Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I:

PRODUCTO DE LOS MÓDULOS

(Generación 2011-2013, primer semestre)

COLECCIÓN EDUCATIVA EN SALUD PÚBLICA

Mauricio Mendoza González
(Compilador)

12

Instituto de Salud Pública
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO I
Y SALUD PÚBLICA I:
Productos de los módulos
(Maestría en Salud Pública
2011-2013, primer semestre)
Mauricio Mendoza González (Compilador)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Agosto 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 DIAGNÓSTICOS DE SALUD

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE VERACRUZ — 5

Guadalupe Aguilar Andrade
Víctor Hugo Medina Hernández
Marco Antonio Ruiz Rosas.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD "EL CONEJO" MUNICIPIO DE PEROTE, VERACRUZ. — 45

Daniel Reyna Peralta
Edna Pérez Lazarín
Jeyma Talía Patiño Suárez
Magda Elena Hernández Hernández
Rebeca Uribe Carvajal.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE USUARIOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA EN EL AÑO 2011 — 94

Ma. Concepción Arrazate García
Monserrat Macías Carballo

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL "CENTRO DE SALUD URBANO DR. GASTÓN MELO" — 126

Yazmín Ramírez González
Alejandro Loya Jiménez
Damián Eduardo Pérez Martínez

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PERTENECIENTES AL ÁREA DE INFLUENCIA CENTRO DE SALUD URBANO "DR. GASTÓN MELO" DE LA CIUDAD DE XALAPA VERACRUZ DURANTE PERIODO OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2011. — 161

Ana Rosa García Fernández
Rosalía Hernández Cano
Pedro Pablo Castro Enriquez

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN MENORES DE CINCO AÑOS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD URBANO "Dr. GASTÓN MELO" **188**

José Luis Magallón Ruiz
Miguel Adrián Marenco González
Shany Arely Vázquez Espinosa

DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "DR. LUIS F. NACHÓN", CON RESPECTO A LA POTENCIAL SOBREOCUPACIÓN EN EL SERVICIO DE TOCO CIRUGÍA" **206**

Carolina Delgado Domínguez
Julieta López Vázquez
Sheila Oyuki Xochihua González

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE 6 A 12 AÑOS DE DOS ESCUELAS PRIMARIAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ ANTONIO MARABOTO CARREÓN", XALAPA VERACRUZ **241**

América Gabriela Allinar Landa, Lucerito Esmeralda Ávila Lagunes, Ángela María Insuasty Delgado, Elsa Guadalupe Hernández García, Miriam Palmeros Barrientos, Gisela Zavaleta Torres

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DERECHOHABIENTES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA. UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA EN EL AÑO 2011 **296**

Jahaziel Díaz Vallejo
Perla Melgarejo Bibiano
Karina Pérez Santos

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS USUARIAS CON MÁS APEGO A LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE, UVISA, XALAPA, VER. 2012 **333**

Néstor Iván Cabrera Mendoza
Alberto Centurión Carrera
Arturo Abraham Rodríguez Lara.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL DE VERACRUZ

Guadalupe Aguilar Andrade, Víctor Hugo Medina Hernández, Marco Antonio Ruiz Rosas.

Asesor interno: Mtro. Manuel Luzanía Valerio.
Asesores externos: Psic. Ma. Teresa Chacón Rodríguez., Mtro. Francisco J. Auñon Segura.

1. RESUMEN

En Veracruz existen varios Centros de rehabilitación que brindan atención a la población. Dentro del Sistema DIF ha sido recientemente inaugurado el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER). No se han llevado a cabo estudios que analicen la situación de salud que guardan los usuarios de éste, el más grande en superficie y el que atiende a una gran parte de la población que requiere no sólo rehabilitación sino también inclusión social.

Metodología: El tipo de estudio realizado fué cuantitativo, observacional, de tipo descriptivo, corte transversal, en los meses de agosto a diciembre de 2011. Se analizaron, a partir de la revisión exhaustiva de una muestra de expedientes, las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de los usuarios atendidos en el CREEVER. Además, hay que resaltar que el presente trabajo es una estrategia pedagógica fundamentada en los planes de estudio de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana y que tiene por objeto encontrar, mediante la investigación, aquellas determinantes que afectan las condiciones de salud de una población.

Resultados: el CREEVER atiende a más hombres (53%) que mujeres (47%), el 30% de la población analizada tiene entre 0 y 14 años, el 30% de las atenciones que se brindan son a pacientes con padecimientos de tipo con congénito. El 75% de la población atendida se encuentra en un nivel socioeconómico bajo. El 80% de los pacientes atendidos no han sido remitidos a algún programa de inclusión social.

Conclusiones: Las patologías de etiología congénita son las que más demandan atención por parte de los usuarios del CREEVER, seguidas de aquellos con parálisis cerebral infantil. Los pacientes, en su mayoría pertenecen a familias de escasos recursos económicos. Es necesaria la constante promoción de la salud y prevención de la enfermedad en términos de educación saludable en la vivienda, con la finalidad de abatir los grandes rezagos existentes en materia de hacinamiento en las viviendas.

2. INTRODUCCIÓN

Hoy en día la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos. Las personas están discapacitadas por la sociedad, no sólo por sus cuerpos. Estos obstáculos se pueden superar si los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales y las personas con discapacidad y sus familias trabajan en colaboración.

"Las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados del mundo. Esas personas presentan peores resultados sanitarios, obtienen resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades"[1]

Se estima que más de 500 millones de personas en el mundo tienen algún tipo de impedimento físico, mental o sensorial y alrededor del 80% de estas personas viven en los países en desarrollo[1].

Con el fin de describir la situación de salud que guardan los usuarios del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER) se llevó a cabo el estudio que a continuación se presenta.

El trabajo se encuentra dividido en capítulos. En el capítulo III se describe el planteamiento del problema, en el IV aborda el marco referencial del que se desprende la idea de llevar a cabo este análisis. El capítulo V

menciona los objetivos de este estudio. El capítulo alude a la metodología empleada en esta investigación. El capítulo VII está dedicado a exponer los resultados obtenidos, mismos que se discuten en el capítulo VII y por último, se enuncian las conclusiones y recomendaciones en el capítulo IX. Se recomienda así mismo la consulta del apartado denominado *Anexos*, que contiene datos complementarios a la información descrita en los capítulos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de salud constituye una de las principales etapas en la planificación de los servicios de salud en una comunidad[2]. Partiendo de esta premisa se puede decir que es importante tener en cuenta cuáles son los elementos demográficos, económicos, sociales y ambientales, entre otros para saber cómo es el proceso salud-enfermedad en el área de influencia de un centro de salud, hospital de segundo nivel de atención o centro de rehabilitación e inclusión social, como es el caso que nos ocupa.

En Veracruz, de acuerdo a cifras encontradas en el Censo General de Población y Vivienda del INEGI 2010, habitan un total de 7 643 194 personas, de las cuales, 315 110 reportaron padecer algún tipo de discapacidad. Lo que representa el 4.12% de la población total residente en el estado, ligeramente superior a la media nacional que es de 4%.

Específicamente, en el CREEVER no se ha llevado a cabo un diagnóstico de Salud debido en parte a que apenas abrió sus puertas para la atención en julio de 2010, así como los cambios que se han suscitado al interior, como el pasar de ser un OPD a formar parte del Sistema del DIF Estatal. Por lo tanto, aunque se llevan abiertos más de 3000 expedientes, que corresponden al número de pacientes atendidos, no se tiene un análisis específico de la población atendida.

Ante esta situación, fue necesario realizar un diagnóstico de salud que abarcara toda la población atendida en el CREEVER en el cual se buscó identificar los factores sociales, económicos, demográficos que caracterizan a la misma y de esta manera priorizar las acciones de prevención con la finalidad de prevenir la aparición y disminuir la prevalencia, en la población veracruzana, de las discapacidades como producto de males congénitos o adquiridos.

4. MARCO REFERENCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud hace poco más de 50 años como: el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez[3]. Pero también podríamos remitirnos a la definición de salud de Milton Terris en 1975 quien menciona que la salud es un continuo con gradaciones, eliminando, de la definición que proponía la OMS la palabra "completo" aduciendo correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un absoluto - una felicidad celestial - sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término "enfermedad" (disease) y el de "malestar" (ill-ness), ya que es posible coexista el "sentirse bien" y la enfermedad.[4]

En 1974 aparece el informe Lalonde, Canadá, el cual sostiene que las condiciones ambientales y los estilo de vida eran más importantes para la salud que la asistencia médica; sin embargo, los recursos existentes se dirigían a la asistencia médica y no a los cambios en los determinantes. En ese informe se señaló que el nivel de salud de una población está relacionado con los denominados factores determinantes de la salud: factores biológicos, entorno social, estilos de vida y servicios sanitarios[4]. Para conocerlos, se recurre a lo que se ha denominado Diagnóstico de Salud, entendiéndolo como el proceso sistemático y periódico a través del cual se pretende conocer la situación de salud de una comunidad; es la etapa inicial de la planificación. Su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y de los recursos de los que dispone para controlarlos o resolverlos.[5]

El conocimiento de las condiciones apuntadas permite establecer prioridades de acción, formular los programas conducentes o incrementar los ya existentes. El diagnóstico de salud debe tener objetividad, precisión, integridad, temporalidad, y un diagnóstico resultado del proceso derivado de la observación y el análisis de la realidad objeto de estudio; lo que significa que, los datos deben presentarse, siempre que sea posible, de manera cuantitativa para evitar subjetividad, referirse a la población de estudio y al medio en que se encuentra, ser lo más completa posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población y referir a un tiempo determinado[5].

El diagnóstico fundamentalmente debe considerar la priorización de los problemas y las propuestas y ejecución del plan de acción. Visto de esta manera,

dicho diagnóstico no puede ser otra cosa que la identificación por la comunidad de los problemas que la afectan prioritariamente[2], de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales, de tal manera que permita mejorar las condiciones de salud de una población.

Por tanto, es un ejercicio que no se elabora exclusivamente como apoyo al accionar de los servicios de salud, sino que permite la integración de las percepciones comunitarias; lo que implica la discusión y construcción a partir de la participación de sectores (salud, educativo, económico, etc.) y grupos sociales de la comunidad, interesados en el bien común de la salud individual y colectiva.

En resumen, las fases para el desarrollo del diagnóstico de salud implican un proceso que incluye la planeación, la ejecución, la evaluación, la integración del diagnóstico propiamente dicho, la priorización de los eventos en salud a atender y la formulación de intervenciones.

El uso más generalizado actualmente de las necesidades de salud no se refiere a la población, sino a la fuerza de trabajo de los servicios de salud, que indiscutiblemente constituyen el punto de partida para la solución que logre el mejoramiento de los servicios de salud[2].

Existen diferentes formas de expresar las necesidades de una población específica:

- Necesidad normativa, la que requiere el servicio.

- Necesidad sentida, la que el individuo o grupo quiere.

- Necesidad expresada, cuando se transforma en la demanda.

Pueden utilizarse diversas técnicas y modelos para llevar a cabo el diagnóstico de salud pero sea cual fuere el tipo de diagnóstico elegido, es necesario que su determinación se efectúe de manera constante, periódica y permanente, debido a que las necesidades de los individuos se modifican con el tiempo.

El diagnóstico que se propone en este estudio es de tipo situacional, lo que permitirá describir las características sociodemográficas de los usuarios del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz (CREEVER), así como sus condiciones de salud.

Este espacio fue creado para brindar atención integral a pacientes con algún tipo de discapacidad, ofreciéndoles no sólo rehabilitación, sino también la posibilidad de la inclusión social.

Marco conceptual y jurídico de la discapacidad en México

La discapacidad, según la Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral de personas con discapacidad, es la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.

Ésta definición se relaciona íntimamente con el concepto de rehabilitación, misma que se entiende como el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad6.

Definiciones según la Ley General de Personas con Discapacidad

Persona con discapacidad: toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Rehabilitación: Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Ayudas técnicas: Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad.

Definiciones según de la Ley General de Salud

Esta ley, en la última actualización del Diario Oficial de la Federación, no utiliza el término de personas con discapacidad, solamente se hace referencia a la invalidez, definiéndola como: la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social7.

Interpretación e Implantación del Marco Legal

En el ámbito federal existen por lo menos 14 leyes que contienen al menos un artículo referente a personas con discapacidad, en los cuales se reconocen sus derechos, se otorgan facilidades o se indica la creación de programas específicos para las personas con discapacidad. Leyes importantes como: la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, o la Ley General de Salud, las cuales fueron promulgadas hace varios años, hacen referencia a "incapacitados" o "minusválidos". Leyes de reciente creación sí manejan ya el término de "personas con discapacidad"

Si bien se ha legislado en varios campos, la falta de reglamentos de las leyes estatales vigentes para personas con discapacidad impide que exista una efectiva implementación y seguimiento. Cada estado y el Distrito Federal, cuentan con una ley para personas con discapacidad, pero solamente cinco cuentan con el reglamento correspondiente, lo cual limita su aplicación.

La Ley General de las Personas con Discapacidad ha sido recientemente publicada. La ley presenta un modelo médico, y otorga la rectoría del tema de la discapacidad a la Secretaría de Salud8.

No todas las discapacidades son contempladas de igual forma por la legislación existente. Las personas con discapacidad intelectual y psíquica son quienes tienen más limitados sus derechos, ya que se les considera jurídicamente incapaces e inimputables. El estado contempla una protección parcial de personas con discapacidad sensorial, a través de figuras como el derecho de las personas sordas a que puedan ser auxiliadas por intérpretes en juicios penales. Pero esta oportunidad no se ofrece a quienes son ciegos, ya que los documentos oficiales en los juicios no son traducidos al braille.

Generalmente los códigos civiles definen como restricciones a la personalidad jurídica: la minoría de edad, el estado de interdicción y las demás incapacidades establecidas por la ley; pero los incapaces pueden ejercer sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes legales.

Pocos estados hacen referencia de manera específica a quienes son incapaces.

En estos casos las redacciones incorporan a los menores de edad y señalan específicamente a los mayores de edad con estas características:

a. Los privados de inteligencia o disminuidos o perturbados de ella, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicciónvv a sustancias tóxicas, como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse obligarse por sí mismos a manifestar su voluntad por algún modo.
b. Los sordos y/o los mudos que no sepan darse a entender por escrito o mediante intérprete, por leguaje mímico.

En estos casos sí se precisa la capacidad legal con relación a casos concretos de discapacidad, que serían las personas con discapacidad mental e intelectual los sordos y las personas con problemas de lenguaje.

Es importante que el concepto de capacidad jurídica pueda incorporar aspectos y características específicas de cada uno de los tipos de discapacidades cuando sean pertinentes, así como comprender las diversas formas de protección que pueden existir al respecto.

La discapacidad desde los enfoques médico y social

Los términos asociados a la discapacidad (deficiencia, disfunción, minusvalía) son el resultado de amplios desarrollos conceptuales entre los que resaltan los modelos médico y social. Ambos modelos de análisis ofrecen visiones diferentes aunque complementarias de la discapacidad.

El modelo médico se desarrolla bajo un enfoque o paradigma biologicista en el que la discapacidad es considerada como un problema de la persona causado

directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta9.

Esta perspectiva de análisis ha sido censurada entre otras cosas por considerarse que asume una presunción de inferioridad biológica, no fisiológica de las personas con discapacidad, enfocándose sólo en devolver la normalidad a las personas con deficiencias10, además de afirmar que los valores e interpretaciones médicas han contribuido históricamente a la construcción social de la dependencia.

El modelo social, por su parte, considera a la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, bajo esta perspectiva, la discapacidad es considerada como una idea socialmente construida que surge del fracaso del entorno social para ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias establecidas por la sociedad[10].

Una de las vertientes del enfoque social considera a la discapacidad como una forma de opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social, así como en la carencia de lecturas en braille y en la incapacidad del público en general para usar el lenguaje de signos9.

Así, el enfoque social exige la responsabilidad colectiva para hacer las modificaciones ambientales necesarias que posibiliten y permitan alcanzar la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Aunque es difícil precisar la prevalencia de la discapacidad, existen elementos para afirmar que tiende a aumentar, no sólo de manera absoluta como resultado del crecimiento de la población, sino en forma relativa como consecuencia del proceso de cambio demográfico, epidemiológico y social9.

Declaraciones internacionales

Para contextualizar la situación de la discapacidad es importante señalar que a nivel internacional ha habido una serie de acuerdos y disposiciones que los gobiernos de los más diversos países han firmado para asegurar los derechos de las personas que sufren algún tipo de discapacidad, esto con la finalidad de apelar el valor supremo de los derechos humanos y garantizar el completo goce de estos, es por ello que la Convención sobre los Derechos del Niño, en principio apunta que:

> *Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna... Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición*[11].

Ahora bien, los Estados han convenido, además, para poder llevar a cabo las acciones necesarias para garantizar que no se cometan abusos con las personas discapacitadas y promover sus derechos humanos, han tenido que generar las modificaciones necesarias a leyes y códigos que rigen la vida constitucional de los países, toda vez que dichas medidas deben de contribuir, además, al acceso a un trato digno y de calidad.

Sin embargo, los acuerdos políticos, necesariamente , han exigido la voluntad política de los actores nacionales para poder apuntalar acciones directas enfocadas hacia el proporcionar asistencia y atención a este sector poblacional que lo necesita, lo que ha encaminado que las convenciones internacionales también contemplen y prevean la inclusión en los acuerdos de la atención integral que requieren los discapacitados y su familias, así como también del tratamiento garantizado para abatir las secuelas de la enfermedad por instituciones destinadas y especializadas en dicha atención.

> *Con lo anterior, la presencia del CREEVER se justifica, ya que el estado de Veracruz, está tomando medidas adecuadas para garantizar la asistencia necesaria a quienes padecen algún tipo de discapacidad, previendo un trato digno para una vida digna. Teniendo en cuenta que el discapacitado (sobre todo los niños) se les debe de asegurar que tengan un: acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible*[11]

Por su parte el Estado está obligado, ante la firma del

convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas invalidas en sus Art. 2, 3, 4, 7 y 8, a garantizar la inclusión social de las personas con algún tipo de discapacidad y que pueda a su vez respetarse sus derechos en igualdad de oportunidades a las demás personas, de tal suerte que,

> *Dicha política estará destinada a asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas inválidas y a promover oportunidades de empleo para las personas inválidas en el mercado regular del empleo... se basará en el principio de igualdad de oportunidades entre los trabajadores inválidos y los trabajadores en general. Deberá respetarse la igualdad de oportunidades y de trato para trabajadoras inválidas y trabajadores inválidos.*
>
> *Las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores no deberán considerarse discriminatorias... Las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleo y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo... Se adoptarán medidas para promover el establecimiento y desarrollo de servicios de readaptación profesional y de empleo para personas inválidas en las zonas rurales y en las comunidades apartadas..."*[12]

Es por ello que, el CREEVER cuenta con un departamento especializado de inclusión social, integrado a las fases de atención de los pacientes, y que apelando a la visión holística de atención de los pacientes con discapacidad, busca garantizar que las personas se integren de manera productiva a la sociedad.

De esta manera, los compromisos adquiridos para asegurar los derechos humanos de las personas discapacitadas se fijaron, en las diversas convenciones y tratados internacionales, con más interés, en incluir en la agenda pública los temas transversales de la no discriminación, la igualdad y sobre todo hacer hincapié en la necesidad de garantizar la equidad en el derecho de gozar plenamente de las garantías individuales universales como un derecho irrenunciable, necesario y sin reservas[12].

Todo lo anterior forma parte de las políticas que se han generado con la prioridad de prever que las personas pertenecientes a este grupo con discapacidad estén contemplados en las políticas de desarrollo social, pero para ello siempre ha sido primordial el tener que visibilizar y reconocer a la discapacidad, para poder de esta manera tener respuestas efectivas y acordes a las necesidades que esta condición vulnerable presenta, pero sobre todo lo más importante es entender que un paso fundamental en este desarrollo es el posibilitar el acceso seguro, continuo y de calidad a tratamientos de rehabilitación que respondan con entera ética y humanismo a la problemática, para la generación de bienestar y equidad en la sociedad.

La discapacidad en el mundo y en México

Según el Informe Mundial sobre la discapacidad en el mundo, publicado por la OMS en el año 2011, más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento1. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas1.

Para lograr las perspectivas de desarrollo, mejores y más duraderas, que están en el corazón de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 y más allá, se debe emancipar a las personas que viven con alguna discapacidad y suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno y lograr que sus voces sean escuchadas1.

Medir la discapacidad en México no es una tarea fácil, representa un reto importante, ya que las condiciones tanto sociales, políticas, económicas y sobre todo demográficas hacen de ésta una variable bastante compleja, debido a la amplia diversidad histórica de datos y el alto grado de variabilidad de las estrategias aplicadas por los diferentes esfuerzos para medir la discapacidad en el territorio nacional13.

Sin embargo, contamos con los datos publicados del Censo General de Población y Vivienda del año 2010, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en donde se menciona que en México, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 4% de la población total. En el país, de las personas que presentan alguna discapacidad, 49% son hombres y 51% mujeres.14

La distribución geográfica de las personas con algún tipo de discapacidad se concentra porcentualmente principalmente en cuatro entidades federativas: el estado de México con un 10.5%, seguido por el Distrito Federal con un 8.9%, Jalisco con 7.7% y Veracruz con un 4.12%13.

Clasificación de la discapacidad

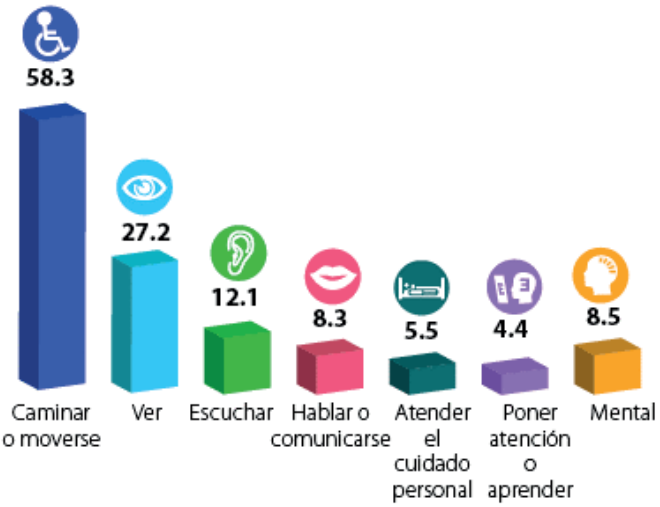
De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, las personas con discapacidad "son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás"15.

Los más conocidos son:

	Caminar o moverse. Hace referencia a la dificultad de una persona para moverse, caminar, desplazarse o subir escaleras debido a la falta de toda o una parte de sus piernas; incluye también a quienes teniendo sus piernas no tienen movimiento o presentan restricciones para moverse, de tal forma que necesitan ayuda de otras persona, silla de ruedas u otro aparato, como andadera o pierna artificial.
	Ver. Abarca la pérdida total de la vista en uno o ambos ojos, así como a los débiles visuales y a los que aún usando lentes no pueden ver bien por lo avanzado de sus problemas visuales.
	Mental. Abarca cualquier problema de tipo mental como retraso, alteraciones de la conducta o del comportamiento.
	Escuchar. Incluye a las personas que no pueden oír, así como aquellas que presentan dificultad para escuchar (debilidad auditiva), en uno o ambos oídos, a las que aún usando aparato auditivo tiene dificultad para escuchar debido a lo avanzado de su problema.
	Hablar o comunicarse. Hace referencia a los problemas para comunicarse con los demás, debido a limitaciones para hablar o porque no pueden platicar o conversar de forma comprensible.
	Atención y aprendizaje. Incluye las limitaciones o dificultades para aprender una nueva tarea o para poner atención por determinado tiempo, así como limitaciones para recordar información o actividades que se deben realizar en la vida cotidiana.
	Autocuidado. Hace referencia a las limitaciones o dificultades para atender por sí mismo el cuidado personal, como bañarse, vestirse o tomar alimentos

En la gráfica 1 podemos observar el porcentaje de la población mexicana que padece algún tipo de discapacidad según la dificultad para realizar las actividades, con base en el Censo General de Población y Vivienda de 2010.

Gráfica 1. Porcentaje de la población en México con discapacidad según dificultad en la actividad (Año 2010).



La suma de porcentajes es mayor a 100% por la población con más de una dificultad. FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Una persona puede tener más de una discapacidad, por ejemplo: los sordomudos tienen una limitación auditiva y otra de lenguaje o quienes sufren de parálisis cerebral presentan problemas motores y de lenguaje.

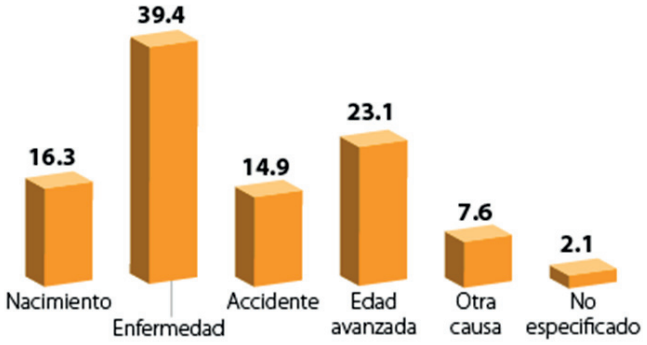
Causas de discapacidad

Los motivos que producen discapacidad en las personas pueden ser variados, pero el INEGI los clasifica en cuatro grupos de causas principales: nacimiento, enfermedad, accidente y edad avanzada.

