente en el Kenyatta National Hospital, el hospital nacional de concentración en Nairobi. Mi hermano Jerry no me dio muchas explicaciones, salvo que mamá se había puesto enferma y que él había dispuesto lo necesario para trasladarla, ya que los doctores en Mombasa la enviaban con carácter urgente al hospital nacional, a unos 500 kilómetros de distancia. Todo esto sucedió en apenas unos cuantos días, y me pregunté qué pasaría a continuación.

La respuesta de una familia

Mi primer impulso fue ir al hospital, pero mi hermano me dijo que no era necesario. Él acompañaría a mamá al hospital en la ciudad y yo podría reunirme con ellos allá. "Pero, ¿qué le sucede?," insistí. No me respondió. Entonces llamó Willie, mi otro hermano, desolado. Yo sabía que él podía darme más información. "Los doctores dijeron que mamá tiene cáncer del cuello uterino", anunció, cauteloso. "Debes irte a Nairobi para verla cuanto antes, porque la situación es grave." Después de oír esto, comprendí que había problemas.

Como su esposa es enfermera, me pregunté si Willie conocía más detalles. Aquella noche, una oleada de temor e incertidumbre me inundó y, al parecer, también a los demás miembros de mi familia. Había leído unas cuantas cosas acerca del cáncer en los periódicos. Sabía que era una enfermedad incurable, pero casi nada más. Nunca había conocido a una persona con cáncer. Me preguntaba a mí misma: "¿Qué es el cáncer cérvico uterino? ¿Cómo se manifestó? ¿Por qué mamá? ¿Va a morir? ¿Cómo permite Dios que esto suceda? ¿Se la llevará Dios aun después de la muerte de mi padre?" Mi mente trabajaba frenética, en un esfuerzo desesperado por comprenderlo todo. No me imaginaba a mi madre víctima de una enfermedad tan terrible. Ella era el pilar de nuestra familia, en especial tras la muerte de mi padre. Era una madre cariñosa, y no sólo con nosotros: nuestro hogar también era un refugio para mis amigos y nuestros primos.

Signos tempranos

Como la única mujer en la familia, yo guardaba una relación muy estrecha con mamá y supe de todos sus dolores y experiencias. Durante al menos dos años, me dijo que sus reglas habían reaparecido, lo que me resultó bastante extraño. Después de todo, tenía más de 55 años. La insté a que viera al médico, lo que hizo varias veces, pero prácticamente nunca recibió información o un tratamiento que valiera la pena. La palabra "cáncer" no se mencionó jamás. Tan sólo le administraron diversas medicinas que le dieron un alivio pasajero. Ahora me preguntaba: ¿Acaso los sangrados habían tenido algo que ver? ¿En realidad moriría mamá?

Tratamiento inicial

Ya en el hospital, nos enteramos de que mamá no sólo tenía cáncer cérvico uterino sino que estaba avanzado. Necesitaba radioterapia inmediata para reducir la diseminación y el sangrado y prolongarle la vida. "Fue demasiado," recuerda Jerry. "En menos de una semana, nos dimos cuenta de cuán cerca estaba la muerte y de que nuestra querida madre podría morir. Era una situación muy dolorosa y desesperada."

Tras unos cuantos días en el Kenyatta National Hospital, mamá fue dada de alta. Cada día la llevaban a una sesión de radioterapia y salía con aire fatigado. No parecía preocupada, ya que todavía no le habían dicho la verdad. Cuando un paciente está en fase terminal, es común que los médicos sólo informen a los familiares cercanos. La irradiación fue seguida de varias citas, lo cual significaba que tenía que hacer el viaje de todo un día en autobús desde Mombasa a Nairobi, en el cual la acompañaba alguno de mis hermanos. El proceso de trasladar a nuestra madre enferma cientos de kilómetros a Nairobi y ver cómo se debilitaba cada vez más fue traumático.

Durante varios meses después de las primeras sesiones de radioterapia, mamá se alojó con la familia de mi hermano en Mombasa. El sangrado nunca cedió completamente y tuvieron que hacerle transfusiones, pero el hecho de estar rodeada por la familia y las consultas periódicas le daban ánimo.