De cada 100 personas con discapacidad:

- 39 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad.
- 23 están afectados por edad avanzada.
- 16 la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer.
- 15 quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente.
- 8 debido a otras causas.

Gráfica 2. Porcentaje de la población en México con discapacidad, según causa de la misma. 2010.

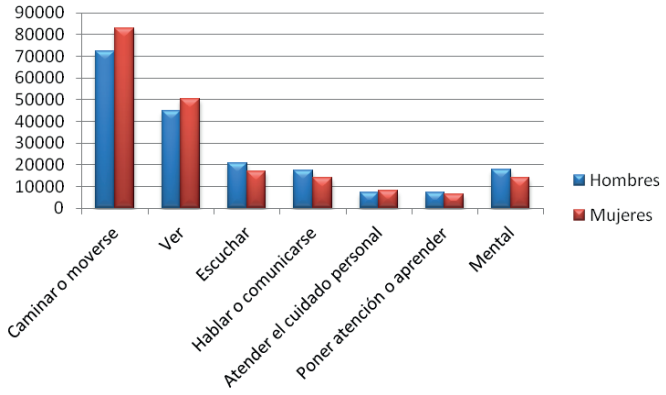


FUENTE: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

En Veracruz de acuerdo a los resultados del 2010 que dio a conocer el INEGI, hay 315 110 personas con algún tipo de discapacidad, de las cuales el 51.2 por ciento son mujeres y el 48.8 por ciento hombres. Por lo que 4 de cada 100 personas, padece algún tipo de discapacidad.

Del total de personas con discapacidad, el 16.1% la padece por nacimiento; enfermedad, 41.4%; accidente, 13.7%; edad avanzada, 22.7% y por otra causa, 7.9%.

Gráfica 3. Población con alguna discapacidad en Veracruz. 2010



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

El INEGI determinó la discapacidad por rangos de edad, por lo que de cero a 14 años se ubica el 1.7 por ciento; de 15 a 29 años de edad, 1.9 por ciento; de 30 a 59 años, 5 por ciento; de 60 a 84 años, 22.6 por ciento y de 85 años y más, 57.7 por ciento.

Los indicadores nos presentan que el estado de Veracruz cuenta con una población considerable de discapacitados con requerimientos de atención a su

salud; siendo ésta una justificación para que en el estado se construyera un centro de atención especializada, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Estado de Veracruz (CREEVER).

La creación del CREEVER

El CREEVER se creó por decreto en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz con fecha 29 de junio de 2010, estipulando como objeto central la eliminación de barreras físicas, sociales y culturales que rodean a la discapacidad, con el propósito de favorecer el desarrollo integral de dichas personas, buscando lograr su integración social y desarrollo personal, mediante el uso de la tecnología necesaria y las instalaciones idóneas para propiciar el adecuado funcionamiento de los tratamientos para su rehabilitación.

Es importante señalar que el decreto en su Artículo 4, señala que el CREEVER tiene las siguientes funciones:

I. Tratar y rehabilitar a personas con discapacidad con el propósito de que alcancen un nivel físico, intelectual, sensorial, social o económico necesario, para lograr su integración social o su desarrollo personal;
II. Desarrollar e implementar programas sociales dirigidos especialmente a las personas con discapacidad; promover y difundir para crear una cultura de la discapacidad en el Estado de Veracruz; y divulgar nuevas técnicas, teorías, modelos y procesos de mejora de los programas de rehabilitación;
III. Tomar las medidas de prevención necesarias con la finalidad de impedir que en la población veracruzana se produzcan discapacidades, derivados por males congénitos o adquiridos;
IV. Fomentar la formación y actualización continua, tanto técnica como de desarrollo humano de los profesionales de rehabilitación y de todo el personal que preste sus servicios en el CREEVER;
V. Diseñar el modelo de atención para la prestación de servicios de rehabilitación con calidad;
VI. Gestionar con las instancias de asistencia social la obtención de apoyos para la rehabilitación de la población con alguna discapacidad;
VII. Promover mecanismos de coordinación con las autoridades de la Federación, estatales y municipales, así como con los sectores social y privado en el ámbito nacional e internacional para el cumplimiento de su objeto; y
VIII. Promover el intercambio nacional e internacional de estudios, investigación y tecnología de vanguardia para el tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad, así como de las experiencias en la materia.

MARCO CONTEXTUAL

El CREEVER, está situado en el área conurbada de la Ciudad de Xalapa de Enríquez, en el estado de Veracruz, su domicilio está señalado en el Boulevard Culturas Veracruzanas y marcado con el número 24 de la colonia Nuevo Xalapa, a sus al rededores se encuentran el parque Natura, la Universidad Anáhuac, el Instituto Superior de Música y el centro comercial "El Patio". Su acceso es a través de la avenida libramiento Arco Sur al sur de la ciudad, en donde se cuenta con al menos cuatro líneas públicas de transporte urbano, lo que le dota de una facilidad de acceso.

En el Centro existen varias rampas de acceso para facilitar el arribo a las instalaciones de las personas con alguna discapacidad que requiera su movilidad apoyado de algún tipo de aparato o transporte especial. Sus instalaciones cuentan con cinco elevadores acondicionados para trasladar a pacientes en sillas de ruedas, un jardín terapéutico para tratamientos que a través de diferentes texturas sensibilizan el tacto, olfato y vista de sus usuarios en un contacto directo de aprendizaje y conocimiento de su entorno. También brinda servicios de consulta médica, hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, terapia ocupacional, estimulación temprana, desarrollo artístico integral, salud bucal, reinserción económica y laboral; un auditorio para 200 personas con área para espectadores en sillas de ruedas, así como un Centro de Tecnología Adaptada; entre otras cosas más, e incluso se prevé la terminación de un albergue para pacientes y familiares, así como un laboratorio de rayos X y otro de prótesis y órtesis.

Cabe hacer mención que el Centro dispone de un vehículo de seis plazas, eléctrico, operado por una persona capacitada, que se encarga de recoger periódicamente a los pacientes y familiares que se desplazan por medio del transporte urbano y que descienden en la parada del centro comercial, facilitándoles así su llegada de una forma más fácil y cómoda.

El CREEVER fué inaugurado el 2 de junio del 2010. Bajo acuerdo con el folio no. 1069 publicado en el Tomo CLXXXI del martes 29 de junio de 2010 en la Gaceta Oficial del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Atiende, a personas de cualquier edad, además de las terapias para pacientes con discapacidad, cuenta con 15 especialidades médicas y odontológicas. Previendo en un futuro próximo, contar con un espacio de atención a niños con autismo, laboratorio de rayos X y otro de prótesis y órtesis.

También brinda servicios de consulta médica, hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, terapia ocupacional, estimulación temprana, desarrollo artístico integral, salud bucal, reinserción económica y laboral; un auditorio para 200 personas con área para espectadores en sillas de ruedas, así como un Centro de Tecnología Adaptada; entre otras cosas más, e incluso se prevé la terminación de un albergue para pacientes y familiares.

Ahora bien, el CREEVER, desde que abrió sus puertas al 31 de agosto de 2011 ha realizado 3062 atenciones, mismos que se corroboran con igual número de expedientes localizados en el archivo de este Centro.

Es importante mencionar que el CREEVER se encuentra directamente relacionado con dos sectores de atención de la discapacidad y su desarrollo integral: los que cuentan con la patología congénita y los que la adquirieron en algún momento de su vida. El CREEVER, tiene como fundamental responsabilidad entonces, promover la salud, prevenir la discapacidad y mejorar las condiciones de vida de las personas que la padecen. El vínculo que el Centro establece con sus pacientes es muy importante, ya que en la necesidad de procurar la atención adecuada y de calidad, integral y oportuna, y en la medida en que las personas se vinculen correctamente y mantengan el apego a el tratamiento, la institución prevé la inclusión social para completar el círculo del tratamiento con visión holística.

En este sentido, el contexto en el que se encuentra actualmente el Centro, permite, entender el proceso que éste ha vivido durante el año y 3 meses desde que se creó con la finalidad de realizar diversas actividades que conduzcan a mantener y mejorar la salud de las personas con algún grado de discapacidad que requieran el servicio.

5. OBJETIVO

Objetivo general:

Caracterizar a la población que asiste al CREEVER, para conocer los problemas y determinantes de la salud que los aquejan, incluyendo la identificación de quienes han sido remitidos al programa de Inclusión Social.

Con la finalidad de priorizar las acciones para el mejoramiento continuo de la atención que presta el Centro.

Objetivos específicos:

1. Describir características demográficas de los pacientes.
2. Identificar los diagnósticos de mayor prevalencia.
3. Identificar las características socioeconómicas de las familias.
4. Identificar la proporción de la población que ha sido referida al programa de inclusión social.

6. METODOLOGÍA

El CREEVER brinda atención en rehabilitación física e inclusión social a población abierta, del estado y de estados circunvecinos. En el Centro no hay estudios previos que arrojen información sobre las características mórbidas y socio-económicas de los usuarios atendidos. Debido a la disgregación de la población se decidió realizar un diagnóstico con base en los expedientes registrados.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, ya que observaremos el fenómeno tal y como se presenta en forma natural, sin que sea modificado por el observador. Descriptivo, debido a que sólo describiremos el fenómeno estudiado; transversal porque obtendremos la información de la situación existente en un momento determinado, sin requerir observaciones o mediciones posteriores.

Criterios generales de planificación del Diagnóstico de Salud

Es la primera vez que se realiza un estudio de este tipo

en el CREEVER, ya que por su reciente apertura no se contaba con antecedentes de diagnósticos de salud previos.

Con base en los expedientes registrados se procedió a la elaboración de una cédula de recolección de datos con variables demográficas, clínicas y socioeconómicas. Se llevó a cabo, a partir de la cédula, la captura de la información extraída de los expedientes clínicos. La población usuaria fue caracterizada según sexo, edad, lugar de procedencia, tipo de discapacidad que presentan, características socioeconómicas entre otras, al tiempo de tomar en cuenta para el proceso investigativo si fueron correctamente llevadas las formas de integración de los expedientes clínicos para así poder detectar las necesidades y oportunidades de mejora que sean reflejados en la calidad de la atención en rehabilitación y educación especial.

Asimismo se identificaron aquellos pacientes canalizados a los programas de inclusión social con los que cuenta el Centro si así fue el caso.

Diseño general

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.

Al interior del CREEVER existen 2 grupos de expedientes:

- El mayor corresponde a la población en general, adultos y niños. El número de expediente se asigna de forma consecutiva desde el 0001, 0002, etc.
- El grupo menor corresponde a población con características especiales como que el paciente sea familiar de un trabajador del CREEVER o que acuda referido por parte de alguna autoridad o funcionario gubernamental. El número para éstos expedientes se asigna anteponiendo el prefijo 5000 al número consecutivo de registro, por ejemplo: 5000-01, 5000-02, 5000-03 etc.

Para poder determinar la toma muestral se incluyeron los expedientes generados desde la apertura del Centro hasta el día 31 de agosto de 2011 como una fecha arbitraria de corte establecida por el equipo investigador en conjunto con los asesores interno y externo.

De acuerdo con datos proporcionados por el departamento de control estadístico del CREEVER se cuenta con un universo de estudio de 3062 en el periodo establecido. Éstos incluyen a los expedientes de población general y los especiales.

Se realizó un muestreo aleatorio simple por proporción; en este caso la proporción es desconocida, por lo que la tomamos como del 50%. Se usó el programa de análisis estadístico EPIdat para obtener la muestra; calculándola con un nivel de confiabilidad de 95%, margen de error de 5% y una proporción esperada de 50%.

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	3,062
Proporción esperada:	50.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
1.000	2,322
2.000	1,346
3.000	792
4.000	502
5.000	342
6.000	246
7.000	185
8.000	144
9.000	115
10.000	94

La muestra fué de 342 expedientes.

Se estimaron los números aleatorios con la función específica en el programa Microsoft Excel. En el caso de que la herramienta informática arrojase números repetidos se procedió a elegir, del subgrupo de pacientes especiales, el expediente que terminara con el mismo número repetido. Por ejemplo: si apareció el 2565, y en la celda inmediata aparecía nuevamente el 2565 se cambió éste último por el 5000-65. De esta forma se analizaron ambos grupos de expedientes.

Aquel que no cumpliera con los criterios mínimos de integración era sustituido por el número inmediato siguiente.

Criterios de Inclusión y de Exclusión

Criterios de Inclusión:

• Expedientes de la población usuaria del CREEVER, sin importar la edad del paciente, integrados en los dos grupos de clasificación existentes en el archivo del periodo previamente mencionado.

• Expedientes que tuvieran completa su integración y que posibiliten la recolección de datos de interés.

Criterios de exclusión.

Expedientes que no cumplieran con los requisitos mínimos de integración determinados por el CREEVER.

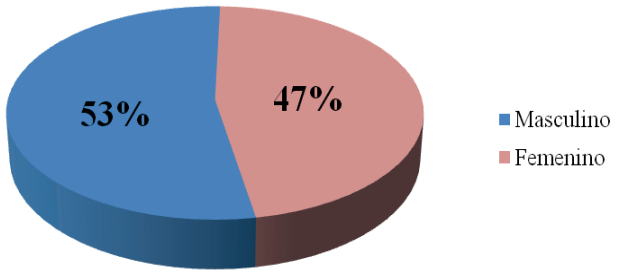
7. RESULTADOS

En este trabajo se revisaron 342 expedientes como unidades de registro de información con la finalidad de conocer las características demográficas, las principales causas de morbilidad y los datos socioeconómicos que reflejan directamente los daños a la salud presentados por los pacientes.

Datos Demográficos

De acuerdo a la muestra recabada, la población atendida en el CREEVER es de 53% hombres y 47% mujeres. De lo que podemos decir que en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Veracruz se atienden 1.16 varones por cada mujer.

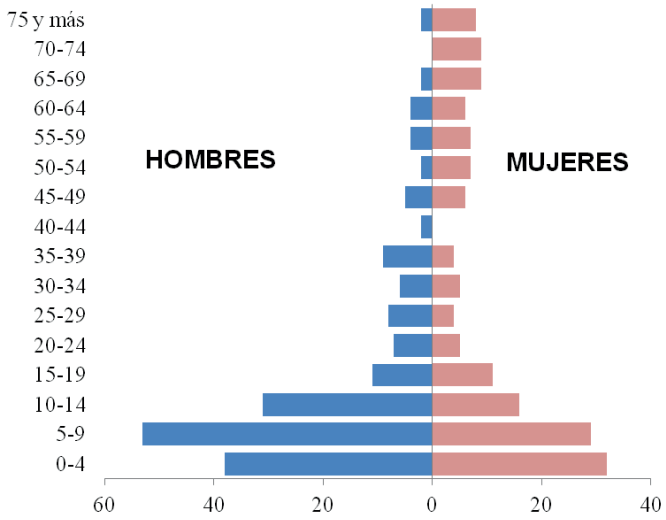
Grafica 4. Distribución porcentual de pacientes del CREEVER según sexo.



Fuente: Tabla 1. Anexo C.

A continuación se muestra la pirámide poblacional conformada a partir del análisis de la muestra. Como se puede observar, existe mayor población del sexo masculino en edades de 0 a 14 años, mientras que para el sexo femenino la edad en la que más acuden al Centro es a partir de los 50 años.

Gráfica 5. Distribución de los usuarios del CREEVER por grupos quinquenales.



Fuente: Tabla 2. Anexo C

El paciente de menor edad tiene tres meses de nacido, mientras que el paciente con mayor edad cuenta con 92 años. La edad promedio de la población es de 21 años, lo cual es muestra de la gran cantidad de jóvenes que son usuarios del CREEVER. El 63% de la población es menor de 18 años, cifra relacionada con el tipo de patología que con mayor frecuencia se atiende, cabe mencionar, que son las de tipo congénito, como veremos más adelante. El 26% de la población tiene entre 18 y 59 años de edad. El 11% de los usuarios del CREEVER tienen 60 o más años.

Lugar de residencia

De los lugares de residencia más representativos por su frecuencia, desde donde se trasladan los pacientes que asisten al Centro, se tiene a la ciudad de Xalapa, de donde proviene el 58.2% de los pacientes atendidos, posteriormente Coatepec con un 5.0% y el 2.3% de Xico.

El 34.5% restante se compone de pacientes que llegan de localidades pertenecientes a todo el estado de Veracruz como Huayacocotla, Tuxpan, Poza Rica, Nautla, Banderilla, Veracruz, Ayahualulco, Córdoba, Orizaba, San Andrés Tuxtla, Coatzacoalcos y Acayucan entre otros (consultar la tabla 3 del anexo C). Sólo se tiene el registro, dentro de la muestra analizada de un paciente que proviene de un estado diferente a Veracruz, representa

el 0.3% de la población atendida, y viene de la ciudad de Puebla, Puebla.

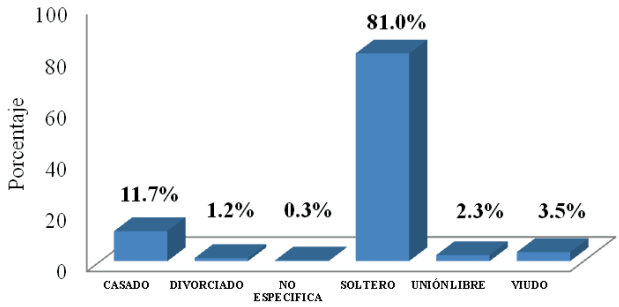
Por lo que el CREEVER es un centro que resulta de gran importancia y utilidad para la atención de los padecimientos de la población local, del interior del estado, así como de otros usuarios provenientes de estados circunvecinos.

Estado civil

De lo pacientes que se atienden el 81% son solteros, lo que es directamente proporcional al porcentaje de la población de niños y jóvenes. El 12.0% respondieron estar casados, 3.5% viudos, 2.3% viven en unión libre, 1.2% son divorciados, y sólo el 0.3% no especificó su situación de estado civil.

A continuación se muestra la gráfica en donde se observan los resultados obtenidos en esta variable.

Grafica 6. Distribución de la población del CREEVER según su estado civil.



Fuente: Tabla 4. Anexo C.

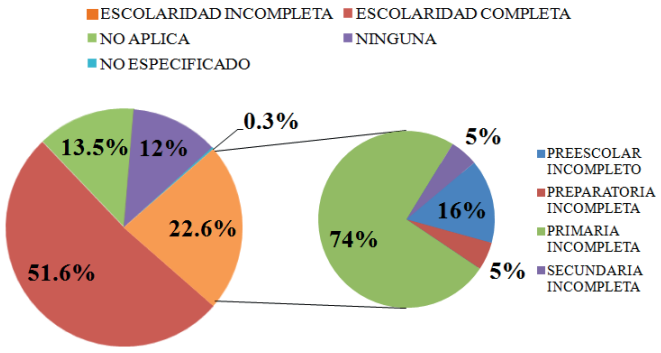
Escolaridad

La educación, es el proceso por el cual, el ser humano, aprende diversas materias inherentes a él. Por medio de la educación, es que sabemos cómo actuar y aprendemos patrones de comportamiento, se desarrolla además una visión analítica y lógica sobre lo que sucede alrededor nuestro. Uno de los indicadores más importantes del grado de desarrollo socioeconómico del país se basa en el nivel educativo de su población, ya que la educación es un factor básico para fomentar la incorporación completa de las personas a la vida económica, política y social de la nación mexicana.[16]

En este trabajo, se observó que en términos de escolaridad el 51.6% de los pacientes del CREEVER cuenta con escolaridad completa, mientras que el 22.6% restante la tiene incompleta. De la población en edad escolar (mayores de seis años) el 51.6% cuenta con un nivel académico concluido, de ellos, el 36% tiene la primaria completa. El 22.6% cuenta con un grado de escolaridad incompleto, esto es, se encuentra cursando la primaria, o la secundaria etc. El 13.5% se trata de menores de 3 años, el 12% mencionó no contar con ninguna escolaridad y el 0.3% no especificó.

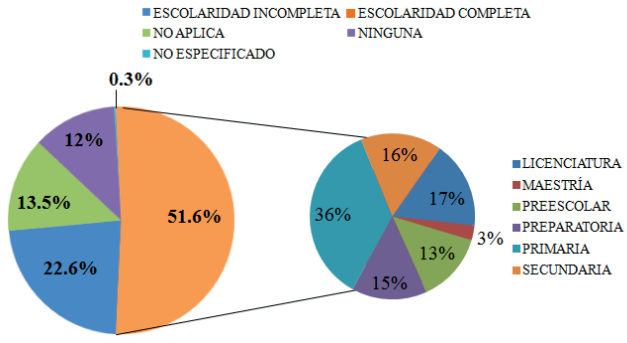
Como se puede observar en la gráfica que a continuación se muestra, el grado académico que con mayor frecuencia tienen incompleto, es el de primaria.

Grafica 7. Escolaridad incompleta de la población del CREEVER.



Fuente: Tabla 5. Anexo C.

Grafica 8. Escolaridad completa de la población del CREEVER.

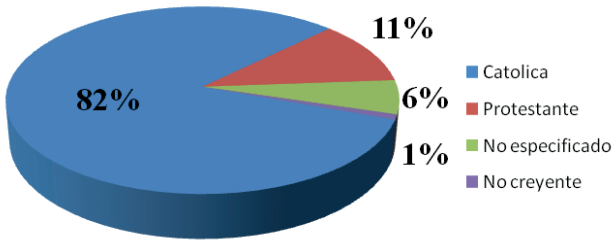


Fuente: Tabla 5. Anexo C.

Religión

En este rubro se encontró que el 82.0% de los pacientes profesan la religión católica, el 11.0% pertenecen a algún tipo de religión protestante. El 6.0% de la población no especificó la religión a la que pertenecen y un 1.0% declararon ser no creyentes o no pertenecer a ninguna religión.

Gráfica 9. Distribución de la población del CREEVER segun su religión.



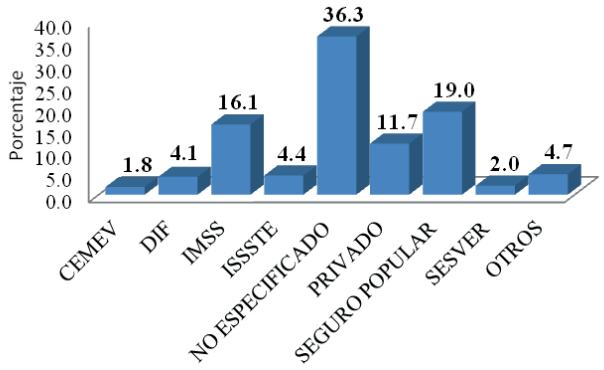
Fuente: Tabla 6. Anexo C.

Institución de referencia

Las instituciones de referencia son aquellas que pertenecen al sistema nacional de salud, que evalúa y canaliza la atención médica u hospitalaria de acuerdo a las necesidades del paciente. En ese caso, los usuarios no sólo son referidos por alguna de estas instituciones, sino también por médicos privados o bien, por la propia decisión del paciente o su familia de acudir a recibir atención en este Centro.

A continuación se muestran los canales de referencia que con mayor frecuencia se observaron en los expedientes analizados:

Gráfica 10. Distribución de la población del CREEVER por institución de referencia.



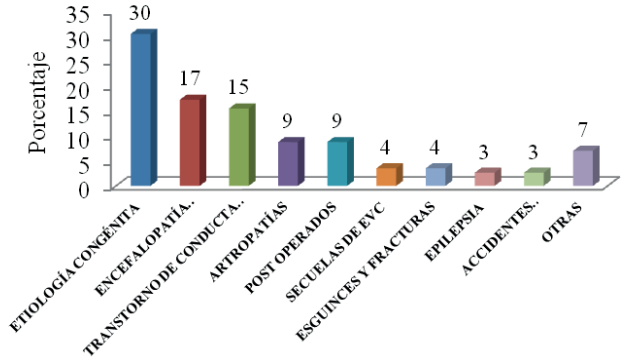
Fuente: Tabla 7. Anexo C.

Datos de morbilidad

En el CREEVER son atendidos pacientes sin importar su edad, derechohabiencia a alguna institución de salud o procedencia. Cuenta con personal médico, odontológico, terapistas físicos, psicólogos y trabajadores sociales que brindan una atención integral al paciente con discapacidad.

En la siguiente tabla se muestran las diez principales patologías atendidas en el CREEVER.

Gráfica 11. Distribución de la población del CREEVER por patología atendida.



Fuente: Tabla 8. Anexo C

Como se puede observar, las patologías con factor etiológico congénito son la principal causa de consulta al interior del CREEVER, con un 30% entre ellas se incluyen los diversos síndromes congénitos como síndrome de Down,

siendo éste el más frecuente; le siguen las secuelas de mielomeningocele e hipoacusias. Cabe mencionar que el Centro también son atendidos niños con síndromes poco frecuentes que ocasionan discapacidad motriz, visual y auditiva como el Síndrome de Cornelia de Lange, síndrome de West, síndrome de Williams, entre otros.

A continuación se muestran los diez principales padecimientos congénitos por los que son atendidos los niños y jóvenes en el CREEVER, el lector puede consultar la tabla completa en el anexo C.

Tabla 1. diez principales padecimientos congénitos atendidos en el CREEVER.