Cuidar a nuestra madre

Después de casi seis meses de consultas y tratamientos regulares, el estado de mamá empeoró. Se debilitó aún más y tenía tanto dolor que apenas podía valerse por sí misma. "Literalmente, teníamos que ayudarla a ponerse de pie, porque una de las piernas y la cadera de un lado estaba muy débil y dolorida," narra Mbori, la esposa de Jerry. También tenían que mantenerla limpia y seca, ya que ella misma no podía hacerlo.

Verla empeorar con el tiempo me causó un gran dolor. Recuerdo la última vez que la llevamos a Nairobi a una sesión de radioterapia; estaba sumamente débil y frágil. De hecho, tuvimos que cargarla del automóvil a una silla. Yo todavía esperaba un milagro y le rogaba a Dios que la curara. Todos le rogábamos lo mismo. Pero para ese entonces, ya habíamos aceptado el hecho. Nos aferrábamos a la oración, en espera de que Dios hiciera algo.

Preparados para la muerte

El doctor finalmente recomendó transferir a mamá al Voi District Hospital, situado más cerca de casa. Esto significaba que ella estaba al borde de la muerte. Yo no entendí lo que significaba este cambio; si acaso cruzó por mi mente, seguramente me negué a reconocerlo.

Mamá estaba postrada en cama y muy distante. Apenas hablaba, pero aún se interesaba mucho en mi bienestar. Yo no sabía qué decir. El hecho de que varios familiares se quedaran en nuestra casa para ayudarla dejaba claro cuánta ayuda necesitaba y cuán cerca estaba de la muerte.

Pasó tan sólo un año desde que supimos que estaba enferma hasta su muerte. ¡Qué año tan terrible! ¡Qué enfermedad tan terrible es el cáncer cérvico uterino! Y sin embargo, puede prevenirse. ¡Si tan sólo mamá hubiera recibido detección y tratamiento tempranos!

(Por Jemimah Mwakisha; Kenya)

*(Tomado de **Relatos de mujeres, vidas de mujeres. Experiencias con el tamizaje y el tratamiento del cáncer cérvico uterino**. Washington: Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, OPS; 2004).*

Anexo 4

Guía temática para entrevistas con mujeres que no se han realizado el tamizaje

Mi nombre es Alma Delia Guevara Méndez y estudio en el Instituto de Salud Pública, de la Universidad Veracruzana; le agradezco su participación en este estudio, que tiene como fin indagar sobre las ideas y experiencias que mujeres como usted tienen acerca del cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou; es necesario que usted sepa que la información que me proporcionará será confidencial, es decir, su nombre y el de cualquier otra persona que usted mencione permanecerá en el anonimato, aunque sus palabras y experiencias si son muy importantes en el estudio; por eso, le pido que exprese por escrito su disposición a colaborar (*se lee y firma Carta de Consentimiento Informado*). Solicito su permiso para grabar.

Tópicos a indagar

Un poco de historia: ¿quién es la mujer?

El origen

1. Por favor quisiera que empezáramos a platicar sobre un poco de su infancia. Hábleme de donde nació, como era su familia y el lugar donde vivía y estudiaba.
2. ¿Recuerda la época de su adolescencia? ¿Alguna vez le dijeron cómo cambiaría su cuerpo y cómo lo podía cuidar?

El presente

3. Hoy en día ¿cómo es su vida diaria?
4. Hábleme de las cosas que le preocupan más.

La salud y la enfermedad

5. ¿Qué son para usted la salud y la enfermedad?
6. ¿Cómo ha sido su estado de salud ahora de adulta?
7. ¿Cómo le hace sentir eso?
8. [En caso de que no lo haya tocado] ¿Qué piensa de la muerte?

Significados construidos en torno al CaCu

Significados sobre el cáncer

9. ¿Qué es para usted el CaCu?/ ¿Qué imágenes vienen a su mente cuando piensa en el CaCu?

Los significados del colectivo

10. ¿Alguna vez escuchó a alguien más hablar así de la enfermedad?
11. ¿Qué dice la gente de su familia, o su marido, de esta enfermedad?
12. ¿Por qué cree que las personas dicen eso de la enfermedad?

Significados sobre el origen de la enfermedad

13. ¿Por qué cree usted que algunas mujeres enferman de este tipo de cáncer?

Ideas sobre la prevención del cáncer

14. ¿Una mujer puede evitar enfermarse de CaCu?

Ideas sobre la curación

15. ¿Una mujer puede curarse de CaCu?