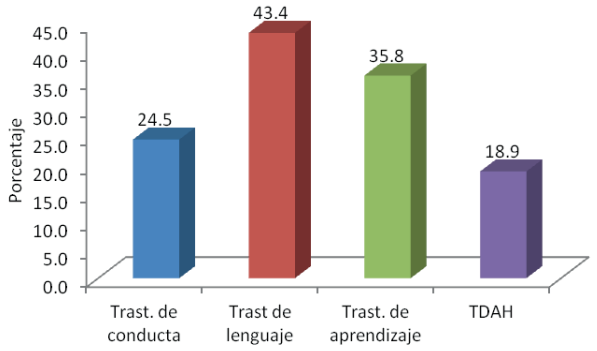
PADECIMIENTO	PORCENTAJE
SINDROME DE DOWN	6.6
HIPOACUSIA	5.5
MICROCEFALIA	1.4
SECUELAS DE MIELOMENINGOCELE	0.9
ESCOLIOSIS CONGÉNITA SEVERA	0.9
GENU VALGO BILATERAL	0.9
SX. DE ASPERGER	0.9
DISGENESIA CEREBRAL/CUADRIPARESIA HIPOTÓNICA	0.6
DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA BILATERAL	0.6
ESCLEROSIS LATERAL PRIMARIA	0.6

Fuente: cédula de recolección de datos CREEVER 2011.

El segundo motivo de consulta entre los usuarios del Centro es la encefalopatía anoxoisquémica, con un 17% ésta es originada en el periodo perinatal y se presenta en el recién nacido en forma de parálisis cerebral infantil con sus diversas variedades como cuadriparesia espástica, atetósica, o mixta y sus patologías asociadas (epilepsia, retraso en el desarrollo psicomotor leve, moderado o profundo, entre otras).

En el grupo de edad de niños y jóvenes también se destacan por su frecuencia la atención de trastornos de conducta, lenguaje y aprendizaje, así como trastorno por déficit de atención e hiperactividad conformando el 15% de los pacientes diagnosticados con estos padecimientos.

Gráfica 12. Porcentaje de trastornos de la conducta, lenguaje y aprendizaje atendidos en el CREEVER.



La suma de porcentajes es mayor a 100% por la población con más de un trastorno. Fuente: Tabla 10. Anexo C.

Le siguen, en motivo de consulta los pacientes que buscan atención después de recibir tratamiento quirúrgico para sus patologías, siendo éstas de tipo congénito o bien los que son operados debido a un traumatismo o degeneración articular propia de la edad. En este caso, hay 30 pacientes (9%) dentro de la muestra que fue revisada quienes acuden a terapia física o de lenguaje siendo postoperados de reemplazo articular de cadera, rodilla, implante coclear, palatofaringoplastía etc.

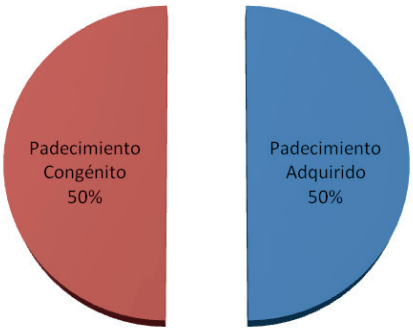
Tabla 2. lista de padecimientos postoperatorios en usuarios del CREEVER.

PADECIMIENTO (PO= POSTOPERADO)	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
PO LESIÓN POR ARMA DE FUEGO	2	0.6
PO AMPUTACIÓN TRANSTIBIAL DERECHA/DM2	1	0.3
PO ARTRODESIS DE RODILLA DERECHA	1	0.3
PO ARTROPLASTIA DE CADERA	2	0.6
PO DERIVACIÓN VENTRICULAR	1	0.3
PO DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA	3	0.9
PO IMPLANTE COCLEAR	2	0.6
PO LESIÓN MEDULAR COMPLETA T5-T6	1	0.3
PO MIELOMENINGOCELE/ HIDROCEFALIA DERIVADA	1	0.3
PO PALATOFARINGOPLASTÍA	5	1.5
PO PIE EQUINO-VARO BILATERAL	1	0.3
PO PROTESIS TOTAL DECADERA IZQUIERDA POR COXARTROSIS	2	0.6
PO. CORRECCIÓN DE GENU VALGO IZQ. CONGÉNITO	1	0.3
PO DE RESECCIÓN DE EPENDIMOMA	1	0.3
OTROS	6	1.8

Fuente: Cédula de recolección de datos CREEVER 2011.

A continuación se observan agrupados los pacientes que fueron postoperados de alguna patología congénita y a los pacientes postoperados de algún padecimiento adquirido.

Gráfica 13. Distribución de pacientes del CREEVER postoperados, por etiología de su padecimiento.

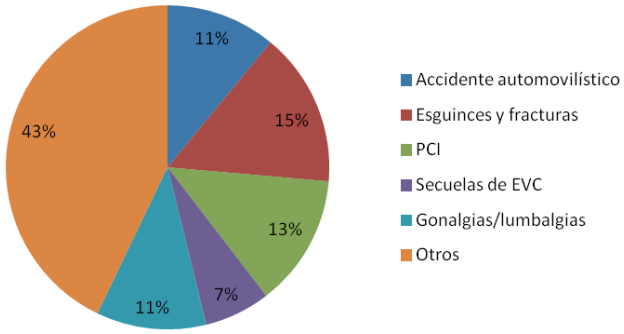


Fuente: Tabla 11. Anexo C.

La población en edades de 18 a 59 años que recibe atención en el CREEVER fue del 26% del total de la muestra analizada.

De ese 26%, el diagnóstico que con mayor frecuencia se observó es el que concierne a la rehabilitación física posterior a esguinces y fracturas ocasionadas por caídas desde la propia altura del paciente, al momento de realizar alguna actividad deportiva, recreativa o laboral; después, encontramos nuevamente a varios pacientes con diagnóstico de PCI. Posteriormente tenemos los pacientes que son atendidos con secuelas de accidentes automovilísticos, entre las que se destacan las lesiones medulares y daño cerebral a consecuencia de traumatismos craneoencefálicos severos. Así también los pacientes en edad adulta son atendidos mayoritariamente por artropatías del tipo lumbalgias crónicas agudizadas, gonalgias, síndrome de hombro doloroso entre otras registrándose un 7% de éstas últimas.

Gráfica 14. Distribución porcentual de la morbilidad en usuarios de 18 a 59 años del CREEVER.

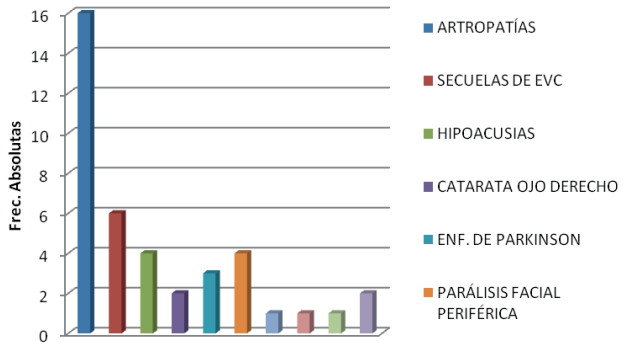


Fuente. Tabla 12. Anexo C.

Como se puede observar en la gráfica previa, hay un 43% de pacientes en quienes sus padecimientos fueron catalogados como "otros"; la razón es que cada paciente cuenta con un diagnóstico diferente, de tal modo que no podía haber sido agrupado dentro de alguna de las categorías descritas. Por tal motivo se recomienda al lector consultar la tabla 13 del Anexo C para mayor información al respecto.

Como se mencionó anteriormente, el 11.6% de la población cuenta con 60 años o más. En el 40% de estos pacientes las enfermedades que más los aquejan son las que comprometen la función articular, posteriormente se tiene el registro de un 15% quienes son afectados por las secuelas que dejan eventos vasculares cerebrales producto de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión o diabetes. Otros de los motivos de consulta registrados en los expedientes analizados son debidos a la enfermedad de Parkinson, terapia física por caídas desde su propia altura y síndrome demencial entre otros. A continuación se muestra la gráfica que desglosa los padecimientos registrados en los expedientes revisados.

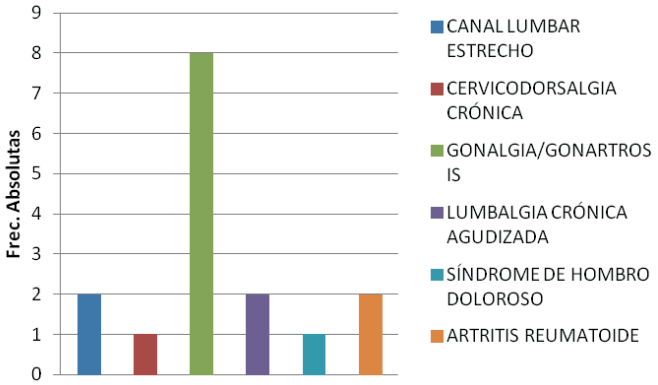
Gráfica 15. Distribución de las afecciones en pacientes adultos mayores del CREEVER.



Fuente. Tabla 14. Anexo C.

Ya que las artropatías fueron los diagnósticos más frecuentes en los motivos de consulta de adultos mayores en el CREEVER, a continuación se muestra el desglose de las enfermedades articulares presentes en esta población.

Gráfica 16. Distribución de las artropatías en los adultos mayores usuarios del CREEVER.



Fuente: Tabla 15. Anexo C.

Factores Socioeconómicos

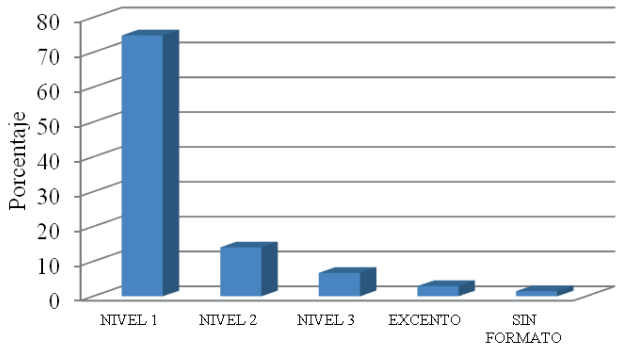
Lo social es aquello relativo a las sociedades, aquello que surge de la interacción, ya sea entre los individuos, como de estos con el medio ambiente, en ellas se puede observar a su vez la calidad vida a partir de múltiples factores como son las condiciones económicas y la distribución de la riqueza, el tipo vivienda, las condiciones sanitarias, la disponibilidad de agua y luz, el hacinamiento y la composición de la estructura familiar. En el caso particular de los pacientes del CREEVER, algo que es de suma importancia son aquellas barreras internas y externas que limitan, además, su desarrollo. Parte de lo social, es la unidad básica de la sociedad: la familia. Por ello, debemos de entender, el grupo y características en el que sus miembros establecen relaciones interpersonales y que por su composición y tipo se determinan patrones de conducta y estilos de vida, ya que surgen a partir de la actividad humana colectiva y se vuelve condicionante de actividades humanas individuales.

Nivel socioeconómico

En el apartado de la asignación del nivel de pago de la población usuaria, con base en su nivel de ingresos y egresos, se tiene que las asignaciones de las cuotas de pago por servicios obtenidos se dan en 3 niveles; el nivel 1 le corresponde el pago de una cuota de $25.00 por consulta, la cuota del nivel 2 es de $50.00 y por último al nivel 3 le corresponde $75.00.

Los pacientes con asignación del primer nivel (bajo) representan el 74.9%, el segundo nivel (medio) representan el 13.5% y el tercer nivel (alto) representan el 6.7%. Además de los 3 grupos mencionados previamente, existe un cuarto grupo con categoría de exento de pago el cual representa el 4.9% de la muestra estudiada.

Grafica 17. Distribución de la población del CREEVER por nivel asignado.



Fuente: Tabla 16. Anexo C.

Los niveles de ingresos totales mensuales de las familias de los pacientes del CREEVER oscilan entre los $548.00 y los $42,964.00 con un promedio de $5671.14 y los egresos oscilan entre los $170.00 a $24,234.00 con un promedio de $4315.14.

Características de la Vivienda

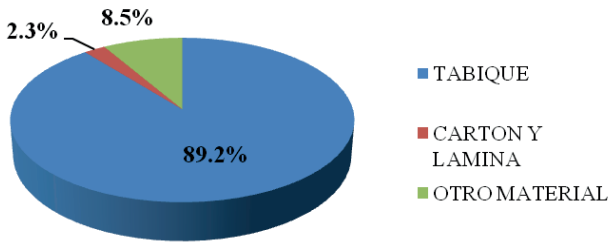
Los indicadores que muestran el nivel de marginalidad de la población usuaria de los servicios del CREEVER son: el tipo de vivienda y su condición interna y externa, la disponibilidad de servicios básicos y el hacinamiento.

De los expedientes analizados se destaca que el 45.3% de los pacientes cuenta con vivienda propia, el 27.8% cuenta con vivienda prestada y el 14.6% mencionó habitar una vivienda rentada, aquellos que mencionaron vivir en otro tipo de condición de vivienda representan el 9.1% y por último, 3.2% corresponde a aquellos pacientes en quienes no se dispone de la información en el expediente clínico. Cabe hacer mención que ninguna familia ha tenido que hacer uso de la tierra mediante la modalidad de paracaidistas.

Del tipo de vivienda que mencionaron tener los usuarios del CREEVER tenemos que: el 78.7% son viviendas del tipo casa habitación, 13.2% son cuartos, 4.7 % viviendas de tipo departamento, 0.9% son vecindades, un 0.6% menciono otro tipo de vivienda y 2.0% no especificó el tipo de vivienda que habita.

La gráfica 17 muestra el tipo de construcción de la vivienda de acuerdo al análisis de los expedientes.

Grafica 18. Distribución porcentual de la población del CREEVER según material de construcción de la vivienda.



Fuente: Tabla 17. Anexo C.

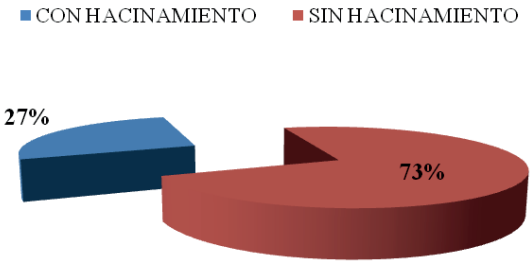
Dentro del rubro de barreras arquitectónicas, las que con mayor frecuencia se mencionaron fueron: 23.4% escaleras, 26.3% espacio reducido y 19.3% falta de adecuación. En cuanto a barreras arquitectónicas externas las que aparecen con mayor frecuencia son las pendientes con un 27.8%, seguidas de las viviendas sin pavimento 20.8%, las barrancas con 15.2% y por último la falta de transporte con 3.8%.

Es importante mencionar que se sobrepasa el 100% debido a que todos los pacientes mencionaron tener más de una barrera en su casa, ya fuera interna o externa.

Hacinamiento

De acuerdo al índice de hacinamiento referido en la construcción de esta variable, se tomó en consideración a la convivencia de 3 personas o más en una misma habitación. Con lo cual se obtuvo de la muestra analizada que la vivienda con más integrantes tiene a 12 integrantes, la que menos tiene alberga a una persona; en promedio habitan 4 personas por vivienda. Del total de viviendas se tiene un promedio de dos habitaciones por vivienda. Con lo que se obtiene un 26.6% de viviendas con hacinamiento y un 73.4% sin hacinamiento.

Gráfica 19. Distribución de la población del CREEVER según condición de hacinamiento.

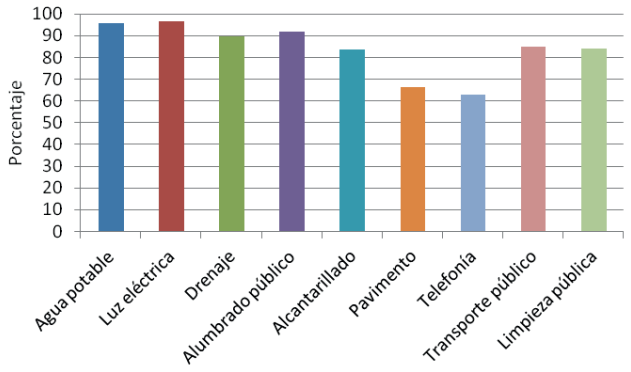


Fuente: Tabla 18. Anexo C.

Disponibilidad de servicios

En cuanto a la disponibilidad de los servicios, del cien por ciento de las viviendas, se destaca que el de las viviendas con agua potable, 96.5% con el servicio de luz eléctrica, en el 89.8% de los expedientes se registró contar con drenaje o fosa séptica, teniendo como resultado además 91.8% de viviendas con servicios de alumbrado público, 83.6% con servicio de alcantarillado, 66.4% con pavimento en las calles donde se localiza su vivienda, 62.9% familias declararon contra con el servicio de telefonía en sus viviendas, 85.1% son las que cuentan con el servicio de transporte público y 83.9% con el servicio de limpieza pública. A continuación se muestran las proporción de viviendas con estos servicios públicos.

Gráfica 20. Porcentaje de viviendas que cuenta con servicios públicos.



Fuente: Tabla 19. Anexo C.

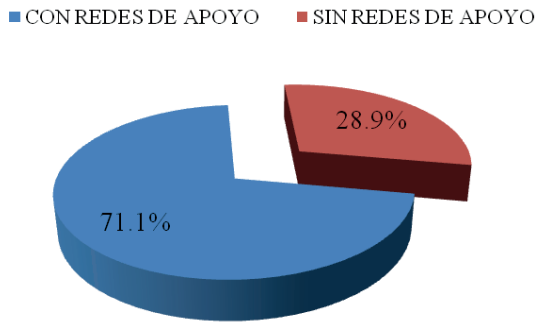
Redes de apoyo

Un rubro importante es el que indica quién es el familiar encargado de procurar la atención del paciente.

En este estudio se encontró que el sexo femenino es el que más atiende esta labor, representando el 75.14% de total de la muestra; destacándose 219 madres de familia que llevan a sus hijos para recibir atención, dos son tutoras de niños que no cuentan con el apoyo de sus padres, ocho esposas que acuden con sus esposos para ser atendidos entre otras. En contraste, el sexo masculino sólo representa un 4.69%.

69 pacientes declararon ser ellos mismos quienes se encargan de su propia asistencia y cuidados, siendo el 20.17% de la muestra.

Gráfica 21. Distribución de la población del CREEVER según cuentan con redes de apoyo.



Fuente: Tabla 20. Anexo C.

De la información analizada que se encontró en los expedientes se localizó que 4.4% de pacientes que reciben atención tienen un familiar más dentro del Centro.

En cuanto a los tipos de hogares estos se encuentran clasificados como nucleares (cuando habitan el papá, la mamá y los hijos, o solo la mamá o el papá con los hijos, o una pareja vive junta y no tiene hijos), ampliados (este se considera cuando se encuentra un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, suegros, etcétera), compuestos (un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar), unipersonales (una sola persona) y corresidente (dos o más personas sin relación de parentesco).

Tabla 3. Tipo de hogares registrados en los expedientes del CREEVER.

TIPO DE HOGAR	FRECUENCIA	%
NUCLEARES	218	63.75
AMPLIOS	93	27.2
COMPUESTOS	10	2.92
UNIPERSONAL	9	2.62
CORRESIDENTE	1	0.3
SIN ESPECIFICAR	11	3.21
TOTAL	342	100

Fuente: Cédula de recolección de datos. 2011

Inclusión Social

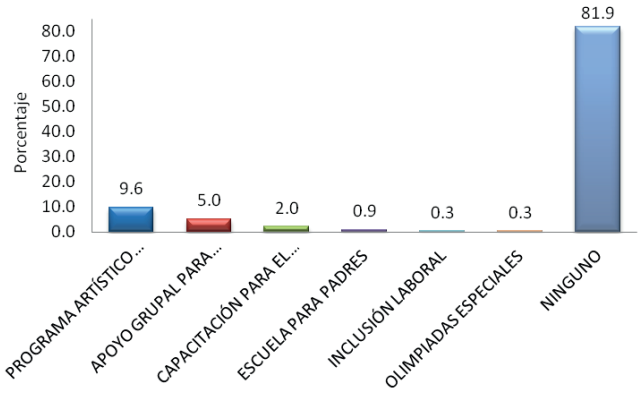
Dentro de los objetivos del CREEVER se encuentra la inclusión social del individuo, ya sea en actividades recreativas, deportivas o laborales.

De los 342 expedientes revisados se encontró que sólo el 18% de los pacientes tiene registrada la hoja de canalización al departamento de inclusión social. El 82% restante no cuenta con esta hoja.

Existen diversos programas a los cuales pueden ser derivados los pacientes de acuerdo con sus aptitudes y capacidades físicas e intelectuales, entre ellos se encuentra el programa artístico-cultural, la capacitación para el trabajo, las olimpiadas especiales o las escuelas que brindan atención múltiple.

A continuación se observa gráficamente el tipo de programa en el que fueron incluidos los pacientes, si así fue el caso.

Grafica 22. Distribución de la población del CREEVER según programa de inclusión.



Fuente: Tabla 21. Anexo C.

8. DISCUSIÓN

La OMS define a la discapacidad como "la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social"1

La discapacidad modifica las habilidades motoras, perceptuales, intelectuales, sensoriales y de lenguaje de una persona; en tanto que la rehabilitación integral implica lograr el pleno desarrollo personal, familiar, social e incluso laboral, por estos problemas físicos.

Sus consecuencias dependen de la forma y profundidad con que alteran la adaptación del individuo al medio. Puede ser definitiva o recuperable –y por tanto susceptible de mejorar en ciertos aspectos- o en fin, compensable mediante el uso de prótesis u otros recursos.

En este estudio, en donde se analizaron las características demográficas, socioeconómicas, padecimientos que aquejan a los pacientes que asisten a recibir atención en el CREEVER y las actividades de inclusión social, encontramos que se atienden un poco más hombres que mujeres, dato que concuerda con las cifras emitidas por el INEGI a partir del Censo General de Población y Vivienda 2010, en donde se menciona que en ese año, vivían en México 1.8 millones de personas con discapacidad, 52.6% hombres y 47.4% mujeres[14].

En el mismo documento se apuntó que a nivel nacional, de cada 100 personas con discapacidad, 14 tienen menos de 15 años; 15 entre 15 y 29; 30 son adultos de 30 a 59 años y 41, adultos mayores; sin embargo, la población atendida en el CREEVER es eminentemente joven, lo cual puede ser el reflejo de la atención que los padres le brindan a los niños y jóvenes con discapacidad. En contraste, de las 315 110 personas que mencionaron padecer algún tipo de discapacidad en el estado, el 47.5% se encuentra en el grupo de edad de 60 a 85 años de edad, quienes, a pesar de presentar diversos problemas que comprometen su movilidad, o la capacidad para su autocuidado, no reciben atención médica ni de rehabilitación e inclusión social.

En cuanto al lugar de residencia, la mayoría de los pacientes proceden de la ciudad de Xalapa, y posteriormente del municipio de Coatepec. Si recurrimos nuevamente a cifras publicadas por el INEGI, lo que se observa es que el municipio con la mayor cantidad de personas con discapacidad es Veracruz, con poco más de 19 mil personas, y en Xalapa se reportaron en 2010 17 mil 176 habitantes.

Como se mencionó previamente, la educación se comienza en el seno familiar y es complementada y ampliada a partir de la educación formal, para lo cual el Estado ha establecido políticas que giran en torno a la dotación de enseñanza a los individuos. El nivel de instrucción dentro de un sistema educativo es un factor importante para medir el grado de desarrollo de una

sociedad y mediante la cual también se miden los grados de marginalidad y pobreza, es pues, una determinante social de la salud.

En este estudio pudimos constatar que el mayor número de personas que asisten al CREEVER han tenido un grado completo de estudios, representando la mayoría (51.6%) y en su minoría un 22.6% de los pacientes corresponden al sector de escolaridad incompleta, mientras que el 12% no cuenta con ningún grado de escolaridad y el 0.3% no especificó. Esto nos muestra que el 34.9% es una diferencia significativa del total de la muestra que se encuentra en condiciones de poco, difícil y nulo acceso a la educación, siendo esto un determinante que limita el acceso a la información necesaria respecto a los cuidados que se deben tener con la salud reproductiva, laboral y cotidiana para prevenir la enfermedad y la discapacidad, además que dificulta en sobremanera la posible inclusión del individuo a las actividades productivas de la sociedad; convirtiéndose en uno de los mayores factores de riesgo que pueden ser prevenibles, ya que un nivel educativo bajo, es además factor de riesgo social en la adquisición de comportamientos saludables. Y un alto grado de educación, por el contrario, se convierte en un factor protector de la salud.

En este sentido, se estima que la pérdida económica anual por discapacidades es de 75 mil millones de pesos por la improductividad del discapacitado. Se estima que para el año 2050 seremos 145 millones de mexicanos de los cuales 22 millones podrían cursar con alguna discapacidad.[9]

El programa para la prevención y rehabilitación de discapacidades (PreverR-dis), refiere que no se dispone de datos sobre la incidencia precisa de las discapacidades, sin embargo reporta que se calcula que cada año se presentan 125000 casos nuevos de discapacidad por fracturas graves, 67000 por malformaciones congénitas, 43000 por secuelas de enfermedad vascular cerebral, 20000 por secuelas de traumatismos craneoencefálicos, 12000 por parálisis cerebral infantil y 2400 de sordera congénita sumando un total de 267000 casos al año solo por estas entidades patológicas. Asimismo se reporta que el 33% de los niños hospitalizados y el 25% de los que acuden a consultas de hospitales pediátricos sufren de alguna discapacidad[17].