Experiencias en torno al CaCu

16. ¿Ha conocido alguna mujer que haya enfermado de cáncer cérvicouterino? Hábleme de eso.

Significados construidos en torno al Papanicolaou

Significados sobre el Papanicolaou

17. ¿Qué ideas vienen a su mente cuando escucha "Papanicolaou"?

Los significados del colectivo

18. ¿Por qué no se ha hecho la prueba?
19. ¿Alguna vez escuchó a alguien más hablar así de la prueba?
20. ¿Qué dice su familia/ su marido/ la gente de la comunidad de esta revisión médica?
21. ¿Por qué cree que las personas dicen eso de la prueba?

Experiencias en torno a la prueba

22. ¿Conoce a alguna mujer que se ha hecho la prueba? ¿Le ha platicado esa mujer cómo es la prueba o cómo se sintió ella?

Cierre: Le agradezco mucho su participación; le recuerdo que la finalidad de esta entrevista es reunir información sobre las ideas y experiencias que sobre el cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou tienen aquellas mujeres que se niegan a realizarse la prueba; le reitero que todo lo que me ha comentado será tratado con respeto y su nombre no aparecerá en el estudio; finalmente, ¿hay algo de este estudio sobre lo que tenga dudas y que quisiera que yo le explicara? Si no es así, nuevamente gracias.

Anexo 5

Guía temática para entrevistas con mujeres con diagnóstico de Cáncer cérvicouterino

Mi nombre es Alma Delia Guevara Méndez y estudio en el Instituto de Salud Pública, de la Universidad Veracruzana; le agradezco su participación en este estudio, que tiene como fin indagar sobre las ideas y experiencias que mujeres como usted tienen acerca del cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou; es necesario que usted sepa que la información que me proporcionará será confidencial, es decir, su nombre y el de cualquier otra persona que usted mencione permanecerá en el anonimato, aunque sus palabras y experiencias si son muy importantes en el estudio; por eso, le pido que exprese por escrito su disposición a colaborar (*se lee y firma Carta de Consentimiento Informado*). Solicito su permiso para grabar.

Tópicos a indagar

Un poco de historia ¿quién es la mujer?

El origen

1. Por favor, quisiera que empezáramos a platicar un poco sobre su infancia. Hábleme de dónde nació, cómo era su familia y el lugar donde vivía y estudiaba.
2. ¿Recuerda la época de su adolescencia? ¿Alguna vez le dijeron cómo cambiaría su cuerpo y cómo lo podía cuidar?

El presente

3. Hoy en día ¿cómo es su vida diaria?
4. Hábleme de las cosas que le preocupan más.

La salud y la enfermedad

5. ¿Qué son para usted la salud y la enfermedad?
6. ¿Cómo ha sido su estado de salud ahora de adulta?
7. ¿Cómo le hace sentir eso?
8. [En caso de que no lo haya tocado] ¿Qué piensa de la muerte?

Significados construidos en torno al Papanicolaou

Significados sobre el Papanicolaou

9. Ahora, quisiera que habláramos sobre el Papanicolaou. ¿Qué ideas vienen a su mente cuando piensa en el Papanicolaou?
10. ¿Cuándo se hizo por primera vez el Papanicolaou? ¿Por qué? ¿Alguna vez pensó en hacérselo antes? ¿Por qué?

Los significados del colectivo

11. ¿Alguna vez escuchó a alguien más hablar así de la prueba?
12. ¿Qué dice la gente de su familia o su marido de esta revisión médica?
13. ¿Por qué cree que las personas dicen eso de la prueba?

Significados construidos en torno al CaCu

Significados sobre el Cáncer

14. ¿Qué es para usted el CaCu? ¿Cómo se lo imagina?
15. Hábleme, por favor, del momento en que le dijeron que tenía cáncer. ¿cómo fue? ¿quién le informó? ¿qué paso después? ¿qué pensaba usted? ¿cómo se sentía? ¿a quién le contó después sobre su diagnóstico?

Los significados del colectivo

16. ¿Qué dice la gente de su familia o de su comunidad de esta enfermedad?
17. ¿Por qué cree que las personas dicen eso de la enfermedad?
18. Antes de que usted enfermara ¿supo de alguna mujer que también tuvo o tiene cáncer cérvicouterino? Hábleme un poco de eso.

Significados sobre el origen de la enfermedad

19. ¿Le han dicho por qué desarrollo usted este cáncer?
20. ¿Cómo le hace sentir eso que le dijeron?/ ¿usted qué piensa de eso?

Ideas sobre la prevención del cáncer

21. ¿Cree usted que había alguna forma de evitar que usted se enfermera de cáncer?
22. Ideas sobre la curación
23. ¿Le han hablado del tratamiento? ¿Qué va a pasar ahora que lo tiene y lo sabe?
24. ¿Qué piensa del futuro? ¿Qué dice su familia?

Cierre: Le agradezco mucho su participación; le recuerdo que la finalidad de esta entrevista es reunir información sobre las ideas y experiencias que sobre el cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou tienen aquellas mujeres que se niegan a realizarse la prueba; le reitero que todo lo que me ha comentado será tratado con respeto y su nombre no aparecerá en el estudio; finalmente, ¿hay algo de este estudio sobre lo que tenga dudas y que quisiera que yo le explicara? Si no es así, nuevamente gracias.

Anexo 6

Guía temática para el grupo focal con mujeres que se niegan a realizarse el tamizaje

Mi nombre es Alma Delia Guevara Méndez y estudio en el Instituto de Salud Pública, de la Universidad Veracruzana; les agradezco su participación en este estudio, que tiene como fin indagar sobre las ideas y experiencias que mujeres como usted tienen acerca del cáncer cérvicouterino y el Papanicolaou; es necesario que ustedes sepan que la información que me proporcionarán será confidencial, es decir, sus nombres y el de cualquier otra persona que ustedes mencionen permanecerá en el anonimato, aunque sus palabras y experiencias si son muy importantes en el estudio; por eso, les pido que expresen por escrito su disposición a colaborar (*se lee y firma Carta de Consentimiento Informado*). Solicito su permiso para grabar.

Lo que haremos es platicar entre todas sobre algunos temas que espero sean de su interés: la salud, la enfermedad, el cuidado de nuestro cuerpo. Lo haremos así: yo le hago una pregunta al grupo y quien lo desee puede empezar el diálogo; todas pueden hablar, sólo les pido que para poder escuchar bien, lo hagamos cuando la otra persona termino su idea. Siéntanse en confianza de hablar entre ustedes de lo que piensan o lo que han vivido; no hay respuestas buenas ni malas. Para empezar, leeremos una historia (resumen del texto: "El relato de una hija").

Al concluir el relato se lanzan al grupo algunas preguntas:

- ¿Qué ideas vienen a su mente al escuchar esta historia? ¿Qué les hace sentir? ¿Quién quiere empezar?

Tópicos a indagar

Temáticas "sensibles" relacionadas con el estudio (cáncer, muerte, enfermedad, cuerpo, sexualidad, cuidado de la salud)

1. ¿Qué es para ustedes el cáncer? ¿Quién quiere empezar?/ ¿En qué piensan cuando escuchan "cáncer"?
2. ¿Cómo sabe una persona que tiene cáncer?
3. ¿Se puede evitar el cáncer? ¿Por qué?
4. ¿En qué partes del cuerpo puede dar cáncer?

Significados construidos en torno al CaCu

5. Ahora quisiera que habláramos especialmente del CaCu, de las ideas que vienen a su mente cuando escuchan "cáncer cérvicouterino"
6. ¿Qué le sucede a una mujer cuando tiene cáncer cérvicouterino?/ ¿Qué partes de su cuerpo se enferman y qué partes de su vida cambian cuando le da ese cáncer?
7. ¿Por qué creen que algunas mujeres enferman de este tipo de cáncer?
8. ¿Puede una mujer evitar enfermarse de cáncer cérvicouterino? ¿Cómo?

Significados construidos en torno al Papanicolaou

9. Por favor hablemos ahora del Papanicolaou ¿Qué han escuchado del Papanicolaou?/ ¿Qué es? ¿Para qué sirve?
10. ¿Alguna de ustedes se ha hecho un Papanicolaou? ¿Podrían hablar de cómo fue? ¿Cómo se sintieron? ¿Qué pensaban? ¿Por qué se lo hicieron?
11. ¿Algunas de ustedes aun no se han hecho un Papanicolaou? ¿Podrían decir por qué?