Para el caso del CREEVER, lo que se pudo observar es que el Centro cubre una estela muy amplia de padecimientos, y que todos ellos tienen variedades tan diversas como los propios pacientes. Sin embargo, podemos identificar que las patologías de etiología congénita son las que más ocupan, en lugar de frecuencia, los motivos de consulta, ocupando un 30% del total de los diagnósticos. De estas enfermedades el Síndrome de Down es el padecimiento más prevalente; le siguen la atención a secuelas de malformaciones congénitas como mielomeningocele; hipoacusias profundas; malformaciones craneales: microcefalia, hidrocefalia y colpocefalia. Otros pacientes acuden con diagnósticos menos frecuentes pero que también contribuyen a engrosar la prevalencia de padecimientos de tipo congénito; entre éstos encontramos pacientes con síndrome de West, atrofia medular espinal, osteogénesis imperfecta o síndrome de Marfan entre otros.

El segundo motivo de consulta entre los pacientes estudiados en el CREEVER se debe a las secuelas de encefalopatías anoxoisquémicas abarcando el 17% de las atenciones. Se trata de un padecimiento que ocurre en el periodo perinatal y que puede ser ocasionado por una deficiente atención en el momento del parto, partos prolongados y sufrimiento fetal agudo por mencionar algunos, o bien, prematurez del producto quien a su vez se ve sometido a procedimientos invasivos como la intubación laríngea, poniéndolo en riesgo de sufrir hemorragias intracraneales, infecciones sistémicas con el consecuente uso de antibioticoterapia prolongada. Se trata, en la mayoría de los casos de pacientes que pasaron por una estancia intrahospitalaria prolongada y al ser egresados no se les da el seguimiento adecuado por el médico pediatra, neurólogo o bien el médico familiar con el fin de detectar señales tempranas de secuelas neurológicas.

Por lo tanto, para cuando el paciente llega al CREEVER ya han pasado al menos seis meses desde su egreso, tiempo que se considera perdido en la rehabilitación de estos niños con parálisis cerebral infantil.[18]

También en el grupo de niños y jóvenes encontramos otra causa frecuente de consulta: el trastorno de conducta, lenguaje y aprendizaje, así como los que padecen el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que ocupa en total 15.4% de las atenciones. En este grupo incluimos a tres menores con diagnóstico de autismo.

A continuación se encuentran los usuarios del CREEVER que previamente fueron postoperados para corregir sus patologías (9%) ya sea que éstas fueren de etiología congénita o adquirida.

En la población adulta, los padecimientos se pueden compactar en un grupo más reducido de causas. El 9% de los diagnósticos en adultos se engloban a diversas artropatías, como las lumbalgias crónicas, cervicodosalgias, gonartrosis, osteoartrosis entre otros. Como ya se ha descrito, las enfermedades crónicas no transmisibles son la primera causa de muerte en México y representan una alta carga morbosa en el país. Y esto se ven reflejado directamente en la cantidad de pacientes que buscan ser rehabilitados después de haber sufrido algún evento vascular cerebral ya sea por diabetes o hipertensión (4%). Le siguen los pacientes que solicitan ser rehabilitados después de haber sufrido esguinces, fracturas, luxaciones, originadas en caídas desde la propia altura del paciente, en actividades recreativas o deportivas y laborales 4%.

Pocos pacientes, que podríamos considerar dentro de este gran grupo de la edad adulta, son los atendidos por accidentes automovilísticos, pero cabe aclarar que ellos cursan con secuelas graves de traumatismos craneoencefálicos o lesiones medulares altas y bajas, a este grupo corresponde el 3% del total de los motivos de consulta consignados en el expediente clínico.

El otro gran grupo de pacientes en el CREEVER pertenecen a los adultos mayores, quienes afortunadamente tienen cabida en la atención a sus padecimientos propios de la edad, a diferencia de otros centros de rehabilitación en donde sólo son atendidos niños y jóvenes.

En este caso, el Centro cuenta con un área específica así como sus terapeutas encargados de la rehabilitación de enfermedades como Parkinson, cirugías de reemplazo articular, entre las más frecuentes cadera y rodilla.

Acorde con el Consejo Nacional contra la Discapacidad (CONADIS) la limitación en la actividad que con mayor frecuencia se presenta en México es la de caminar o moverse, y éste estudio pone lo constata, puesto que desde la edad infantil, pasando por la adulta hasta la vejez, encontramos pacientes que cursan con enfermedades que les impiden una adecuada movilidad, incluso el caminar.

Factores socioeconómicos

Nivel socioeconómico

El estudio del nivel económico de las familias de los pacientes del CREEVER se abordó con el análisis de fuentes recopiladas en las hojas de captura de análisis socioeconómico del mismo Centro, esta información resulta en el contacto directo de los familiares entrevistados con responsables del área de trabajo social. A partir de estas fuentes se establecen los criterios mediante los cuales se asigna la cuota de pago por servicios a los que tienen derecho las familias y va acorde al nivel de ingresos y egresos que se tenga mediante una valoración comparativa de estas dos variables. La situación de las familias de los pacientes en el contexto económico concentra una aglomeración en el nivel 1 de pago.

En el rubro de la economía de las familias la tendencia a los niveles bajos es una constante, lo que nos permite inferir que existe una relación con la adquisición de la enfermedad con mayor prevalencia respecto al nivel de ingresos bajo. No es necesario movilizar muchas variables para hacer un análisis eficaz de este rubro, quizás lo más importante es saber que las condiciones socioeconómicas generalizadas en la población del estado y del país, son muy similares en el municipio y en la población usuaria de los servicios del CREEVER, la falta de empleo, la inflación y costos elevados de vida se ven reflejados en los niveles de egresos de la población usuaria, dicha tendencia económica cabe destacar que es la impuesta por el nuevo modelo socioeconómico vigente y que polariza a los sectores poblacionales, vulnerándolos ante los procesos de salud enfermedad.

Se subraya que el 80% de las personas con discapacidad, particularmente la población infantil, viven en países de bajos ingresos y que la pobreza limita aún más el acceso a servicios básicos de salud y salud mental, incluidos los servicios de rehabilitación.

Es importante hacer mención, respecto a la asignación de los niveles de pago por los servicios recibidos en el Centro, que se encontraron varios casos en con asignación del nivel exento de pago y al verificar la situación económica de la familia esta se encontraba en niveles considerablemente altos.

Vivienda

El sector poblacional perteneciente al CREEVER es bastante amplio, comprende los tres estratos socioeconómicos, encontrándose una amplia gama de viviendas desde casas habitación y departamentos, hasta cuartos y vecindades, dentro de esta gama de viviendas se lograron identificar algunas con mejores

condiciones y materiales, hasta viviendas de construcción muy precarias de material ligero y de desecho, que las podemos encontrar en las periferias y en las zonas rurales y semirurales del municipio de Xalapa y de sus alrededores.

Del grueso de la población las viviendas están construidas con materiales resistentes, el tabique es lo que más predominó, sin embargo hay que resaltar que el 10.8% de las casas son de material ligero lo que aumenta el riesgo de incendios, enfermedades respiratorias, proliferación de animales e insectos, entre otros que condicionan también la salud de las familias, otro factor importante de mencionar es que el 26.6% de las familias de los pacientes del Centro se ven agravado por la condicionante de ser familias nucleares extensas y familias compuestas en su mayoría, lo que determina que se presente una importante cantidad de hacinamiento.

Las viviendas de los pacientes se caracterizan por una gran cantidad de casas que se encuentran con dos o más tipos de barreras internas y externas, lo que nos habla de la poca cultura de diseño arquitectónico que existe con respecto a la discapacidad, esto aunado a la falta de recursos económicos para hacer las adecuaciones necesarias que agravan la situación de poder contar con espacios adecuados y acordes a una vivienda para una familia con un integrante con algún tipo de discapacidad. Es importante hacer mención que si además de contar con las barreras internas y externas las viviendas aún se encuentran en un estado de regular a mal estado de construcción y conservación esto aumenta el riesgo y los daños a la salud que puedan ser sumados a la condición ya existente.

Agua potable

El agua potable no representa un problema serio de disponibilidad del recurso hídrico, si se piensa en términos de conexión a la red pública que la gran mayoría de las viviendas tienen; sin embargo el estar conectado a la red pública no representa una garantía de contar con el servicio todos los días del año, lo que en su caso representa un problema generalizado en la ciudad de Xalapa en los últimos tiempos, lo que puede derivar en consecuencias de salud. Todas las viviendas de la muestra estudiada, cuentan con una red de agua potable, con un 95,9% de conexión.

Energía eléctrica

Al igual que el recurso hídrico, el abastecimiento de energía eléctrica es de alto costo. De acuerdo a la muestra de estudio existe un alto número de viviendas que están conectadas a la red de este sistema administrado por la CFE. Un total de 96.5% del total de viviendas cuenta con el servicio lo que representa un considerable número y que con ello se puede garantizar la conservación de alimentos, entre otras ventajas más para las familias.

Drenaje y alcantarillado

El 89.8% de la población total de la muestra cuenta con drenaje y alcantarillado o fosa séptica.

Se podría decir que son necesarios mayores esfuerzos municipales para poder hacer que el resto que no cuenta con los servicios de drenaje y alcantarillado se sume al porcentaje ya existente, lograr que casi en su totalidad la población cuente con este servicio representa un esfuerzo mayúsculo, sin embargo es un tema de primera necesidad ya que teniendo una red de drenaje y alcantarillado para aguas residuales y pluviales en correcto funcionamiento es de primer orden para evitar todo tipo de enfermedades transmisibles por este factor, por lo que el servicio municipal debe de poner un importante esfuerzo para la captación, tratamiento y reciclaje residual como un proyecto urgente. Sin embargo, es importante mencionar que en un gran número de viviendas encontramos un subregistro no claro por la falta de especificidad en el formato de recolección de datos de los expedientes que no especificaban a las viviendas que cuentan con alcantarillados públicos, compartidos, pozos negros y fosas sépticas, es menester de la salud publica poder identificar a cada uno de estos para saber la magnitud de una problemática de esta naturaleza. Además, es necesario hacer mención que el problema de las aguas negras y pluviales contaminadas se ve agravado por las roturas de cañerías que se dan en vía pública y que genera importantes focos de infección.

Pavimentación

El tema de la pavimentación es de suma importancia, las infecciones provocadas en las vías respiratorias y en el aparato digestivo pueden convertirse en serios problemas de salud que pueden mermar la calidad de vida de las personas considerablemente. El retraso en este rubro es tema bastante fuerte y que debe de ser atendido con urgencia ya que del total de la muestra solo el 33.6% de las viviendas no cuenta con pavimentación en las calles en donde se localiza su vivienda.

Telefonía

Dentro de los servicios con los que una vivienda debe contar la telefonía se ha convertido en uno de primera necesidad. El estar comunicado es un hecho que permite desarrollo de redes sociales que determinan el desarrollo que se pueda tener en distintos órdenes. De la muestra analizada solo el 62.9% dijo contar con el servicio de telefonía.

Sin embargo un problema identificado en la ficha de registro deja a este rubro con un sesgo importante al no especificarse de que tipo de telefonía se trataba de identificar, fija o móvil, quizás con esto se crea una confusión importante a la hora de responder el cuestionamiento y al creerse que se trata únicamente de la telefonía en su modalidad fija pudo dejarse de lado a la telefonía celular.

Transporte público

El rubro del transporte público resulta de gran importancia dado que es el medio por el cual muchos de los usuarios del CREEVER llegan a él. Solo el 85.1% de la muestra dijo contar con el servicio de este tipo, lo que nos hace pensar en cómo el resto que no cuenta con él hacen para poder acercarse de la manera fácil a la atención que necesitan. La anterior reflexión remite a pensar en la existencia de dificultades mayúsculas y a la erogación de gastos en el pago de taxis que las familias pudieran evitar al contar con este servicio.

Al igual que en el rubro de la telefonía, cabe destacar que se encontraron deficiencias en el formato de registro de este rubro, ya que no se cuenta de manera explícita a qué tipo de transporte se están refiriendo, si público o privado lo que sesga de manera importante la información recabada y provoca inconsistencias a la hora de cuantificar e interpretarla.

Servicios sanitarios

Las medidas de recolección de basura dependen del municipio para tales efectos es realizada por camiones especializados, el horario para recoger la basura en la ciudad depende de la zona y la ruta establecida por el departamento de limpia. El 83.9% de la muestra dijo contar con los servicios públicos de limpieza y recolección de basura, cifra que representa un grado alto pero no deja de llamar la atención ya que una parte considerable aún carece de él y se desconoce el manejo que le están dando a sus desechos.

Hacinamiento

El hacinamiento en la muestra representó el 27%, suma por demás considerable en donde se detectó un promedio de cuatro personas por dormitorio, es necesario mencionar que este es uno de los factores más importantes que condicionan la transmisión de enfermedades respiratorias, intestinales, enfermedades respiratorias no transmisibles, además de la posibilidad de la existencia de enfermedades mentales y zoonosis, lo que lo hace un tema de gran interés y que forma parte de las resoluciones posibles para evitar las enfermedades derivadas.

El hacinamiento puede ser como consecuencia de diversos factores, entre ellos el económico, sin embargo este también puede ser el reflejo directo de hábitos y costumbres de las personas que en lo general resultan ser poco saludables y que pueden ser modificadas a través de la educación y acciones de difusión de la importancia de ser evitado.

Redes de apoyo

La familia, es sin lugar a dudas un sistema relacional de suma importancia y que juega un papel importante durante la presencia de la enfermedad, a través de la familia se establecen redes de apoyo que fomentan acciones necesarias para mejorar las condiciones del enfermo, es por ello que contar con condiciones buenas de ambiente familiar ayuda a que estas redes se mantengan sólidas.

En el 79.83% de las los expedientes se encontró una respuesta afirmativa a la pregunta acerca de si el usuario cuenta o no con redes de apoyo familiares. En este sentido, el análisis de los expedientes demostró que son las mujeres las que más participan en el llevado de los pacientes a recibir la atención en el Centro, sin embargo lo que se pudo notar es que la cedula de registro solo acepta que sea un solo padre el que llene esa parte del formato, lo que descarta la posibilidad de conocer cuántos pacientes son llevados por ambos padres y conocer la dinámica de la interacción familiar respecto al afronte que se tiene con la discapacidad.

En cuanto a las redes de apoyo social, se identificó en el 71.1% de los pacientes la presencia de redes de apoyo moral compuestas por la misma familia; en el porcentaje

restante quizás exista una red de apoyo moral solo que no fue declarada o interpretada por el trabajador social que lleno el expediente, por lo que también en este sentido hay un sesgo importante de la información que podría solucionarse con el desarrollo de campos específicos de llenado dentro del formato destinados a la obtención de esta información en específico.

Es importante hacer mención que la existencia de las redes de apoyo moral familiar y social representa un factor protector de la salud mental y otros problemas que pueden condicionar el estado de salud.

Tipo de hogar

Al respecto, se encontró que un 63.75% de las familias son nucleares y un 27.2% familias amplias o extensas. Lo que representa la gran mayoría del universo de la muestra de estudio, tal condición podría estar relacionada con el grado de hacinamiento encontrado, pero también es de suma importancia hacer mención que en muchos de los casos existe la presencia de otros familiares, como los abuelos, situación que favorece que éstos asuman en ocasiones el rol de los padres e intervengan en los cuidados y asistencia del enfermo, explicando de esta manera la presencia de las redes de apoyo antes mencionadas.

En estas familias las redes de apoyo generadas por el tipo de composición familiar y con base a los problemas de hacinamiento pueden favorecer la presencia de problemas de salud mental como depresión, suicidio y trastornos de la personalidad, siendo un factor de riesgo en la misma proporción en la que puede ser un factor protector.

Al analizar la dinámica familiar, se identificó que el 63% de las familias son funcionales, el 37% presenta disfunción, aunque esta categoría no permite ser identificada en grados, por lo que también en el llenado de la hoja de trabajo social debiera considerarse el tipo de disfunción de la que se trata: leve, moderada y grave, esto con la finalidad de poder saber bajo qué condiciones familiares se enfrentando el Centro, incluso para la toma de decisiones a la hora de la asignación de niveles de pago o de la necesidad de canalizar a un tratamiento integral familiar que permita mejorar la condición de los familiares que rodean al paciente y así coadyuvar a una rehabilitación integral, de calidad y de corte social que permita dotar de recursos al grupo familiar suficientes para enfrentar el medio social y del propio grupo familiar disfuncional, propiciando una mayor cohesión, armonía, afectividad, participación y desempeño de roles.

Ocupación

Podemos decir que dentro de la categoría ocupacional nos encontramos con un notable porcentaje de pacientes que nunca han estudiado o dejaron de estudiar por razones propias de la enfermedad, representando casi la mitad de la población del estudio. A su vez, parece significativo detallar que existen varios talleres de diferentes rubros dentro del Centro dentro del departamento de inclusión social, que intenta incluir a los sectores productivos y artísticos a los pacientes y que en algunas de las veces sirva como otra fuente importante de ingresos para las familias.

Inclusión social

Como se pudo observar, la mayoría de los pacientes que acuden al CREEVER no han sido canalizados a los distintos programas de inclusión social con los que cuenta el Centro, o, al menos, en el expediente no existe el registro de la hoja correspondiente, por lo que se asume que tal procedimiento no ha sido efectuado.

Cabe aclarar que de los pacientes en quienes sí se encontró tal hoja de registro por parte del departamento de inclusión social, en varias de ellas se pudo leer que el paciente no asiste con regularidad, o bien, que a pesar de haber sido canalizado, nunca asistió a las pláticas y actividades propias de cada programa.

En México, a pesar de los avances en materia de atención a personas discapacidad, seguimos viviendo en una sociedad que no ha sido capaz de quitar las barreras tanto físicas como culturales, para garantizar el libre acceso a las personas con alguna discapacidad a los espacios públicos, así como exigir su plena integración al bienestar y el desarrollo en todos los aspectos de la vida.

Factores condicionantes

Por su ubicación el CREEVER resulta ser un condicionante para la movilización colectiva hacia y desde ese Centro. Dado que se ubica a las afueras de la ciudad representa un gran esfuerzo para la llegada de un gran número de pacientes y sus familias, esfuerzos tanto físicos como económicos en muchos de los casos.

Sin embargo dado que se ubica cerca de una de las avenidas principales de la ciudad no es difícil ubicarlo, sin embargo, al representar un gran esfuerzo el poder llegar con los pacientes que no tienen la posibilidad motriz el Centro tuvo que optar por poner a disposición un vehículo eléctrico de seis pasajeros con un chofer para buscarlos en la parada de autobuses y con esto contribuir de manera significativa con las familias usuarias de los servicios.

No obstante se observó que la avenida no es segura para los usuarios del CREEVER dada la gran circulación de autos que fluctúan por ahí y sobre todo que en ciertos horarios se convierte en una vía de comunicación critica de la ciudad, la ausencia de un puente peatonal adecuado para discapacitados es de urgente necesidad que debe ser gestionada ante las instancias correspondientes por parte de las autoridades del Centro.

Durante el día y sobre todo al inicio de la jornada laboral existe cierta congestión en los lugares destinados al estacionamiento por la parte de afuera, incluso, llegando en días de eventos a sobre saturarse y a no respetarse los espacios destinados a personas con discapacidad, esto se incremente dada la presencia de un instituto de música que se encuentra al frente de las instalaciones del Centro y que sus usuarios también ocupan el estacionamiento al costado del CREEVER. Para el caso de los estacionamientos los funcionarios, ambulancias en caso de emergencia, como también el ingreso de los usuarios discapacitados todo se encuentra delimitado al interior y controlado por los guardias que vigilan el acceso, sin embargo, por ese mismo motivo lo otro pasa desapercibido.

Las calles alrededor de esta institución se encuentran pavimentadas, algunas partes de ellas no están en las mejores condiciones pero son transitables y no representan ningún peligro para los usuarios y su arribo.

En las cercanías del Centro se encuentran ubicadas las instalaciones de un centro comercial, lo que hasta el momento no ha representado una gran desventaja o no se ha sabido de incidentes con automóviles o con los camiones de carga pesada que operan en el patio de maniobras y descarga de dicho comercio, quizás esto merezca una investigación focalizada para determinar las medidas de seguridad necesarias.

Se ha observado, también que comienza a haber comercio ambulante, principalmente de alimentos, como fuente de sustento, esto al parecer, no ocasiona molestia por parte de las personas que asisten al Centro y tampoco ha causado interferencia con las actividades propias del CREEVER.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con la realización de este estudio se pudo tener una visión más integral de las características demográficas, socioeconómicas y mórbidas de los pacientes que asisten al CREEVER. Y no sólo eso, sino que además se pudo conocer el nivel de inclusión social que se está logrando al interior del Centro.

Las patologías de etiología congénita son las que más demandan atención por parte de los usuarios del CREEVER, seguidas de aquellos con parálisis cerebral infantil.

Los pacientes, en su mayoría pertenecen a familias de escasos recursos económicos, lo que se relaciona directamente con los niveles de hacinamiento, los tipos de vivienda y con los niveles educativos encontrados.

Por otro lado, como se pudo identificar, la gran mayoría de las viviendas cuentan con alumbrado público, sin embargo, a nivel municipal se debería de poner énfasis en lograr la cobertura total de este servicio, ya que por lo general en donde hace falta es en las zonas periféricas y de mayor índice delictivo, lo que resulta perjudicial para las familias, dado que alguno de sus integrantes puede ser víctima de algún delito que le deje como secuela una discapacidad.

Derivada de la confusión que puede crear en el usuario el cuestionamiento acerca de la tenencia o no de telefonía, puesto que ésta puede ser móvil o fija y esto no se encuentra especificado, proponemos que se revise, y en su caso modifique esta ficha de recolección de datos socioeconómicos para poder tener una información más precisa al respecto. Al igual que en el rubro de la telefonía, cabe destacar que se encontraron deficiencias en el formato de registro de transporte público, ya que no se cuenta de manera explícita a qué tipo de transporte se están refiriendo, si público o privado lo que sesga de manera importante la información recabada y provoca inconsistencias a la hora de cuantificar e interpretar.

Se recomienda no llevar a cabo la asignación de nivel exento a pacientes que cuentan con las posibilidades económicas de pagar la atención que reciben en el

Centro, toda vez que la política social que debe de prevalecer es que paguen menos los que menos tienen o se les exente en caso de resultar aprobados bajo un esquema de evaluación y que paguen más los que más tienen y pueden.

Este estudio pone de manifiesto que los recién nacidos, en ocasiones no son correctamente evaluados por el médico que los recibe en el momento del parto. Existen también bebés que son egresados después de una corta o larga estancia intrahospitalaria sin que se le otorgue una adecuada orientación a los padres para el seguimiento en casa de estos recién nacidos.

Consideramos que el manejo integral del paciente con discapacidad debe ser inculcado al personal de áreas de salud en formación siendo que estos serán los que finalmente refuercen en un futuro estos conocimientos y los integraran a sus prácticas profesionales.

En este sentido se sugiere la implementación de jornadas de profesionalización para el personal paramédico en contacto con población discapacitada, de manera que éstos reciban un trato adecuado y pertinente para el mejoramiento de su salud.

Se recomienda que se fortalezcan las acciones encaminadas a lograr la reincorporación del paciente con discapacidad a la sociedad mediante actividades recreativas, deportivas, culturales y laborales a través del reforzamiento sistemático del programa de Inclusión Social que si bien es cierto ya existe al interior del CREEVER, en los expedientes clínicos no se encuentra la evidencia de estas acciones.

Para lograr acciones de impacto en las condiciones de salud y bienestar de la población es de suma importancia que se considere la implementación de programas de prevención de la enfermedad adquirida, como son los programas de manejo seguro y uso del cinturón de seguridad, concientización del riesgo de manejar hablando por teléfono celular, en estado de ebriedad y bajo el influjo de otras sustancias, dichos programas deben de ser creativos y destinados por sectores poblacionales y no de manera uniforma, de tal suerte que el mensaje pueda ser percibido por adultos y jóvenes, hombres y mujeres.

Se debe fomentar en las instituciones educativas visitas guiadas al CREEVER, con la finalidad de generar conciencia entre la población infantil sobre la discapacidad y la importancia de vivir procesos de vida saludables, sin discriminación y con suficiente información que pueda ser retransmitida por los niños.

El Centro debe de promover en los espacios escolares procesos de concertación, participación y reflexión de la cotidianidad de la discapacidad y de su proceso, a través de brigadas voluntarias.

En cuanto a los problemas detectados y la búsqueda de soluciones para su resolución, comprensión y transformación de la realidad, es necesario que se genere la reapertura el departamento de enseñanza del CREEVER y que dedique su tiempo a la investigación en torno a la incidencia y la prevalencia de la discapacidad congénita y adquirida que se está presentando con mayor frecuencia en el Centro y desarrollar dichos programas de participación e intervención en torno a la capacitación, promoción y fomento.

Cabe señalar que es necesario se le asigne el presupuesto de acuerdo a las necesidades y programas para un buen desempeño.

Desde el departamento de enseñanza se recomienda que se desarrollen proyectos educativos e investigativos dirigidos a grupos poblacionales específicos de la ciudad de Xalapa, zonas conurbadas y poblaciones circunvecinas, sobre las necesidades identificadas entorno a la discapacidad y sus determinantes, para explicar su magnitud, distribución y comprender porque se están dando ciertos fenómenos asociados a la discapacidad.

Es de suma importancia que la visión social de la enfermedad logre identificarse para poder definir con mayor precisión las posibles explicaciones de aquellas actitudes y creencias que sustentan los comportamientos humanos y así generar acciones para el fomento y mantenimiento del auto cuidado y la cultura de la prevención de la discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra, Suiza.: 2011.

2. Cruz Acosta A Donato Pérez A. Diagnostico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Revista

Cubana de Salud Pública. 1996;2.

3. E. Gomez Mengelberg. Un recorrido histórico a través del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [Internet]. 2009; 6(2):[5 p.].

4. C. Ponte Mittelbrunn. Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su historia reciente2009.

5. Carrasco Gómez M Laguna Martínez CP, Zamudio Vega R. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud Miguel Alemán In: González Mauricio Fidel Mendoza, editor. Salud Pública I: Productos del Módulo (Generación 2005-2007, primer semestre). Primera edición. ed. México: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana; 2007.

6. NOM-173-SSA1-1998 Norma Oficial Mexicana. Para la atención integral de personas con discapacidad. 1998.

7. Unión Cámara de Diputados del H. Congreso de la. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 16-11-2011. Diario Oficial de la Federación. 2011:192.

8. Unión. Cámara de Diputados del H. Congreso de la. Ley General de Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación. 2005.

9. INEGI. Las personas con discapacidad en México: una visión censal. México: 2004.

10. Barton Len. Sociología y Discapacidad: algunos temas nuevos. . In: PAIDEIA-Morata. Fundación, editor. Discapacidad y sociedad Madrid, España1995.

11. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño, Art. 2, 19 y 23. In: Humanos Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos, editor. Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos. New York1990.

12. ONU. Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la readaptación profesional y el empleo de las Personas Inválidas, Art. 2, 3, 4, 7,y 8. In: Humanos Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos, editor. Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos. New York1990.

13. Pública Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. 2007.

14. INEGI. Censo General de Población y Vivienda. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010.

15. Jiménez Buñuales MT Paulino González D., Martín Moreno JM. La clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001 Rev Esp Salud Pública. 2002;76:271-9.

16. Porcayo Raymundo Salgado. La Educación y el Grado de Escolaridad en México. México: www.inep.org; 2004.

17. A. Flórez Jesús. Verdugo. Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. In: INICO Amarú publicaciones del, editor. Programas de salud en la discapacidad intelectual debida a síndromes específicos; Salamanca, España2006. p. 251-65.

18. Eneida Porras□Kattz Thalia Harmony. Neurorehabilitación: un método diagnóstico y terapéutico para prevenir secuelas por lesión cerebral en el recién nacido y el lactante. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; v.64 n.2.México.

ANEXOS

ANEXO A

Veracruz

Al 2011, el estado de Veracruz de Ignacio De la Llave está dividido geopolíticamente en 212 municipios. La capital del estado es Xalapa de Enríquez y se encuentra localizada en la región centro del estado.

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Veracruz tiene una Extensión de 71 826 km2, el 3.7% del territorio nacional. Cuenta con una distribución de población de 61% urbana y 39% rural; mientras que a nivel nacional es de 78% y 22% respectivamente. 14

LA CAPITAL: XALAPA

La ciudad de Xalapa de Enríquez, Veracruz se encuentra en el centro del estado de Veracruz, actualmente es la capital del estado y recibe su nombre del Náhuatl. Xallapan (de Xalli: arena, apan: río o manantial) "manantial en la arena".

La fecha de su fundación exacta se desconoce, hay historiadores que hacen mención que fue alrededor del año 1313 al igual que la fundación de la gran Tenochtitlan.a

No existe un criterio único aun para denominar quienes fueron los primeros pobladores de esta ciudad, sin embargo por los vestigios encontrados en las faldas del cerro del Macuiltépetl se presume fueron los Totonacas, sin embargo hay quienes también aseguran que fueron los Toltecas. Ya para el siglo XIV "se establecieron sucesivamente en el sitio ocupado actualmente por Xalapa, cuatro grupos indígenas, fundado cada uno un pequeño poblado. Los poblados fueron: al norte Xallitic (en la arena), fundado por los Totonacas; al este Techacapan (río de los desperdicios), fundado por los Chichimecas; al noreste Tecuanapan (río de las fieras), por los Toltecas, y al suroeste Tlalnecapan (río de los bejucos), por los Teochichimecas."b Con el paso del tiempo estos poblados se unieron para constituir unos solo de nombre Xallapan.

Extensión

El municipio de Xalapa tiene una superficie total de 118.45 Km2 cifra que representa un 0.16% total del Estado. En cuanto a la orografía, este municipio está situado al oriente del Cofre de Perote, su suelo es considerado como irregular, su altura principal es el Cerro de Macuiltépetl que se eleva a 1,522 m.s.n.m.; entre otros más como el Cerro de Acalotépetl y el Cerro Colorado que también se encuentran dentro de la ciudad pero que por su importancia histórica el primero es el más importante.

En cuanto a la hidrografía al municipio de Xalapa le convergen arroyos y manantiales como el Chiltoyac, Ánimas, el Xalitic, el Techacapan y el Tlalmecapan; además de los Ríos Sedeño, Carneros, Sordo, Santiago, Zapotillo, Castillo y Coapexpan, en la ciudad de Xalapa se tienen 3 lagos artificiales, el del Dique, el del Castillo y el de las Ánimas y uno natural en la Colonia 6 de enero.

Distribución geográfica

Para el caso de Xalapa de Enríquez, el total de la población es de 457,928 habitantes. Siendo el 48.6% hombres y 51.4% mujeres. El cerro del Macuiltépetl y otras áreas urbanas más están declaradas como reservas naturales, además, existe una gran variedad de animales silvestres, en los montes aledaños a la población, entre los que se encuentran zorrillo, tlacuache, conejo, ardilla,

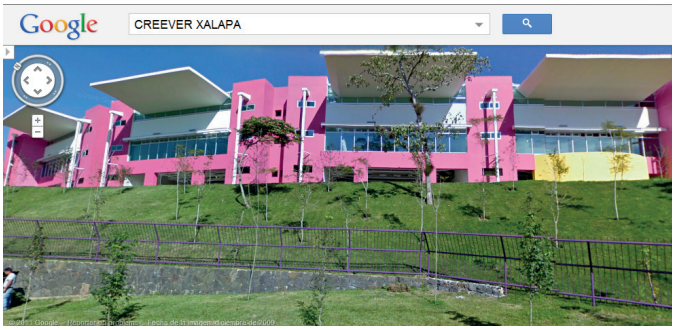
a *El historiador Rivera Cambas.*

b *Enciclopedia de los Municipios de México, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave: Xalapa. Disponible [on-line] en:* http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/veracruz/municipios/30087a.htm

tuza, armadillo, tejón y mapache. La flora corresponde al bosque caducifolio con Chaca, Uvero, Piñuela, Espino y Mala Mujer.

Centro de Rehabilitación y Educación Especial del Estado de Veracruz: CREEVER.

El CREEVER es un espacio que se ubica en la ciudad capital del estado de Veracruz. Su dirección es Blvd. Culturas Veracruzanas No. 24, Col. Nuevo Xalapa. C.P. 91097, Xalapa, Veracruz. Teléfonos: (228) 819-4677 y 819-1405. Su dirección electrónica: www.creever.gob.mx. Por su tamaño y naturaleza se ha convertido en el Centro más importante de su tipo en el estado de Veracruz y en el sureste mexicano.



Una vez ubicado y contextualizado el CREEVER es importante hacer referencia a aquellos factores que fueron identificados con relación a las determinantes que condicionan, afectan, relacionan y favorecen a los pacientes y sus familiares tanto en sus condiciones socio económicas, como con respecto al medio ambiente que envuelve al propio Centro.

ANEXO B

Definición operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	**Escala**
Edad	Tiempo transcurrido desde al nacimiento hasta el momento de referencia, expresada en años	Edad en años reportada en el expediente clínico	Cuantitativa discreta
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Dato obtenido del instrumento	M. Masculino
			F. Femenino
Procedencia	Origen, lugar de nacimiento de una persona	Dato obtenido del instrumento.	Lugar mencionado en el expediente clínico
Institución de Referencia	Centro de atención a la salud que evalúa y canaliza	Dato obtenido del expediente	1. Privado
			2. IMSS
			3. CEMEV
			4. Seguro Popular
			5. DIF
			6. SESVER
			7. Escuela
			8. No especificado
Escolaridad	Grado de estudios	Grado académico del paciente	1. Preescolar
			a. Incompleto
			b. Completo
			2. Primaria
			a. Incompleta b. Completa
Escolaridad (cont.)	Grado de estudios	Grado académico del paciente	3. Secundaria
			a. Incompleta
			b. Completa
			4. Preparatoria
			a. Incompleta
			b. Completa
			5. Carrera Técnica
			6. Licenciatura
			7. Maestría
			8. Otro
			9. Ninguno
			10. No aplica
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Doctrina de fe que practica el paciente	1. Católica
			2. Protestante
			3. No especificado
Integración Familiar	La composición familiar en número de integrantes que cohabitan en un espacio común.	Número total de personas que integran la familia del paciente.	Número de integrantes de la familia expresada en números absolutos
Hacinamiento	Alojamiento de tres o más personas por habitación en una vivienda particular	Número de residentes del domicilio sobre número de habitaciones del mismo. Tres o más personas por habitación se consideran en hacinamiento.	A partir de 3 personas por habitación es considerado como hacinamiento
Nivel socio económico	Posición de un individuo o grupo en una población o sociedad; generalmente se basa en los ingresos económicos, la educación o la categoría profesional.	Nivel socioeconómico determinado por el centro de rehabilitación para el cobro de cuotas por atención.	1.- Nivel 1. 2.- Nivel 2. 3.- Nivel 3.

Apoyo familiar	El apoyo moral consiste en estar al lado de la persona que lo necesita, siendo parte de la atención de los cuidados paliativos, que van encaminados a conseguir que el enfermo asuma, acepte, sienta alivio acerca de las limitaciones de su enfermedad de un modo digno y como una persona.	Registro de la existencia de redes de apoyo hacia el enfermo.	1.- Si existe. 2.- No existe.
Ingresos Familiares Mensuales	El Ingreso Total Mensual Familiar es la suma de los ingresos totales mensuales demostrables de los integrantes de la familia del paciente, siendo estos ingresos la base para el análisis del nivel socioeconómico y la forma de determinar la capacidad para el pago de los servicios solicitados.	Ingreso total mensual familiar.	Nivel económico familiar que refleje ingresos: Sin Ingresos (0), de $1.00 a $5,000; de $5,001 a $10,000; de $10,001 a $15,000; de $15,001 a $20,000; de $20,001 a $25,000; de $25,001 a $30,000; más de $30,000.
Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Escala**
Egresos Familiares Mensuales	El egreso Total Mensual Familiar es el promedio de gasto mensual total del hogar del paciente incluidos los gastos de subsistencia, los de recreación y los del pago por vivienda, que restados del ingreso total mensual determinan el nivel de ahorro familiar y la capacidad de pago de los servicios solicitados en el centro.	Gasto total mensual familiar.	Nivel económico familiar que refleje ingresos: Sin Ingresos (0), de $1.00 a $5,000; de $5,001 a $10,000; de $10,001 a $15,000; de $15,001 a $20,000; de $20,001 a $25,000; de $25,001 a $30,000; más de $30,000.
Formato de Tipo de Vivienda	Documento que indica las condiciones de la vivienda para su análisis y clasificación.	Características de la vivienda	1.- Si contiene.
			2.- No contiene.
Tipo de Vivienda	Características y composición del lugar diseñado para ser habitado por personas ya sea temporal o permanente.	Tipo de vivienda en donde habita el paciente.	1.- Casa
			2.- Departamento
			3.- Cuarto
			4.- Vecindad
			5.- Otro
Componentes de la Vivienda.	Elementos físicos y estructurales de los que está compuesta una vivienda para un adecuado desarrollo de las familias.	Espacios físicos la vivienda.	1.- Sala
			2.- Comedor
			3.- Cocina
			4.- No. Baños
			5.- No. Recamaras
			1.- Sala
			2.- Comedor
			3.- Cocina
			4.- No. Baños
			5.- No. Recamaras
Servicios con los que cuenta la vivienda.	Son aquellos servicios que ofrece el estado y los servicios privados que son contratados por los usuarios a un prestador de servicios y que como son: Agua potable, Drenaje, Energía Eléctrica, Teléfono, Servicios de transporte, etc.	Tipo de servicios con los que cuenta la vivienda	1.- Agua
			2.- Luz
			3.- Drenaje
			4.- Alumbrado
			5.- Alcantarillado
			6.- Pavimento
			7.- Teléfono
			8.- Transporte
			9.- Servicios de Limpieza

Tenencia de la Vivienda.	Tipo de propiedad que se ejerce sobre la vivienda	Tipo de propiedad que se ejerce sobre la vivienda	1.- Propia 2.- Renta 3.- Prestada 4.- Hipoteca 5.- Interés Social 6.- Paracaidista 7.- Otro
Tipo de Construcción	Tipo de construcción de la vivienda que habita el paciente y que determina si la vivienda se considera factor de riesgo o no para su desarrollo con base en los materiales con los que fue construida.	Tipo de materiales de los que está construida la vivienda que aloja al paciente y sus familiares.	1.- Tabique 2.- Cartón 3.- Lámina 4.- Otros
Barreras Arquitectónicas Internas	La vivienda se considera factor de riesgo o no para el desarrollo del paciente con base en las barreras arquitectónicas internas de la vivienda y que se traducen en falta de adecuación que se transforman en inaccesibilidad y peligro.	Número de viviendas donde habitan los pacientes del centro y que cuentan con alguna barrera arquitectónica y tipo de barrera externa como calles inaccesibles, falta de transporte, falta de pavimentación, pendientes o barrancas.	1.- Escalera 2.- Espacio Reducido 3.-Falta de Adecuación 4.- Falta Mobiliario
Barreras Arquitectónicas Externas	La vivienda se considera factor de riesgo o no para el desarrollo del paciente con base en las barreras arquitectónicas externas de la vivienda y que se traducen en falta de adecuación privada o pública que se transforman en inaccesibilidad y peligro.	Número de viviendas donde habitan los pacientes del centro y que cuentan con alguna barrera arquitectónica externa como calles inaccesibles, falta de transporte, falta de pavimentación, pendientes o barrancas.	1.- Calle inaccesible 2.- Falta de transporte 3.- Sin pavimento 4.- Pendiente 5.- Barrancas

ANEXO C

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Distribución porcentual por sexo (grafica 4)

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	182	53
Femenino	160	47
Total	**342**	**100**

Tabla 2. Distribución de la población usuaria del CREEVER por grupos quinquenales (grafica 5)

Edad	Hombres	Mujeres
0-4	38	32
5-9	53	29
10-14	31	16
15-19	11	11
20-24	7	5
25-29	8	4
30-34	6	5
35-39	9	4
40-44	2	0
45-49	5	6
50-54	2	7
55-59	4	7
60-64	4	6
65-69	2	9
70-74	0	9
75 y más	2	8
Total	**182**	**160**

Tabla 3. Distribución de la población por lugar de residencia

Lugar de residencia	Frecuencia	%
Acatlán	1	0.3
Actopan	3	0.9
Alborada	2	0.6
Alto lucero	1	0.3
Altotonga	2	0.6
Banderilla	6	1.8
Buena vista	1	0.3
Carrizal	5	1.5
Cerrillos de Díaz	1	0.3
Chicuasen	1	0.3
Cholula	1	0.3
Coacoatzintla	2	0.6
Coapan	1	0.3
Coatepec	17	5.0
Córdoba	1	0.3
Coyolillo	1	0.3
Cruz verde	1	0.3
Dos ríos	1	0.3
El castillo	1	0.3
El chico	1	0.3
El espinal	1	0.3
El paisano	1	0.3
Guadalupe victoria	1	0.3
Gutiérrez Zamora	1	0.3
Heriberto jara	1	0.3
Huatusco	5	1.5
Ixhuacán de los Reyes	2	0.6
Jalacingo	2	0.6
Jalcomulco	1	0.3
Jáltipan	1	0.3
Jilotepec	5	1.5
La Estanzuela	1	0.3
La joya	1	0.3
La mancuerna	1	0.3
La orduña	2	0.6
Landero y Coss	1	0.3
Las trancas	6	1.8
Los altos	5	1.5
Martínez de la Torre	1	0.3
Mesa de Guadalupe	3	0.9
Miradores del mar	1	0.3
Misantla	1	0.3
Naolinco	2	0.6
Ocotita	1	0.3
Pacho nuevo	2	0.6
Pacho viejo	1	0.3
Pánuco	1	0.3
Paso carretas	1	0.3
Paso de la milpa	1	0.3
Paso de la venta	1	0.3
Paso de ovejas	1	0.3
Perote	6	1.8
Plan de arroyos	1	0.3
Plan del río	1	0.3
Poza rica	1	0.3
Rafael lucio	1	0.3
Rancho viejo	1	0.3
Rinconada	1	0.3
San Andrés Tlalnelhuayocan	2	0.6
San Marcos de León	1	0.3
Sochiapa	1	0.3
Tancoco	1	0.3
Tenampa	1	0.3
Tenextepec	1	0.3
Teocelo	1	0.3
Tlapacoyan	3	0.9
Trapiche del rosario	1	0.3
Veracruz	2	0.6
Xalapa	199	58.2
Xico	8	20.3
Xocotla	1	0.3
Xololoyan	1	0.3
Xonotla	1	0.3
Zempoala	1	0.3
Total	**342**	**100**

Tabla 4. Distribución de la población según estado civil (grafica 6)

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	40	11.7
Divorciado	4	1.2
No especifica	1	0.3
Soltero	277	81.0
Unión libre	8	2.3
Viudo	12	3.5
Total	342	100.0

Tabla 5. Distribución de los grados académicos incompletos en los usuarios del CREEVER (grafica 7 y 8)

Escolaridad	Frecuencia	%
Preescolar incompleto	12	3.5
Preparatoria incompleta	4	1.2
Primaria incompleta	58	17.0
Secundaria incompleta	4	1.2
Licenciatura	30	8.8
Maestría	5	1.5
Preescolar	24	7.0
Preparatoria	26	7.6
Primaria	63	18.5
Secundaria	28	8.2
No especificado	1	0.3
No aplica	46	13.5
Ninguna	41	12.0
Total	**342**	**100**

Tabla 6. Distribución de los usuarios según religión registrada (grafica 9)

Religión	Frecuencia	%
Católica	281	82
Protestante	38	11
No especificado	20	6
No creyente	3	1
Total	**342**	**100**

Tabla 7. Institución de referencia (grafica 10)

Institución de Referencia	Frecuencia	%
CEMEV	6	1.8
CRIT	1	0.3
CRIVER	3	0.9
DIF	14	4.1
DIF-CONECALLI	2	0.6
ESCUELA	1	0.3
ESCUELA PRIMARIA	1	0.3
ESCUELA-PREESCOLAR	1	0.3
FUNDACIÓN DOWN	1	0.3
IMMS-OPORTUNIDADES	1	0.3
IMSS	55	16.1
INR	1	0.3
ISSSTE	15	4.4
NO ESPECIFICADO	124	36.3
OTRO	1	0.3
PEMEX	1	0.3
PRIVADO	40	11.7
SEGURO POPULAR	65	19.0
SER. MED. UV	1	0.3
SESVER	7	2.0
USAER	1	0.3
Total	**342**	**100**

DATOS DE MORBILIDAD

Tabla 8. distribución de la población por patología atendida (grafica 11)

Patología	Frecuencia	%
Etiología congénita	104	30
Encefalopatía anoxoisquémica	59	17
Trastorno de conducta de lenguaje y aprendizaje/TDAH	53	15
Artropatías	30	9
Post operados	30	9
Secuelas de EVC	12	4
Esguinces y fracturas	12	4
Epilepsia	9	3
Accidentes automovilísticos	9	3
Otras	24	7
Total	342	100

Tabla 9. padecimientos congénitos atendidos en el CREEVER

Padecimiento	Frec. Abs.	Frec. Rel.
Síndrome de Down	23	6.6
Ataxia cerebelosa	1	0.3
Ataxia de Friedrich	2	0.6
Atrofia medular espinal tipo ii escoliosis torácica de convexidad derecha (congénita)	1	0.3
Cardiopatía congénita cianógena/prematurez 26sdg/ VMA 30 días UCIN	1	0.3
Colpocefalia	1	0.3
Condromalacia	1	0.3
Cortipatía bilateral	1	0.3
Defectos de la postura	1	0.3
Defectos posturales propios del desarrollo/pie plano i	1	0.3
Disgenesia cerebral/cuadriparesia hipotónica	2	0.6
Displasia evolutiva de cadera bilateral	2	0.6
Distonía del escribano en mano derecha	1	0.3
Distonía Oppen Heim (genético/ degenerativo/progresivo)	1	0.3
Enf. De Legg-Calvé-Perthes izquierdo	1	0.3
Esclerosis lateral primaria	2	0.6
Esclerosis múltiple/cuadriparesia espástica global	1	0.3
Esclerosis tuberosa (genético)	1	0.3
Escoliosis congénita severa	3	0.9
Estrabismo bilateral convergente	2	0.6
Fibromatosis hialina	1	0.3
Genopatía en estudio	1	0.3
Genu valgo bilateral	3	0.9
Hidrocefalia severa	1	0.3
Hipoacusia	19	5.5
Hipoplasia bilateral de n. Óptico	1	0.3
Hipoplasia peronea Kalamchi II	1	0.3
Malformación congénita en MPD con adaptación protésica	1	0.3
Microcefalia	5	1.4
Osteogénesis imperfecta	1	0.3
Panhipopituitarismo	1	0.3
Pble. Esclerosis múltiple	1	0.3
Pie plano bilateral	2	0.6
Prognatismo	1	0.3
Secuelas de mielomeningocele	3	0.9
Secuelas de pie equinovaro aducto congénito bilateral	1	0.3
Sindactilia mano derecha	1	0.3
Síndrome de Dooze	1	0.3
Sx. De Aicardi	1	0.3
Sx. De Asperger	3	0.9
Sx. De Cornelia de Lange	1	0.3
Sx. De West	2	0.6
Sx. De Williams	1	0.3
Torsión tibial bilateral	1	0.3
Tortícolis congénita	1	0.3
Total	104	30.0

Tabla 10. Distribución de los pacientes atendidos por trastornos de conducta, lenguaje, aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos (Gráfica 12)

Padecimiento	Frec. Abs.	Frec. Rel.
Trastorno de aprendizaje	2	0.6
Trastorno de aprendizaje	1	0.3
Trastorno de conducta	1	0.3
Trastorno de conducta y aprendizaje	1	0.3
Trastorno de conducta, lenguaje y aprendizaje	2	0.6
Trastorno de la conducta social	1	0.3
Trastorno de la conducta social/Pble. Autismo	1	0.3
Trastorno de la conducta y el aprendizaje	1	0.3
Trastorno de lenguaje	8	2.3
Trastorno de lenguaje y aprendizaje	1	0.3
Trastorno de lenguaje, conducta y aprendizaje	1	0.3
Trastorno del lenguaje/prematuro /3 meses hospitalización con VMA	1	0.3
Trastorno generalizado del desarrollo	1	0.3
Trastorno generalizado del desarrollo-espectro autista	2	0.6
Autismo	1	0.3
Déficit intelectual	2	0.6
Déficit intelectual	3	0.8
Déficit intelectual moderado/TCE al año de vida	1	0.3
Desempeño académico sobresaliente	1	0.3
Discapacidad intelectual	1	0.3
Dislalia	4	1.1
Dislalia evolutiva	2	0.6
Pble. Autismo	1	0.3
Retardo en el lenguaje afásico	1	0.3
Retardo en el lenguaje expresivo	1	0.3
Trastornos de lenguaje, conducta y aprendizaje	1	0.3
Pble. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1	0.3
TDAH	8	2.3
TDAH de predominio impulsivo-hiperactivo	1	0.3
Total	53	15

Tabla 11. Distribución de los pacientes postoperados en el CREEVER. (Gráfica 13)

Padecimiento	Frec. Abs.	Frec. Rel.
Po lesión por arma de fuego	2	0.6
Po amputación transtibial derecha/ DM2	1	0.3
Po artrodesis de rodilla derecha	1	0.3
Po artroplastia de cadera	2	0.6
Po derivación ventricular	1	0.3
Po displasia evolutiva de cadera	3	0.9
Po Fx luxación c6-c7 por caída. Con lesión medular secundaria	1	0.3
Po Fx multifragmentaria de fémur izq.	1	0.3
Po Fx radiocubital derecha	1	0.3
Po Fx-lx de c6-c7/accidente automovilístico	1	0.3
Po gonartrosis bilateral	1	0.3
Po hernia discal l1	1	0.3
Po implante coclear	2	0.6
Po lesión medular completa t5-t6	1	0.3
Po mielomeningocele/hidrocefalia derivada	1	0.3
Po palatofaringoplastía	5	1.5
Po pie equino-varo bilateral	1	0.3
Po prótesis total de cadera izquierda por coxartrosis	2	0.6
Po. Corrección de genu valgo izq. Congénito	1	0.3
Po de resección de ependimoma	1	0.3
Total	30	9

Tabla 12. Padecimientos en los pacientes de 18 a 59 años atendidos en el CREEVER. (Gráfica 14)

Padecimiento	Frec. Absoluta	Frec. Rel.
Accidente automovilístico	10	11.2
Esguinces y fracturas	14	15.7
PCI	12	13.5
Secuelas de EVC	6	6.7
Gonalgias/lumbalgias	10	11.2
Otros	39	43.8
Total	89	100

Tabla 13. Distribución total de los padecimientos en adultos de 18 a 59 años.

Padecimiento	Frec. Absoluta	Frec. Rel.
Accidente automovilístico	10	11.2
Esguinces y fracturas	14	15.7
PCI	12	13.5
Secuelas de EVC	6	6.7
Gonalgias/lumbalgias	10	11.2
Discopatía lumbar l4-l5 y c5-c6	2	2.2
Po prótesis total de cadera izquierda por coxartrosis	1	1.1
Esclerosis lateral primaria	2	2.2
Esclerosis múltiple/cuadriparesia espástica global	1	1.1
Síndrome de Down	1	1.1
Enfermedad de Parkinson Hoen y Yarh II-III	1	1.1
Osteoartrosis	1	1.1
Artritis reumatoide	3	3.4
Gonartrosis bilateral	1	1.1
Amputación traumática de miembros inferiores	1	1.1
Condromalacia	1	1.1
Po amputación transtibial derecha/dm2	1	1.1
Discapacidad intelectual	1	1.1
Po. Corrección de genu valgo izq. Congénito	1	1.1
Epilepsia	1	1.1
Po hernia discal l1	1	1.1
Ataxia cerebelosa	1	1.1
Hipoacusia bilateral	1	1.1
Esclerosis lateral primaria	1	1.1
Trastorno de aprendizaje	1	1.1
Parálisis facial derecha	1	1.1
Sindactilia mano derecha	1	1.1
Hipoacusia profunda de predominio izquierdo	1	1.1
Síndrome de Down	1	1.1
Po artrodesis de rodilla derecha	1	1.1
Trastorno de ansiedad	1	1.1
Gonartrosis bilateral	1	1.1
Hipoacusia bilateral	1	1.1
Sx. De Down	1	1.1
Panhipopituitarismo	1	1.1
Úlcera en tobillo derecho	1	1.1
Hemiparesia izquierda	1	1.1
Hernia discal	1	1.1
Total	89	100.0

Tabla 14. Distribución de las afecciones en adultos mayores atendidos en el CREEVER (gráfica 15)

Padecimiento	Frec. Abs.	Frec. Rel.
Artropatías	16	4.64
Secuelas de EVC	6	1.74
Hipoacusias	4	1.16
Catarata ojo derecho	2	0.58
Enf. De Parkinson	3	0.87
Parálisis facial periférica	4	1.16
Pterigiones en ambos ojos	1	0.29
Ptosis palpebral	1	0.29
Síndrome demencial	1	0.29
Trastorno de ansiedad	2	0.58
Total	40	11.6

Tabla 15. Distribución de los padecimientos articulares en los adultos mayores atendidos en el CREEVER. (Gráfica 16)

Padecimiento	**Frec. Abs.**	**Frec. Rel.**
Canal lumbar estrecho	2	0.58
Cervicodorsalgia crónica	1	0.29
Gonalgia/gonartrosis	8	2.32
Lumbalgia crónica agudizada	2	0.58
Síndrome de hombro doloroso	1	0.29
Artritis reumatoide	2	0.58
Total	16	4.64

DATOS SOCIOECONÓMICOS

Tabla 16. Distribución de la población del CREEVER por nivel de pago asignado. (Gráfica 17)

Nivel asignado	**Frecuencia**	**%**
Nivel 1	256	74.86
Nivel 2	48	14.04
Nivel 3	23	6.72
Exento	10	2.92
Sin formato	5	1.46
Total	342	100

Tabla 17. Distribución de la población del CREEVER por material de construcción de la vivienda. (Gráfica 18)

Material	**Frecuencia**	**%**
Tabique	305	89.2
Cartón y lamina	8	2.3
Otro material	29	8.5
Total	**342**	**100**

Tabla 18. Distribución de la población del CREEVER por condición de hacinamiento. (Gráfica 19)

Condición de hacinamiento	Frecuencia	%
Con hacinamiento	91	26.6
Sin hacinamiento	251	73.4
Total	**342**	**100**

Tabla 19. servicios públicos con los que cuentan las viviendas analizadas (Gráfica 20)

Servicios	**Frecuencia**	**%**
Agua potable	328	95.9
Luz	330	96.5
Drenaje	307	89.8
Alumbrado	314	91.8
Alcantarillado	286	83.6
Pavimento	227	66.4
Teléfono	215	62.9
Transporte	291	85.1
Servicios de limpieza	287	83.9

Tabla 20. usuarios del CREEVER con redes de apoyo (Gráfica 21)

Redes de apoyo	**Frecuencia**	**%**
Con redes de apoyo	243	71.1
Sin redes de apoyo	99	28.9
Total	**342**	**100.0**

Tabla 18. Programa de inclusión al que fueron canalizados los pacientes del CREEVER. (Gráfica 22)

Programa	Frecuencia	%
Programa artístico cultural	33	9.6
Apoyo grupal para personas con discapacidad	17	5.0
Capacitación para el trabajo	7	2.0
Escuela para padres	3	0.9
Inclusión laboral	1	0.3
Olimpiadas especiales	1	0.3
Ninguno	280	81.9
Total	342	100

ANEXO D

Cedula de recolección de datos

NO. DE EXPEDIENTE	FICHA DE IDENTIFICACION					RESIDENCIA			PROGRAMA DE INCLUSION EDUCATIVA Y/O NEE	Numero de expediente	SALUD					
	Sexo	Edad	Lugar de nacimiento	Fecha de la primera visita	Estado civil	Poblacion	Municipio	Estado			Referidos por	Diagnostico		Lugar donde se atendio el parto	Derechohabiencia paciente	Odontología (si o no)
												PRINCIPAL	SECUNDARIO			

ESTUDIO SOCIECONOMICO			FORMATO CARACTERISTICAS DE VIVIENDA	CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA																													DIAGNOSTICO SOCIAL					
					COMPONENTE					SERVICIO									TENENCIA							TIPO DE CONSTRUCCIO				BARRERAS ARQUITECTONICAS												
																													INTERNAS				EXTERNAS							
Escolaridad paciente	Religión	Parentesco (entrevistado)		Tipo de vivienda	SALA	COMEDOR	COCINA	NO. DE BAÑOS	NO. DE RECAMARAS	AGUA	LUZ	DRENAJE	ALUMBRADO	ALCANTARILLADO	PAVIMENTO	TELEFONO	TRANSPORTE	SERV. DE LIMPIEZA	PROPIA	RENTA	PRESTADA	HIPOTECA	INT. SOCIAL	PARACAIDISTA	OTRO	TABIQUE	CARTON	LAMINA	OTRO (LOSA AMDERA)	ESCALERA	ESPACIO REDUCIDO	FALTA DE ADECUACION	FALTA DE MOVILIARIO	CALLE INACCESIBLE	FALTA TRANSPORTE	SIN PAVIMENTO	PENDIENTES	BARRANCAS	HACINAMIENTO	NIVEL SOCIOECON			APOYO MORAL FAMILIAR	OBSERVACIONES
																																							NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3		

BIBLIOGRAFÍA

19. A. Flórez Jesús. Verdugo. Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. In: INICO Amarú publicaciones del, editor. Programas de salud en la discapacidad intelectual debida a síndromes específicos; Salamanca, España2006. p. 251-65.

20. Barton Len. Sociología y Discapacidad: algunos temas nuevos. . In: PAIDEIA-Morata. Fundación, editor. Discapacidad y sociedad Madrid, España1995.

21. Carrasco Gómez M Laguna Martínez CP, Zamudio Vega R. Diagnóstico de Salud del Centro de Salud Miguel Alemán In: González Mauricio Fidel Mendoza, editor. Salud Pública I: Productos del Módulo (Generación 2005-2007, primer semestre). Primera edición. ed. México: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana; 2007.

22. C. Ponte Mittelbrunn. Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su historia reciente2009.

23. Cruz Acosta A Donato Pérez A. Diagnostico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Revista Cubana de Salud Pública. 1996;2.

24. E. Gomez Mengelberg. Un recorrido histórico a través del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [Internet]. 2009; 6(2):[5 p.].

25. Enciclopedia de los Municipios de México, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave: Xalapa. Disponible [on-line] en: http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/veracruz/municipios/30087a.htm

26. INEGI. Las personas con discapacidad en México: una visión censal. México: 2004.

27. INEGI. Censo General de Población y Vivienda. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010.

28. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. 2007.

29. Jiménez Buñuales MT Paulino González D., Martín Moreno JM. La clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001 Rev Esp Salud Pública. 2002;76:271-9.

30. María Eugenia Antúnez Farrugia, Andrés Balcázar de la Cruz. Diagnóstico Sobre Discapacidad en México. Disponible [on-line] en: http://scm.oas.org/pdfs/2007/DIL00140s.pdf

31. NOM-173-SSA1-1998 Norma Oficial Mexicana. Para la atención integral de personas con discapacidad. 1998.

32. OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra, Suiza.: 2011.

33. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño, Art. 2, 19 y 23. In: Humanos Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos, editor. Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos. New York1990.

34. ONU. Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la readaptación profesional y el empleo de las Personas Inválidas, Art. 2, 3, 4, 7,y 8. In: Humanos Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos, editor. Movimiento de los Pueblos para la Educación en Derechos Humanos. New York1990.

35. Secretaría de Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. México, 2009. Disponible [on-line] en: http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn_intgrl_salud_pcd.pdf

36. Unión Cámara de Diputados del H. Congreso de la. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 16-11-2011. Diario Oficial de la Federación. 2011:192.

37. Unión. Cámara de Diputados del H. Congreso de la. Ley General de Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación. 2005

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD "EL CONEJO" MUNICIPIO DE PEROTE, VERACRUZ.

Daniel Reyna Peralta, Edna Pérez Lazarín, Jeyma Talía Patiño Suárez, Magda Elena Hernández Hernández, Rebeca Uribe Carvajal.
Asesores internos: Dr. Jaime Morales Romero, Dr. Mauricio Fidel Mendoza González
Asesor externo: Mtro. Víctor A. Celis Arellano

RESUMEN

El objetivo del presente diagnóstico de salud, consistió en identificar los problemas de salud más frecuentes que afectan a la comunidad de "El Conejo" en el municipio de Perote, Ver. así como la percepción de la comunidad sobre su estado de salud y sus determinantes para la conformación de una propuesta de abordaje.

La investigación se llevó a cabo a través de la recopilación de datos en fuentes secundarias sobre las condiciones demográficas de la población y la frecuencia de las enfermedades registradas en los últimos 5 años (2006-2010) por el centro de salud de la comunidad, para la construcción de tasas de morbilidad generales y específicas por año y patología. De igual manera, se obtuvo información sobre la percepción de la comunidad respecto a su estado de salud, a través de métodos participativos en los que se realizaron 6 entrevistas a informantes clave y 4 grupos focales representativos.

Respecto a las tasas de morbilidad generales de la población, se encontró que en el periodo 2006 a 2010, la tasa de morbilidad general más alta se presentó durante el año 2009 con más de 747 casos de enfermedades por cada mil habitantes; y la tasa de morbilidad general más baja, se presentó en el 2007 con 342 casos de enfermedades por cada mil hab. También se observó en las tasas de morbilidad específica una constante aparición de infecciones respiratorias agudas (IRAS), infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, gingivitis y enfermedad periodontal, ulceras, gastritis y duodenitis, conjuntivitis y otitis media; siendo las IRAS las que presentaron una mayor tasa.

Sobre la información arrojada por las técnicas participativas, encontramos que la comunidad considera que las principales enfermedades que deben atenderse son las infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus, infecciones renales o de vías urinarias, enfermedades de tensión arterial y hepatitis A. Así mismo los informantes atribuyen dichos padecimientos a factores de diferente índole como el clima frío, la mala alimentación, malos hábitos de higiene, la migración y una mala cultura de prevención y apego al tratamiento. Es importante mencionar que a lo largo de las entrevistas y grupos focales encontramos determinantes sociales que están directamente relacionados con la salud de la población, tales como: las condiciones económicas, laborales, ambientales, educativas y culturales las cuales se describen ampliamente en el trabajo.

Es importante abordar las problemáticas que generan preocupación en los habitantes y que además registran alta incidencia. Consideramos relevante la intervención a estas enfermedades de manera independiente, abarcando medidas educativas para la salud y prevención de enfermedades; así como indagar a profundidad los determinantes individuales y ambientales de las mismas para poder plantear estrategias puntuales.

INTRODUCCIÓN

Durante el primer semestre de la Maestría en Salud Pública (Generación 2011-2013), se busca que los estudiantes tengan un contacto inicial con la investigación, a través del planteamiento y la realización de un diagnóstico de las condiciones de salud de la población. Con esta intención, realizamos un diagnóstico en la comunidad de El Conejo, con el objetivo de conocer cuáles eran los principales problemas de salud que afectan a una población e identificar aquellos factores individuales,

ambientales y sociales que pudieran estar relacionados con el proceso de salud-enfermedad. Lo anterior permitió priorizar los problemas de salud de la comunidad para plantear acciones específicas que contribuyan a su solución.

En el presente documento se describe la importancia de conocer las principales problemáticas de salud de la comunidad a través del uso de técnicas participativas, así como la integración de información sobre la morbilidad de la población, proporcionada por diferentes fuentes de instituciones locales y nacionales. Posteriormente, se describen las teorías en las cuales fundamentamos la metodología y análisis del trabajo. También se detallan en este documento, los objetivos planteados por el equipo y que consideramos necesarios para el desarrollo del diagnóstico de salud.

La metodología, resultados y conclusiones se presentan de manera específica en 4 diferentes secciones, las cuales se describen a continuación:

1ª Sección: Información demográfica y recursos para la salud

2ª Sección: Tasas de morbilidad general y específica

3ª Sección: Percepción sobre el estado de salud de la comunidad

4ª Sección: Priorización de necesidades (triangulación de la información)

Finalmente, se muestran las conclusiones generales a las que llegó el equipo a partir de la información analizada, las cuales nos proporcionaron las herramientas para realizar propuestas para el abordaje de las problemáticas de salud descritas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comunidad de El Conejo, se encuentra dentro del municipio de Perote en el Estado de Veracruz y forma parte del Parque Nacional del Cofre de Perote, a 12 km de la peña, es decir la parte más alta de la zona (1). Es considerada como una de las que presentan mayor índice de marginación en el Estado (2), por lo que las comunidades pertenecientes a ésta, se encuentran propensas a sufrir diversos problemas de salud relacionados con las condiciones de vivienda, economía e higiene, entre otros.

En los últimos años se han realizado algunas investigaciones previas para identificar de qué se enferma la población de El Conejo. Como ejemplo de ello, encontramos el diagnóstico de salud realizado en la comunidad por estudiantes de la Maestría en Salud Pública durante el año 2007. Se trata de una investigación que tuvo una metodología mixta. En el abordaje epidemiológico de este trabajo se encontró que los problemas de salud con mayor incidencia fueron infecciones en vías urinarias, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial; y los factores asociados a estas enfermedades fueron el consumo diario de refresco, la edad, tener antecedentes de familiares con enfermedades crónicas y obesidad (3). Por su parte, en el apartado cualitativo, realizados través de grupos focales y entrevistas focalizadas tuvo como objetivo dar a conocer algunas de las características de los servicios otorgados a través del programa de la Universidad Veracruzana conocido como "Casas Universitarias".

Una investigación más reciente, es el diagnóstico de salud 2010 (4), desarrollado por el médico pasante en servicio social responsable del centro de salud local, en donde se encontró que debido al clima predominantemente y extremadamente frío y seco, se presentan con frecuencia enfermedades respiratorios que provocan graves daños a la salud. Además la ubicación geográfica de la comunidad, dificulta el acceso de los servicios y la movilidad de los habitantes hacia la cabecera municipal (Perote), lo que genera como consecuencia aislamiento y marginación que impide el desarrollo y progreso general de la comunidad.

Otro factor importante reportado en este documento, fue la pobreza alimentaria que presentan los habitantes, derivada de la situación económica, la baja o nula escolaridad y las escasas fuentes de trabajo. Esta situación ha condicionado numerosos casos de desnutrición, diabetes mellitus, hipertensión arterial y casos de síndrome metabólico.

La información descrita por el diagnóstico del centro de salud, fue obtenida a partir de la aplicación de cédulas de microdiagnóstico y la revisión de los expedientes clínicos familiares.

De acuerdo a la revisión de estos antecedentes, encontramos que aun existen algunos vacíos que no permiten describir las características de la población de forma adecuada, y que algunos datos no parecen coincidir con la situación ni la percepción actual de

los habitantes de la comunidad sobre su estado de salud. Por tal motivo, se consideró relevante realizar un diagnóstico de salud tomando como puntos de referencia la percepción de la comunidad respecto a sus principales problemas de salud, así como la información proporcionada por el Centro de Salud de la comunidad y otras fuentes de información secundarias.

Justificación de la Sede "Casa de la Universidad Veracruzana en el Conejo"

Dentro de la comunidad de El Conejo se ubica la Casa de la Universidad Veracruzana (UV), cuyo proyecto nace a partir del 2004 cuándo se inauguró el área de servicios; posteriormente en el 2005 y 2007 se crean el área de usos múltiples y el albergue para estudiantes (5).

Las casas de la UV tienen como objetivo brindar a las poblaciones diversos servicios de asistencia social como promoción para la salud comunitaria; uso y manejo de tecnología para niños y jóvenes; taller de capacitación y producción artesanal, entre otros. Con esto se busca la vinculación social entre los estudiantes de la UV y las comunidades rurales y suburbanas de Veracruz.

En este sentido, el Instituto de Salud Pública de la UV acordó con la Coordinación de la Casa de la Universidad en el Conejo, la participación de estudiantes de maestría para la elaboración de un diagnóstico de salud en la misma comunidad, para posteriormente, relacionar su participación en el desarrollo e implementación de programas de salud.

MARCO TEÓRICO

Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es una investigación que permite el análisis de la situación de salud con el propósito de conocer el proceso salud-enfermedad como fenómeno de grupo de una población con relación a: daños a la salud, servicios de salud, factores condicionantes y riesgos; por otra parte, el grado de prioridad de los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. Es por esta razón que el diagnóstico de salud es una investigación que representa el primer paso en la planeación de las acciones de los servicios de salud (6).

Éste es un ejercicio en salud pública que se constituye en un proceso de investigación permanente de interpretación y análisis de la situación de salud de la población, que lleva a la definición de requerimientos y a la acción para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales de tal manera que permita mejorar las condiciones de salud de una población. No se elabora exclusivamente como apoyo al accionar de los servicios de salud, sino que debe permitir la integración de las percepciones comunitarias, interesados en el bien común de la salud individual y colectiva (7).

Se cuenta con parámetros base que permiten su integración y que se componen por: la delimitación geopolítica, la integración del perfil poblacional, la determinación de los daños a la salud, especialmente a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad y en algunos casos incluye la evaluación de encuestas que determinen la morbilidad sentida, la priorización de daños, la explicación de los daños priorizados desde una perspectiva integral (biológica, económica, social, etc.), la evaluación de los recursos para la salud, y el esbozo de criterios de intervención (7).

Priorización de daños

Es parte de la formulación de planes posterior a la determinación de necesidades y anterior a las intervenciones. Entre las principales razones de priorizar daños en una población determinada, se encuentra la relación desfavorable que existe entre necesidades y recursos (humanos, materiales, financieros, etc.) para atender a todas las problemáticas de salud. Para tal fin, es necesario establecer un listado de patologías definidas de acuerdo al perfil epidemiológico local, regional o nacional (8).

La priorización de daños a la salud es un parámetro que deja ver el panorama sobre cómo los problemas de salud afectan en diversos sentidos a la población estudiada y a partir de éstos, tomar la decisión de las problemáticas que serán embestidas. Siendo que la metodología de esta investigación está basada mayormente en la percepción de los habitantes de la comunidad, el criterio de priorización tomado en cuenta serán las necesidades sentidas que los participantes externen (7).

Criterios de priorización

a. Magnitud: frecuencia y gravedad con que se presenta el problema en el medio en que se realiza el trabajo

diario. Medida a través de tasas, proporciones y razones.
b. Trascendencia: medida a través de los Años de Vida Potencialmente Perdidos.
c. Vulnerabilidad: al obtener la Razón Estandarizada de Mortalidad, es posible hacer comparaciones de mortalidad con otras regiones.
d. Valor político: a través de enunciados políticos.
e. Compromiso internacional: suscripción de acuerdos internacionales.
f. Necesidades sentidas: opinión de la población o grupos sociales involucrados (9).

Los métodos que existen para realizar un diagnóstico de salud son diversos, sin embargo para esta investigación se utilizaron herramientas metodológicas provenientes tanto de la investigación cuantitativa como cualitativa, lo que permitió contrastar necesidades objetivas y medibles por indicadores y estudios epidemiológicos, con las necesidades sentidas de la población.

Investigación acción participativa

La investigación participativa es una propuesta metodológica emergente de la crisis de las ciencias sociales que se desarrolla durante la década de los sesenta en América Latina y Europa. Serge Moscovici (1972) se manifiesta a favor de una psicología social europea que se aleja del conductismo, reduccionismo, y el mecanicismo positivista, acercándose al estudio de factores y procesos ideológicos comprometidos con la realidad social y los problemas más relevantes y aprovechando la crítica y el conflicto como estímulo para el progreso y transformación del conocimiento (10).

Edgar Morin en 1981, pone de manifiesto que jamás hay que buscar al objeto excluyendo al sujeto, que no es fuera de la praxis, sino en una meta praxis, donde hay que buscar el conocimiento (10).

Los conceptos básicos de la investigación participativa y sus principios fundamentales provienen de paradigmas, teorías, disciplinas y experiencias prácticas diferentes. Se destacan paradigmas precursores: el materialismo dialéctico-histórico, con modelos de organización-movilización, conflicto y transformación de estructuras-relaciones sociales. También se menciona la influencia del estructural funcionalismo, con modelos de armonía, integración y modernización, así como de otros paradigmas: fenomenología, etnometodología e interaccionismo simbólico (10).

En las ciencias sociales han prevalecido dos perspectivas teóricas principales, la primera, el positivismo, busca los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos. Durkheim afirma que el investigador social debe considerar los fenómenos como influyentes externos sobre las personas (11).

La segunda macro perspectiva teórica según Deutscher es descrita como fenomenológica, así que el fenomenólogo pretende entender los procesos sociales desde la propia perspectiva del actor, examinando el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que le importa al investigador, es la que las personas perciben como importante, examinando el modo en que se experimenta el mundo (11).

Siendo que las dos teorías abordan diferentes perspectivas, las metodologías de la investigación que requieren cada una son diferentes entre sí. Para el caso del fenomenólogo necesita buscar las perspectivas de los actores sociales a través de métodos de investigación cualitativa, como la observación participante, y las entrevistas, entre otros, que generen información que permite aclarar los motivos de porque los individuos actúan de cierta manera (11).

La participación, como valor, debe estar presente en el diseño de toda actividad, ya que busca descubrir la movilización social y simultáneamente la comunicación e interacción con los actores sociales para lograr que se sensibilicen y creen conciencia individual y social de la importancia que tienen sus conocimientos y su disposición en los fenómenos sociales.

Para conocer los principales problemas de salud de los habitantes de la comunidad, se utilizaron métodos de investigación cualitativos, que permitieron conocer la situación actual de salud, sus determinantes, y las propuestas de abordaje a estos problemas de forma sistemática, analizando la situación inicial; comprendiendo los escenarios, los límites y las relaciones políticas, ideológicas y económicas de la población.

Las técnicas participativas permiten identificar y explicar los problemas que afectan a la población desde una realidad social que se quiere intervenir en un momento determinado, con la participación de los ciudadanos y las comunidades organizadas en la identificación, caracterización y jerarquización de los problemas de salud, económicos, sociales y técnico-productivos,

que afectan sus hogares, sus parcelas, explotaciones o empresas, y sus comunidades como un todo. Además, permite pensar en líneas de acción que van abriendo un camino para revertir las realidades negativas y fortalecer las realidades positivas, que pensadas en conjunto conllevan a delinear una idea proyecto que permita transformar las situaciones de la comunidad o institución desde varios aspectos de forma simultánea (6).

A continuación se describen los métodos cualitativos de recolección de información que fueron más viables para el equipo de trabajo, determinados por el tipo de información que se necesitó recabar y de los tipos de informantes, con el fin de que la información fuera representativa y objetiva; fue así que se decidió aplicar entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

1. Grupo focal

El grupo focal fue diseñado originalmente para la industria privada como un medio para promover un entendimiento de los factores psicológicos y conductuales en los consumidores y para identificar formas y medios de influenciar en su conducta (12). Esta técnica fue retomada en las ciencias sociales para infinidad de conceptos y significados.

Un grupo focal puede definirse como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés. La intención de los grupos focales es promover la auto apertura entre los participantes. Para algunos individuos, la auto-exposición resulta fácil, natural y cómodo, para otros les resulta difícil e incómoda, porque la auto exposición requiere confianza, esfuerzo, y coraje.

Los grupos focales se caracterizan por estar constituidos por personas que poseen ciertas características en común para proveer datos o información de naturaleza cualitativa mediante su participación en una discusión enfocada. Éstos deben ser lo suficientemente pequeños como para permitir la oportunidad a cada participante de compartir su discernimiento de las cosas, y a la vez lo suficientemente grandes como para proveer diversidad de percepciones (12).

Los procedimientos cualitativos como los grupos focales o las entrevistas individuales, capacitan al investigador para alinearse con el participante y descubrir cómo la persona ve la realidad. Al igual que otros procedimientos de las ciencias sociales, la validez de los grupos focales depende de los procedimientos usados y del contexto donde son usados. Entre las ventajas de los grupos focales están las siguientes:

- Los grupos focales son socialmente orientados y sitúan a los participantes en situaciones reales y naturales versus las condiciones rígidamente estructuradas de las situaciones experimentales.

- El formato de las discusiones en los grupos focales le ofrece al facilitador o moderador la flexibilidad necesaria para explorar asuntos que no hayan sido anticipados.

- Los grupos focales poseen validez aparente, la técnica es fácil de entender y los resultados son creíbles para los usuarios de la información.

- El costo de las discusiones de grupo focal es relativamente bajo.

- Los grupos focales son ágiles en la producción de sus resultados.

- Los grupos focales permiten al investigador aumentar la muestra de estudio sin aumentar dramáticamente el tiempo de investigación.

2. Entrevista semi-estructurada

La entrevista es otra técnica cualitativa que permite al investigador recabar información. En 1985 Nouman la definió como un encuentro de carácter privado, cordial, donde el investigador se dirige a una persona para indagar sobre un problema específico.

En la entrevista semi-estructurada, el entrevistador dispone de un "guión", que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación (11).

Medidas Epidemiológicas

La presente investigación también se vale de información obtenida a través de datos de registros cuantitativos del centro de salud de la comunidad. En el siguiente apartado se encuentra información teórica relacionada con las medidas de frecuencia usadas para dar cuenta de la magnitud de los problemas de salud de la comunidad, y que más adelante se mostrarán a través de gráficas.

Las medidas epidemiológicas que se pudieron obtener por las características de la información fueron tasas de morbilidad específicas, éstas expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. Se pueden definir como la magnitud del cambio de una variable (para esta investigación, la enfermedad) por unidad de cambio de otra (usualmente el tiempo) en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo de experimentar el suceso. Así que, la tasa de morbilidad específica es una medida en epidemiología y se refiere al número de personas que se enferman de una patología específica dentro de una población susceptible durante un periodo de tiempo especificado (13).

La morbilidad consiste en el número de casos de una enfermedad o problema de salud, que se registra en una población y período de tiempo determinado; sus indicadores serán la prevalencia o de incidencia. La prevalencia se refiere al número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico.

La prevalencia representa la probabilidad de que un individuo sea un caso de dicha enfermedad en un momento específico. La incidencia, por su parte, expresa el volumen de casos nuevos que aparecen en un periodo determinado, así como la velocidad con la que lo hacen; es decir, expresa la probabilidad y la velocidad con la que los individuos de una población determinada desarrollarán una enfermedad durante cierto periodo (14).

Triangulación de la información de operaciones divergentes.

El empleo complementario de métodos cuantitativos y cualitativos, contribuye a corregir los inevitables sesgos presentes en cualquier método. Cabe emplear conjuntamente varios métodos para triangular la "verdad" subyacente. Con frecuencia los métodos cualitativos y cuantitativos convergen bien juntos porque son relativamente distintos; al ponerlos juntos pueden fortalecerse estos dos diferentes depósitos de conocimientos y experiencias.

Al reunir y analizar la información obtenida a través de la metodología cuantitativa, sobre las principales enfermedades que afectan a los habitantes de la comunidad de acuerdo a su magnitud, (la cual se obtuvo de los datos que se registran semanalmente desde hace cinco años a la fecha) y los datos que recabamos por medio de la información cualitativa a través de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas, donde ellos mismos numeran las cinco principales enfermedades que padecen los habitantes de la comunidad. Así se hará una comparación de la información obtenida por ambos métodos para resaltar aquélla que debe tomarse en cuenta en los resultados del diagnóstico de salud y permitirá gestionar futuras intervenciones de acuerdo a las principales necesidades de la comunidad, con el fin de mejorar el estado de salud de la misma (15).

Fuentes de información

Las fuentes de información primarias son aquellas donde los investigadores reciben la información directamente de la persona u objeto de estudio, por ejemplo, las encuestas, entrevistas, cuestionarios, guías de observación directas, grupos focales, etc. Para el presente diagnóstico de salud se tomarán en cuenta como fuentes de información primarias las entrevistas semiestructuradas y las guías para grupos focales, para recabar aquella información referente a la metodología cualitativa.

Las fuentes de información secundarias, son las que contienen información que fue recabada por un investigador o un grupo de investigadores directamente y que será consultada por una tercera persona: anuarios, registros civiles, censos de población, encuestas nacionales, informes, etc. Para el caso de esta investigación se utilizarán los Censos de Población y Vivienda INEGI del año 2005; algunos estudios de salud realizados previamente en la comunidad, así como los registros de las enfermedades más frecuentes, realizados por el centro de salud.

Las fuentes terciarias que se consultaron para este ejercicio son: libros, artículos científicos e información en páginas web, con el objetivo de definir conceptos teóricos referentes al marco teórico del trabajo, las cuales el autor de la fuente no estuvo en contacto directo con la información, sino que la recabó de otras fuentes de

información secundarias y la compiló (16).

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Identificar los problemas de salud más frecuentes que afectan a la comunidad de "El Conejo", municipio de Perote, Ver. así como la percepción de los habitantes sobre su estado de salud y sus determinantes, para la conformación de una propuesta de abordaje.

Objetivos Específicos

- Describir la distribución de los habitantes en la comunidad a través de datos estadísticos recabados en diversas fuentes
- Identificar los problemas de salud más frecuentes en la comunidad a través de la revisión de fuentes secundarias de información
- Identificar cuál es la percepción de la población respecto a la situación de salud de su comunidad
- Conformar una propuesta de abordaje a partir de la priorización de los problemas de salud identificados por la comunidad y en la información recabada.

METODOLOGÍA

Para realizar una descripción general de las condiciones demográficas de la comunidad de El Conejo, se obtuvo información a partir de la consulta de fuentes secundarias de información, como reportes del Centro de Salud local (SSA), instituciones del municipio de Perote (DIF de Perote) y documentos disponibles en el sitio web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Con base en esta información se construyeron gráficos de distribución de la población por edad y sexo, así como una pirámide poblacional. También se utilizó información de instituciones como la Secretaría de Salud (SSA), la Universidad Veracruzana (UV) y la proporcionada por el médico responsable del Centro de Salud comunitario para describir la estructura y recursos generales con los que cuenta el centro de salud.

Para el apartado de morbilidad y mediciones epidemiológicas, se revisó información sobre la frecuencia de enfermedades presentadas en la comunidad de los últimos 5 años (2006-2010) procedente del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y reportada por el centro de salud de la comunidad. De acuerdo con esta información, se calcularon las tasas de morbilidad general y específica por año y patología, a fin de identificar las enfermedades de mayor frecuencia y magnitud.

Finalmente, para obtener información acerca de la percepción que tienen los habitantes de la comunidad sobre su estado de salud, se realizaron 4 grupos focales representativos de la comunidad, compuestos por 8 integrantes cada uno. También se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas a informantes clave que forman parte de la comunidad (Ver cuadro 1).

Los grupos focales tuvieron una duración de 90 a 120 minutos y estuvieron dirigidos por 3 integrantes del equipo de trabajo, los cuales ocuparon el rol de facilitador principal, auxiliar y observador respetivamente. El discurso de los participantes fue grabado previa autorización de los mismos, a través de un consentimiento informado.

Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 90 minutos y fueron moderadas a través de 1 entrevistador y 1 auxiliar del equipo. El discurso de los informantes fue grabado previa autorización de los mismos, a través de un consentimiento informado.

Los temas básicos sobre los que se indagó con ambas técnicas fueron los siguientes:

- Principales problemas de salud de la comunidad
- Determinantes de los problemas de salud
- Percepción sobre los servicios de salud
- Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad
- Priorización de los problemas de salud
- Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

Para el análisis de la información se transcribieron los audios de las entrevistas y grupos focales y se codificaron en diversas categorías con ayuda de software especializado. La información fue analizada y descrita de acuerdo a cada uno de los principales temas abordados.

Cuadro 1. Informantes para la construcción del diagnóstico participativo (Variables discursivas).

Técnica de investigación cualitativa	Participantes
Grupo Focal	Mujeres con hijos
Grupo Focal	Hombres adultos
Grupo Focal	Jóvenes estudiantes nivel medio
Grupo Focal	Adultos mayores (mujeres con diabetes)
Entrevista	Agente municipal (hombre)
Entrevista	Comerciante (dueño de una tienda)
Entrevista	Líder comunitario (mujer)
Entrevista	Médico centro de salud
Entrevista	Profesora de escuela (jardín de niños)
Entrevista	Partera y médico tradicional

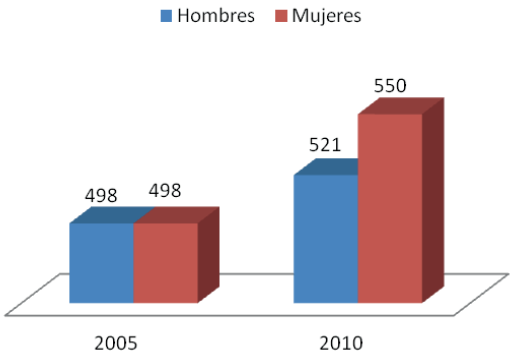
RESULTADOS

Primera sección: Información demográfica y recursos para la salud en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz.

Demografía

De acuerdo con la información arrojada por el INEGI en el Conteo de Población y Vivienda del año 2005 (17), la comunidad de El conejo contaba con 996 habitantes, de los cuales 498 eran hombres y 498 mujeres. Según el último diagnóstico de salud realizado por personal del Centro de Salud comunitario (18), para el año 2010, la población aumentó a 1071 habitantes, conformada por 521 hombres y 550 mujeres, con un predominio de población femenina en dicho año. Durante este periodo (2005-2010) la población tuvo un incremento del 7.5% (Gráfico 1).

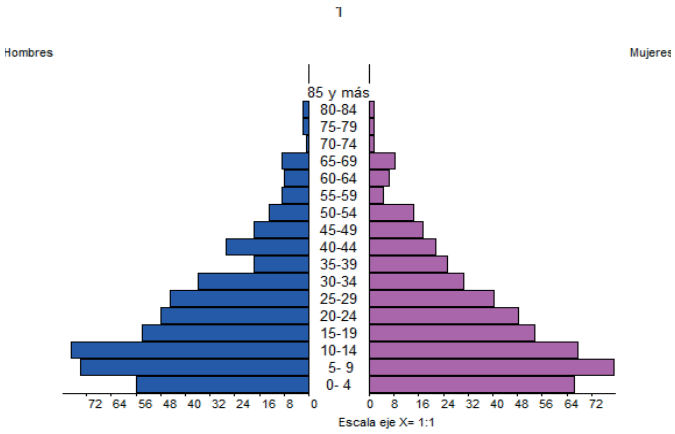
Gráfico 1. Distribución de la población de El Conejo por sexo en el periodo 2005-2010.



De acuerdo con el gráfico 1, la mayor proporción de habitantes está concentrada en la población infantil (5 a 14 años) y la menor proporción se encuentra en el grupo de mayores de 70 años, lo que indica una posible esperanza de vida no mayor a esta edad.

A partir de esta información, se representa su distribución en la siguiente pirámide poblacional (Gráfico 2):

Gráfico 2. Pirámide Poblacional de la comunidad de El Conejo, mpio. Perote en el año 2005.



La pirámide de población de la comunidad, tiene una representación típica, similar a la nacional. En ella se muestra una base amplia, con un importante peso porcentual de la población dependiente (14 años y menos), aunque se nota uno de los primeros efectos de la transición demográfica en donde el peso de la población de 5 a 9 años de edad es mayor que el de 0 a 4 años, mostrando una disminución paulatina de los nacimientos. Se espera que la pirámide poblacional actual (2011) tenga un comportamiento poco variable con respecto a la presentada en este año, ya que actualmente no se cuenta con información disponible para su actualización.

Descripción del Centro de Salud de El Conejo

La comunidad de El Conejo cuenta con un centro de salud para la atención médica de primer nivel, atendido por un médico pasante en servicio social. Este centro de salud presta atención exclusiva a la localidad con un horario de 8:00 a 18:00 hrs de lunes a viernes y los días sábados de 8:00 a 14:00 hrs.

En caso de no poder ser atendidos por esta instancia, debido a la necesidad de un especialista o atención de otro tipo, los habitantes de la comunidad son referidos a las siguientes unidades médicas:

- Hospital General de Perote (segundo nivel)
- Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio
- Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Meza

Cabe mencionar que también en la localidad existen brigadas de servicio social por parte de la Universidad Veracruzana, las cuales brindan atención diversa en materia de salud, como salud bucal, atención nutricional, psicológica, enfermería y análisis clínicos.

El centro de salud cuenta con 5 diferentes áreas, las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

1. Sala de espera: Cuenta con 3 bancas horizontales para 3 pacientes cada una, un sanitario para pacientes, una mesa para la toma de signos vitales y un cubículo de hidratación oral.
2. Consultorio médico: Cuenta con área de consulta y de interrogatorio, área de exploración, instrumentos para exploración como estuche de diagnóstico y de radiodiagnóstico.
3. Sala de archivo y de farmacia (para los programas de SESVER y Seguro Popular): Cuenta con 3 estantes para medicamentos y 2 archiveros para expedientes clínicos.
4. Área del almacén: En esta área se encuentra el centro de esterilizado y el consultorio de la enfermera.
5. Residencia médica

Unidades de salud por nivel de atención

El centro de salud es una unidad rural de un solo núcleo por parte de la Secretaría de Salud que atiende al total de la población y en ocasiones, debido a la cercanía con la comunidad, se atienden a pacientes de otra comunidad cercana llamada Los Pescados. La unidad cuenta con un médico pasante con apoyo de una enfermera que acude de manera eventual.

Servicios por tipo de programa

Los programas que se llevan a cabo en el centro de salud son los siguientes: Atención a menores de 1 año, adultos y adultos mayores; planificación familiar, atención del embarazo y puerperio, arranque parejo en la vida, línea y ruta de vida, detección de crónico degenerativos, detección de cáncer cérvico-uterino y de mama, seguimiento de infecciones de transmisión sexual.

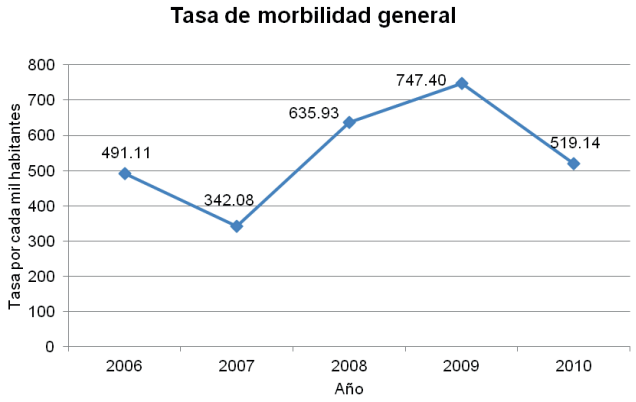
Pacientes registrados en los principales programas del Centro de Salud El Conejo

Padecimiento	Pacientes en control
Diabetes mellitus	10
Hipertensión arterial sistémica	5
Diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica	15
Atención del embarazo	Aprox. 17 mensuales

Segunda sección: Tasas de morbilidad generales y específicas de 2006 a 2010 en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote, Veracruz.

A continuación se presentan los resultados más relevantes relacionados con la morbilidad de la población durante el periodo 2006 a 2010.

Gráfico 3. Tasa de Morbilidad General Comunidad el Conejo, municipio de Perote, Veracruz (2006 – 2010)



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

Con base en la gráfica de morbilidad general correspondiente a los años 2006 – 2010, se observó un incremento importante en el año 2009 con (747.40 casos por cada 1000 habitantes). En dicho periodo las infecciones respiratorias agudas aumentaron significativamente su incidencia según el reporte del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica SUIVE, lo anterior podría estar asociado con la epidemia influenza AH1N1.

Tasas de Morbilidad Específica de la comunidad el Conejo, municipio de Perote, Veracruz (2006 – 2010).

Diagnóstico	**Acumulado**	*TME
Infecciones respiratorias agudas	266	262.85
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	78	77.08
Otitis media aguda	25	24.70
Candidiasis urogenital	22	21.74
Gingivitis y enfermedad periodontal	21	20.75
Infección de vías urinarias	20	19.76
Amebiasis intestinal	15	14.82
Intoxicación por ponzoña de animales	9	8.89
Úlceras, gastritis y duodenitis	8	7.91
Desnutrición leve	7	6.92
Fuente: SUIVE 2006		
* Tasa por cada mil habitantes		
Población a mitad de año 1012 habitantes		

Tasa de Morbilidad Especifica del año 2007

Diagnóstico	**Acumulado**	***TME**
Infecciones respiratorias agudas	259	271.77
Infección de vías urinarias	21	22.04
Otitis media aguda	19	19.94
Úlceras, gastritis y duodenitis	9	9.44
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	8	8.39
Fiebre tifoidea	2	2.10
Mordeduras por perro	2	2.10
Gingivitis y enfermedad periodontal	2	2.10
Hipertensión arterial	2	2.10
Desnutrición leve	1	1.05
Fuente: SUIV E 2007		
* Tasa por cada mil habitantes		
Población a mitad de año 953 habitantes		

Tasa de Morbilidad Específica del año 2008

Diagnóstico	**Acumulado**	***TME**
Infecciones respiratorias agudas	442	424.59
Infección de vías urinarias	85	81.65
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	35	33.62
Úlceras, gastritis y duodenitis	24	23.05
Candidiasis urogenital	21	20.17
Conjuntivitis	13	12.49
Otitis media aguda	12	11.53
Tricomoniasis urogenital	8	7.68
Gingivitis y enfermedad periodontal	5	4.80
Displasia cervical leve y moderada	4	3.84
Fuente: SUIVE 2008		
* Tasa por cada mil habitantes		
Población a mitad de año 1041 habitantes		

Tasa de Morbilidad Especifica del año 2009

Diagnóstico	**Acumulado**	***TME**
Infecciones respiratorias agudas	621	587.51
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	59	55.82
Infección de vías urinarias	38	35.95
Gingivitis y enfermedad periodontal	24	22.71
Úlceras, gastritis y duodenitis	15	14.19
Conjuntivitis	7	6.62
Otitis media aguda	7	6.62
Varicela	6	5.68
Enfermedad febril exantemática	3	2.84
Paratifoidea y otras salmonelosis	2	1.89
Fuente: SUIVE 2009		
* Tasa por cada mil habitantes		
Población a mitad de año 1057 habitantes		

Tasa de Morbilidad Específica del año 2010

Diagnóstico	**Acumulado**	***TME**
Infecciones respiratorias agudas	443	413.63
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	46	42.95
Otitis media aguda	13	12.14
Infección de vías urinarias	11	10.27
Gingivitis y enfermedad periodontal	11	10.27
Hepatitis aguda tipo A	9	8.40
Amebiasis intestinal	5	4.67
Úlceras, gastritis y duodenitis	4	3.73
Conjuntivitis	3	2.80
Obesidad	2	1.87
Fuente: SUIVE 2010		
* Tasa por cada mil habitantes		
Población a mitad de año 1071 habitantes		

Con base a la información proporcionada por el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) durante los años 2006-2010, se observó en las tasas de morbilidad específica una constante aparición de infecciones respiratorias agudas (IRAS), infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, gingivitis y enfermedad periodontal, ulceras, gastritis y duodenitis, conjuntivitis y otitis media.

En este sentido la enfermedad de mayor incidencia en los años analizados, corresponde a las infecciones respiratorias agudas, lo cual se puede atribuir principalmente a las condiciones climáticas de la comunidad.

Por otro lado, se observó que las infecciones intestinales fueron motivo frecuente de consulta, lo que puede estar relacionado con la falta de drenaje en algunas

viviendas, el manejo inadecuado de excretas, la falta de mecanismos de cloración del agua o malos hábitos de higiene. Asimismo, estos factores fueron asociados con el brote de Hepatitis A en el año 2010, aunque éste no fue reportado por el SUIVE.

Por otra parte, los casos de desnutrición leve registrados en los años 2006,2007, y 2009, no tuvieron una alta incidencia, aun cuando la comunidad se caracteriza por ser una zona de bajos ingresos económicos, con altos niveles de marginación y exclusión social.

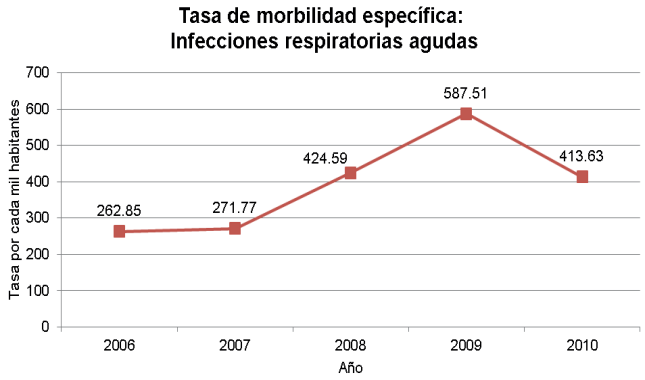
Es importante mencionar que las enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión y obesidad no están contempladas dentro de las primeras diez enfermedades que afecten con mayor frecuencia a la comunidad, ya que difícilmente se reporta su incidencia, debido que son padecimientos de evolución a largo plazo, por lo que es más común calcular su prevalencia.

Por último, es importante aclarar que lo señalado en las tasas de morbilidad especifica, corresponde únicamente a los casos atendidos por el centro de salud de la comunidad, dejando a un lado a aquellas enfermedades que no fueron diagnosticadas y tratadas por el mismo. Por tanto, dicha información no refleja el estado general de salud de la población.

Tasas de morbilidad específicas por enfermedad

A continuación se presentan gráficas que describen el comportamiento epidemiológico de enfermedades cuya incidencia se repite todos los años analizados.

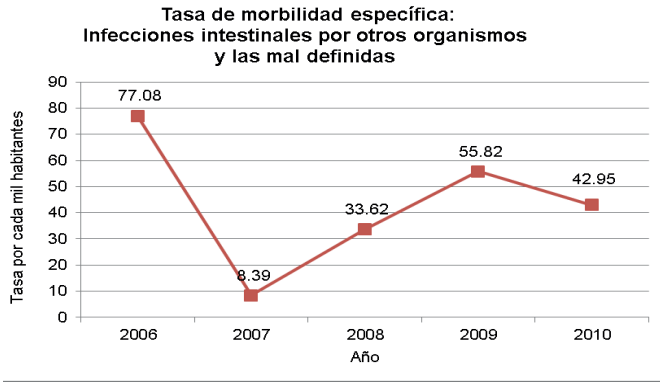
Gráfico 4. Tasas de morbilidad específica (2006 – 2008): Infecciones respiratorias agudas



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

De acuerdo con el gráfico cuatro, se observa que durante los años analizados se presentó un incremento paulatino de las infecciones respiratorias agudas alcanzando en el año 2009 la tasa más alta de 587.51 casos por cada mil habitantes.

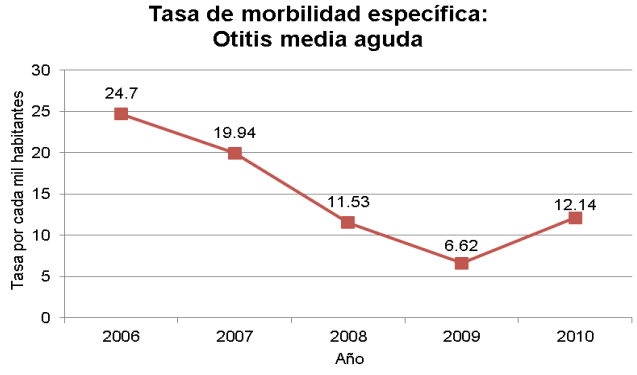
Gráfico 5. Tasa de morbilidad específica (2006 – 2010): Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

De acuerdo con el gráfico 5, se observa que en el año 2006 la tasa de infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas fue la más alta de los años analizados, modificándose en el 2007 disminuyendo drásticamente a 8.39 casos por cada mil habitantes, sin embargo se observa que después de este año la tasa fue en aumento.

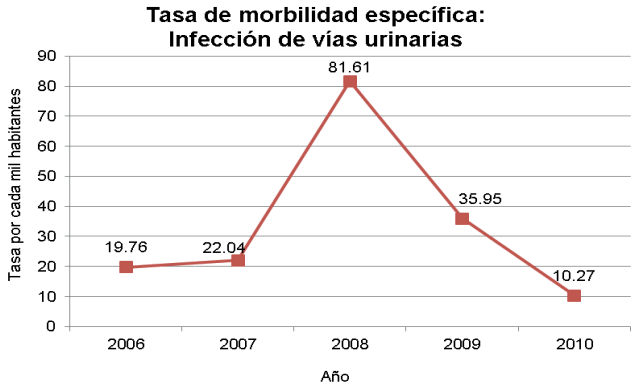
Gráfico 6. Tasas de morbilidad específica (2006-2010): Otitis media agua



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

En el gráfico 6 se observa que en el año 2006 la otitis media alcanzó su tasa más alta presentando 24.7 casos por cada mil habitantes, en los años subsecuentes hubo un descenso considerable de la tasa hasta llegar en el 2009 a su punto más bajo ubicándose en 6.62 casos por cada mil habitantes.

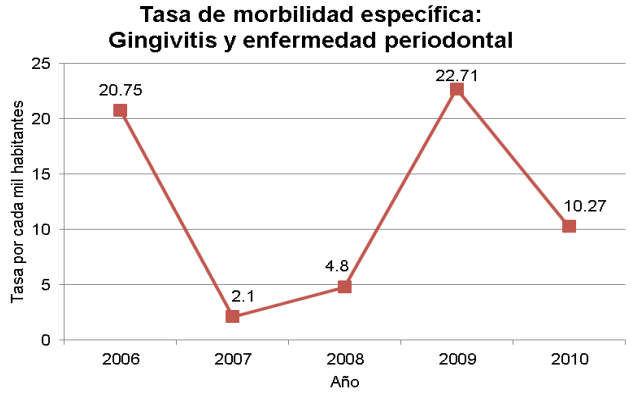
Gráfico 7. Tasa de morbilidad específica (2006 – 2010): Infección en vías urinarias



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

En el gráfico 7 se observa que en el año 2008 las infecciones en vías urinarias presentaron una tasa muy elevada en comparación con los años analizados, alcanzando 81.61 casos por cada mil habitantes, en los años subsecuentes hubo un descenso considerable de la tasa hasta llegar en el 2010 a su punto más bajo ubicándose en 10.27 casos por cada mil habitantes.

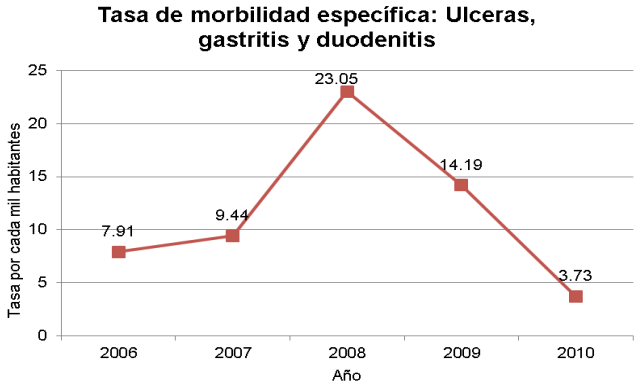
Gráfico 8. Tasa de morbilidad específica (2006 – 2010): Gingivitis y enfermedad periodontal



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

En gráfico 8 se observa que en los años 2006 y 2009 la gingivitis y enfermedad periodontal presentó una elevada tasa de morbilidad, vale la pena mencionar que en la comunidad no cuentan atención bucal de manera permanente, únicamente son atendidos por pasantes de servicio social de la casa UV. Lo anterior se contrapone a lo establecido por el Modelo Integrado de Atención a la Salud MIDAS, el cual indica en su apartado Salud Bucal, que las comunidades alejadas tendrán acceso a una unidad móvil por cada tres centros de salud para la detección y tratamiento mínimo como: profilaxis, aplicación de flúor, extracción de piezas sencillas, cepillado, tejidos bucales, amalgamas y curaciones.

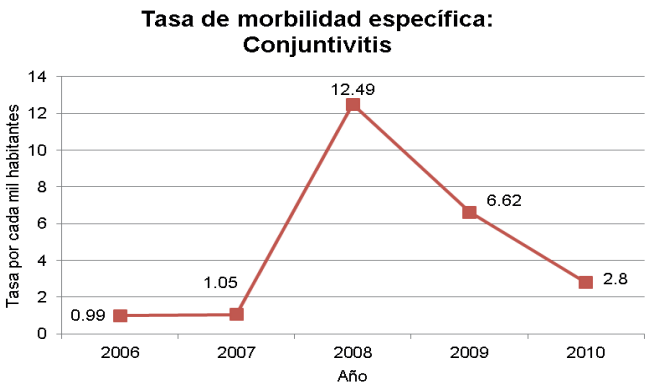
Gráfico 9. Tasa de morbilidad específica (2006-2010): Úlceras, gastritis y duodenitis



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

En el gráfico 9 se observa que en el año 2008 las úlceras, gastritis y duodenitis alcanzaron su tasa más alta presentando 23.05 casos por cada mil habitantes, en los años subsecuentes hubo un descenso considerable de la tasa hasta llegar en el 2010 a su punto más bajo ubicándose en 3.73 casos por cada mil habitantes.

Gráfico 10. Tasa de morbilidad específica (2006-2010): Conjutivitis



Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el SUIVE

En el gráfico 10 se observa que en el año 2008 la conjuntivitis alcanzó su tasa más alta presentando 24.7 casos por cada mil habitantes, en los años subsecuentes la tasa disminuyó quedando en el año 2010 en 2.8 casos por cada mil habitantes.

Tercera sección: Percepción sobre el estado de salud de la comunidad de El Conejo, mpio. Perote, Ver.

En esta sección se presenta de manera descriptiva la información emitida por los informantes y participantes de los grupos focales acerca de las temáticas mencionadas. Cabe destacar que en ningún momento se realizaron interpretaciones sobre lo mencionado, por lo que la información plasmada corresponde a los conocimientos, creencias, actitudes y percepciones particulares de los habitantes. La descripción se acompaña de algunas citas textuales representativas que ayudan a comprender mejor los contenidos.

TEMA 1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

1.1 Principales problemas de salud en los habitantes de la comunidad

De acuerdo a lo relatado por los participantes de las entrevistas y los grupos focales, las principales enfermedades que afectan de manera general a los habitantes de la comunidad son las enfermedades respiratorias, las cuales son causadas por el frío extremo y los cambios bruscos de temperatura; las infecciones gastrointestinales, las cuales atribuyen a una mala digestión de los alimentos ya que no los cuecen correctamente o no los desinfectan previamente, además aseguran que el agua que consumen está contaminada por heces de los animales que pastorean cerca del manantial. Otra enfermedad gastrointestinal reportada fue la gastritis, también indicaron que se han presentado casos de brucelosis a causa del contacto con el ganado y productos lácteos contaminados, debido a que consideran que mucha gente no vacuna a su ganado y esto provoca que se disemine la enfermedad.

Dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes en la comunidad, mencionaron la diabetes mellitus tipo 2, la cual ha afectado principalmente a la población de mayores de 60 años, y también han aparecido casos nuevos de personas que se encuentran entre 20 y 59 años de edad. De acuerdo a los informantes, estas enfermedades pueden ser causadas por herencia, sustos, inactividad física y el abuso en el consumo de refresco. También se mencionaron casos de diabetes mellitus tipo 1, hipercolesterolemia, hipertensión y afecciones renales que se presentan con frecuencia en diferentes grupos etarios.

En general los participantes afirman que quienes se enferman con mayor frecuencia son los niños menores de 5 años, las mujeres amas de casa y las personas mayores de 60 años.

Principales problemas de salud en menores de 2 años

Los informantes de la comunidad mencionaron que una de las enfermedades que afecta con mayor frecuencia a los niños menores de 2 años, es la ictericia. Sobre esta enfermedad reportan que hay dos tipos: la amarilla y la morada. Comentaron que la ictericia morada es la más grave ya que provoca que los niños dejen de respirar y mueran, la causa de esta enfermedad la asocian con el frío extremo. También mencionaron que "el empacho" es común en los infantes y consideran que éste es provocado por alimentarlos con biberón y no darles pecho. Los cólicos es otra enfermedad que padecen y la causa también la asocian con el frío extremo. Además de estas enfermedades, se mencionó que es común que los bebés presenten diarreas debido a que consumen fórmulas lácteas o leche en polvo.

P:… los niños cuando nacen yo los curo, no les pega la ictericia porque a veces traen de la amarilla, traen de la morada, que se les ponen sus uñitas moradas, y aquí el bigote y hay veces que son tan amarillitos todos… esa es la más traicionera porque esos no lloran los niños nomás se quedan dormiditos no dan guerra pero duermen

Entrevista Partera

Principales problemas de salud en niños y adolescentes (2-15 años)

Dentro de las enfermedades que atacan a los niños de estas edades, están la tos, catarros y afecciones de los bronquios, provocadas principalmente por el frío extremo de la zona. También resaltaron entre las causas de las enfermedades la inadecuada nutrición, la pobre higiene personal y las condiciones de vivienda insalubres. Consideran que estas enfermedades son de las que muchos niños pueden recuperarse pero otros fallecen. También se mencionó el padecimiento de enfermedades gastrointestinales debido a que tienen un sistema inmunológico debilitado por una inadecuada nutrición, pobre higiene alimenticia y personal.

Los participantes nos relataron que la hepatitis "A" fue una enfermedad que atacó hace algún tiempo a los niños de entre 6 y 9 años de edad. Ellos consideran que las causas de esta enfermedad fueron la contaminación de los alimentos y agua, pobre higiene personal y en el hogar, y la contaminación del ambiente por heces fecales de los animales.

Algunas otras enfermedades mencionadas, que han afectado a los niños de estas edades fueron la viruela, la varicela y problemas bucales como caries.

Dentro de los problemas de salud que se reportaron en adolescentes, se mencionan las infecciones respiratorias y los embarazos a edad muy tempranas (entre 14 y 15 años).

Principales problemas de salud en mujeres

Dentro de las enfermedades más comunes en las mujeres, reportadas por los participantes, está la diabetes, la hipertensión y el cáncer, como el de mama y el cervicouterino. Éste último lo consideran como una enfermedad nueva relacionada con el cambio climático y con la contaminación de los alimentos con fertilizantes y otras sustancias químicas. También, mencionaron que las mujeres han muerto por estas enfermedades debido a que no se hacen el papanicolao a tiempo, y que cuando se lo hacen, a muchas no les llega su resultado y la enfermedad es detectada demasiado tarde o presentan displasias graves.

P: Pos acá antes no se oía que pegaba el cáncer, y ahora ya oigo por ahí que ya hay mujeres que ya tienen… que se sacan su matriz y tan aquí varias que ya se han operado de eso y antes nada de eso se oía.

Entrevista Partera

H: Todavía hay matrimonios o pareja que no se entienden, no se hacen el tipo del papanicolau que les corresponde a sus esposas y llega el momento en que hay displasias, ahorita le digo yo que me doy cuenta porque estoy dentro de ahí.

G.F. Hombres

Otros malestares que presentan con frecuencia las mujeres son los dolores de cabeza, a causa de la insolación y el estrés; dolores de estómago e infecciones respiratorias.

Respecto a los problemas bucales mencionaron la pérdida de la dentadura completa en mujeres desde los 29 años de edad. También indicaron que han tenido problemas ocasionados por la utilización de ciertos anticonceptivos que les han proporcionado en el centro de salud, como fuertes sangrados en sus periodos.

T: Por ejemplo a algunas de ellas les han dado los métodos y han tenido fuerte sangrado en sus periodos desde que ellas se ponen esos métodos que les dan acá en el centro de salud y luego rápido se quitan ese método y van aquí al doctor y si no las puede ver tienen que viajar acá abajo a Perote o a Xalapa. Porque aquí no las pueden atender.

Entrevista Tendero

Mencionaron que las infecciones genitales son un problema importante de salud en esta población, ya que mantienen prácticas sexuales con sus parejas sin protección, tienen una pobre higiene y en algunos casos hay hombres que tienen más de una pareja aparte de su concubina. Afirman que esta situación es parte de la violencia sexual y psicológica que viven algunas mujeres de la comunidad. Entre las principales infecciones reportadas por el médico del centro de salud están las

infecciones por vaginitis causadas por clamidia, cándida, gardnerella, y trichomonas.

M: Del VIH hasta ahorita no hemos tenido. En cuanto a detectadas las demás infecciones… sobre todo las vaginitis, causadas por clamidia, candida, gardnerella, trichomonas, o el bicho que sea si tiene una alta incidencia en esta comunidad, sobre todo por que la población masculina se va, entonces ellos están 15 días, un mes y se infectan por allá, llegan e infectan a la mujer…

Entrevista Médico

Consideran que las infecciones también son causadas por la falta de higiene personal, ya que en la comunidad sólo se bañan una o dos veces por semana. También refieren que en la comunidad casi no toman agua y en su lugar toman refresco y café, por tal motivo aumentan las infecciones en vías urinarias. Reportan que el agua que usan en el hogar está contaminada desde el manantial y que algunas mujeres son muy sensibles y por esa razón se infectan.

Principales problemas de salud en hombres

Entre los hombres de la comunidad, la enfermedad más común reportada por los participantes fue la diabetes. También afirman que muchos hombres han fallecido a causa de problemas en la próstata, como cáncer y otro tipo de tumoraciones en miembros inferiores. La causa de estos problemas de salud la relacionan con el temor y vergüenza que sienten al acudir con el médico y dejarse explorar, por lo que no logran diagnosticarse a tiempo.

Otra de las enfermedades comunes en los hombres son las infecciones en las vías respiratorias, sin embargo, asocian a estas con la actividad laboral que desempeñan en las "bloqueras", ya que deben salir a trabajar en las madrugadas, cuando el clima es aún más frío; también carecen de horarios fijos para comer, y su trabajo lo desempeñan sin protección alguna, como tapabocas o guantes. Esto hace que respiren el polvo que se desprende de los materiales o les entre en los ojos, lo que les provoca irritaciones oculares y de garganta.

H: Yo te voy a decir otro problema, por lo regular el trabajo de nosotros como dicen, desde la madrugada y eso hace que la frecuencia del trabajo tenga que ser en la madrugada y uno a veces está bajo de defensas y le pega a uno y cae, como la neumonía… Yo estuve allá unos días y si es grave porque así directamente a unas personas nunca se trataron, y yo tuve la oportunidad de tratarlo.

G.F. Hombres

El alcoholismo fue percibido como un problema entre los hombres de la comunidad en años anteriores. Mencionan que este problema ha disminuido a causa de que la población cuenta con más información para no incurrir en esta enfermedad. Por el contrario, consideran al tabaquismo como un problema grave entre los hombres de la comunidad y que cada vez se consume en hombres más jóvenes, ya que consideran que es un símbolo de hombría. El médico menciona que estos malos hábitos se presentan con frecuencia en pacientes diabéticos lo que genera un mal control metabólico y complicaciones agudas de la enfermedad.

H: Ya lo que les acababa de decir es que muchos hombres tenemos miedo, muchas personas no se hacen un chequeo antes de que siéntamos síntomas… entonces cuando ya resulta esto pues ya vienen la enfermedad desde atrás, ya avanzó y ya cuesta muchísimo y pues no…

G.F. Hombres

Principales problemas de salud en adultos mayores

Para los habitantes de la comunidad, las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores son las gripas, tos y bronquitis, causadas principalmente por el frío extremo y un sistema inmunológico debilitado por los malos hábitos de alimentación y la edad. La diabetes e hipertensión arterial son padecimientos bastante comunes entre ellos, incluso esta enfermedad aparece de manera temprana desde los 50 años de edad o menos.

Principales problemas de salud durante embarazo, parto y puerperio

Los participantes reportan que son pocos los problemas presentados en estas etapas. Una de las participantes de los grupos focales externó conocer un caso de muerte materna de una integrante de su familia debido a una bronconeumonía posterior al parto. El médico del centro de salud menciona que en el tiempo de su estancia no se han presentado casos de muerte materna, y mencionó que generalmente se desconoce las condiciones y la causa de estas muertes, ya que en el centro de salud no existe un registro de ello. Por el contrario si ha habido muertes de los productos al primer o segundo mes del estado de gestación.

M:…en el año que yo he estado no ha habido muerte materna, ha habido muerte de los productos, pero al mes o a los 2 meses. Tengo entendido que hace 2 o 3 años sí hubo una muerte materna pero la verdad son ahora sí "radiobemba", quien sabe si sea cierto, si no sea cierto, yo no tengo nada registrado ni en el diagnostico de salud, nada de que haya habido aquí una muerte materna, pero algunas gentes me han comentado que sí.

Entrevista médico

1.2 Medidas de prevención de enfermedades

Los informantes de la comunidad plantearon algunas medidas que toman para prevenir el desarrollo de enfermedades, entre las que destacaron el mantener una buena alimentación y evitar el consumo de algunos alimentos que consideran nocivos para la salud, como chatarra, alcohol y refrescos. También mencionaron que algunas condiciones geográficas y ambientales del lugar en el que viven, evitan que desarrollen algunas enfermedades, como la presión baja e incluso la hipertensión.

Indicaron que al realizarse las mujeres la prueba de papanicolao 1 ó 2 veces por año en el centro de salud, ha ayudado a diagnosticar algunas enfermedades que han podido tratarse a tiempo, por esta razón han disminuido los casos de cáncer cervicouterino en las mujeres de la comunidad.

L.C.: Aquí por el medio en el que vivimos la mujer desde que se embaraza el corazón del bebe se hace más fuerte, más de los que viven allá abajo entonces es una causa de que no haya casi hipertensión.

Entrevista Líder Comunidad

En cuanto a las medidas de autocuidado y prevención de las pacientes diabéticas, externaron que siguen un control dietético como la disminución de la cantidad de pan, carne y frutas que consumían; evitan tomar refresco y comer un poco de todo para así balancear su alimentación. Además reafirman que éstos cuidados son necesarios para el control de su enfermedad, porque el medicamento por sí sólo no puede controlarla. El ejercicio es una medida importante para el control de su enfermedad, principalmente la caminata simultánea al movimiento de brazos, caderas, piernas, tobillos y cabeza. También tienen el conocimiento de usar zapatos cómodos y tener buena higiene.

1.3 Causas de enfermedades

De manera general, los participantes expusieron las razones por las cuales consideran que enferman las personas de la comunidad con cierta frecuencia. Entre las causas, consideraron que los habitantes no llevan una alimentación balanceada y que es poco higiénica. También plantearon que un tratamiento mal prescrito por los médicos y la deficiente calidad en la atención por parte de los servicios de salud provoca que las enfermedades se compliquen.

Para el caso de los jornaleros que trabajan en la cosecha de papa, estar en contacto con los fertilizantes aunado al debilitamiento del sistema inmunológico provoca enfermedades a largo plazo. Comenta que los fertilizantes que ellos utilizan están prohibidos en otros países por el daño que causan a la salud, sin embargo en el país están permitidos corruptamente; a pesar de esto señalan que el uso de fertilizantes es necesario para que las papas se desarrollen rápidamente y sean más vistosas para que se puedan vender. Además las sustancias químicas con las que tratan a todos los alimentos en general, provocan daños a la salud.

La migración de los hombres a las ciudades con el fin de encontrar mejores oportunidades de trabajo, ha provocado que aquellos que salen de la comunidad adquieran ciertas enfermedades, algunas provocadas por la contaminación del aire, o prácticas peligrosas para la salud tales como el consumo de drogas. Éstas después son llevadas a la comunidad y logran ser adquiridas por los habitantes.

H: Bueno, este año como se ve ya están emigrando mucho a las ciudades y ahí es cuando se vienen las malas mañas por decir, los muchachos ya vienen con otras mañas como la droga, por ahí los días anteriores, por ahí vino uno que medio se drogaba, eso desconocemos ¿verdad? Pero pues ya vienen enfermos que vienen a traernos otra enfermedad.

G.F. Hombres

Por otro lado, el médico de la comunidad atribuye las enfermedades al clima, la altitud, la ocupación de las personas y la pobre comunicación con las ciudades. Refiere que la ocupación influye en los hábitos de vida de los hombres de la comunidad, ya que los trabajos son riesgosos y los exponen a las condiciones climáticas que los hacen vulnerables. Menciona que las mujeres y los

niños salen de sus hogares a recoger leña para el uso de sus estufas y así también se exponen a las condiciones climáticas y a la inhalación del humo que se concentra en las casa y al exterior.

Con respecto a las complicaciones para desplazarse a la ciudad, el médico señala que esto se convierte en un problema, ya que una emergencia se puede complicar por el tiempo en que tardan en llegar y ser atendidos en un hospital, principalmente por las moches o los fines de semana que se obstaculiza más el transporte.

Otros factores indicados por los participantes que causan problemas de salud son el grado de educación, el grado de compromiso, la violencia y la falta de cultura en la prevención y diagnóstico oportuno de las enfermedades.

1.4 Uso de remedios caseros y medicina tradicional

Algunos informantes en las entrevistas, como la partera, mencionaron que ellos utilizan con frecuencia remedios caseros y recurren a la medicina tradicional, como la herbolaria. Entre los remedios a los que recurren, está el uso de infusiones de diferentes plantas como la manzanilla, flor de muerto, epazote, zorrillo, cola de burro, ruda, espinosilla, hierba del golpe y tapona, la cual es utilizada para el tratamiento de problemas gastrointestinales. Para el tratamiento de afecciones respiratorias como la tos utilizan infusiones de canela, gordolobo, eucalipto, y buganvilia. Para atender estas y otras enfermedades, también recurren con frecuencia a los baños de vapor en temazcal, en el cual depositan algunas hierbas medicinales como el eucalipto y mentol.

También utilizan fomentos para el tratamiento de otros síntomas como la fiebre, para la cual machacan ajos asados, al igual que los "implastos" de rosas. Para curar la tos utilizan plantas como el "cojollo" de gordolobo y el escobo. Para curar otros padecimientos considerados de importancia como "el susto" utilizan la infusión de hinojo. Otro método practicado por los habitantes de la comunidad para aliviar sus padecimientos es la aplicación de ventosas en distintas partes del cuerpo.

Las personas que tienen diabetes, utilizan con frecuencia remedios caseros, principalmente las infusiones de tejocote y de raíz del mazo, diente de león (también conocida como lechuguilla), marrubio, magarza y hierba de hoja ancha. Consumen licuado de "noni" con pepino antes desayunar cada tercer día ya que consideran que les ayuda a mantener sus niveles de glucosa. Dentro de las hierbas que utilizan para mejorar la cicatrización, tras una herida está "la hierba apestosa".

En las mujeres embarazadas, es común acudir con las parteras o comadronas de la comunidad para recibir cuidados previos, o ayuda en caso de que se les presente alguna dificultad. Cuando el bebé se ha movido de su posición, acuden con las parteras para que se los acomode a través de la técnica de "mantiado" la cual consiste en un masaje a través del uso de mantas para que se adquiera la posición correcta para el parto. También es común el consumo del té de capote rojo para evitar la pérdida del bebé a través de un aborto.

> *P:…vienen y las compongo, le hago un té para que no vayan a tirar a su bebé, les hago así del antojo, ¿qué es antojo? Se les antoja cualquier cosa y ya ahí viene la hemorragia del bebé que quieren abortar, entonces las compongo y les hago su té.*
>
> Entrevista partera

La mayor parte de las mujeres de la comunidad, acuden con la partera para dar a luz, principalmente por economía, tradición y cercanía en caso de una emergencia.

Comentaron que las mujeres después de parir (puerperio) reciben tratamiento a través de baños de temazcal, infusiones y masajes que mejoran la inflamación y la recuperación de las recién paridas. Entre las hierbas utilizadas para los baños se encentra el azumiate, marrubio, maya, y santa maría.

1.5 Medidas de acción ante las enfermedades (con quién y a dónde acuden)

De acuerdo a lo reportado por los participantes, como primera medida de acción, algunos utilizan los remedios caseros o la medicina tradicional para curar sus enfermedades y/o reducir los síntomas, ya que es conocida desde hace años por los habitantes; en otros casos acuden al centro de salud. Cuando el problema se agrava asisten al centro de salud y si se complica acuden al hospital civil en Perote o con un médico particular; si ahí no los pueden tratar por la demanda de pacientes o porque requieren de atención más especializada, asisten al Centro de Especialidades Médicas (CEM) en la ciudad de Xalapa.

El médico comenta que los habitantes de mayor edad

casi no asisten al centro de salud porque están más acostumbrados a atenderse con médicos tradicionales, entonces asisten con él (en el centro de salud) cuando el médico tradicional no los pudo atender o curar.

M: …por la idiosincrasia que tiene la comunidad, aquí tiene mucho peso lo que es la medicina tradicional y el atenderte por medio de éste, pues si de médicos tradicionalistas: partera, huesero, yerbero, culebrero, serían los 4 médicos tradicionalistas, entonces mucha gente de aquí primero acude a ellos, sobre todo los más viejos, vienen aquí al centro de salud cuando ya por ejemplo no los pudieron atender, no los curaron, entonces ya vienen para acá, pero la mayoría de los viejos van así, los que son veintitantos, treinta y tantos ya como que ya están teniendo un poquito más de papel activo en el centro de salud.

Entrevista Médico

Algunas personas prefieren asistir directamente con el médico particular, incluso para atender sus partos, en lugar de acudir al centro de salud o al hospital civil de Perote, ya que perciben que la atención no es oportuna ni de calidad. En otros casos se automedican antes de asistir con el médico al centro de salud, tomando como referencia recetas pasadas prescritas por el médico. Los participantes consideran como emergencias el trabajo de parto, complicaciones de las enfermedades respiratorias y de la diabetes.

En cuanto a la decisión de atender los partos con parteras o en los hospitales, mencionan que las madres más jóvenes prefieren ir con el médico porque se sienten más seguras, las mujeres mayores prefieren asistir con la partera. Recalcan que los partos de los últimos años son diferentes a los de antes, anteriormente la partera sólo con "mantiarlas" y darles un té el parto era un éxito y actualmente en los partos que realiza el médico, necesita equipo especial, estudios especiales, que antes no eran necesarios; comentan que en la actualidad están apareciendo nuevas enfermedades y con más frecuencia que antes.

M:…en esta comunidad se presenta algo tenemos partera, la gente de aquí… muchas embarazadas no quieren que los atienda el médico ni el hospital se van con la partera…

Entrevista Médico

El médico reporta que el centro de salud está equipado para algún parto de emergencia, pero la madre y el hijo corren muchos riesgos, así que a todas las madres que llevan el control prenatal se les entrega su carta de referencia para que puedan parir en el hospital civil de Perote, sin embargo muchas de ellas prefieren tener a sus hijos con partera.

En cuanto a la detección de cáncer de mama y cervicouterino, el médico reporta que pocas veces acuden al centro de salud a realizarse exploraciones, ya que no cuentan con el equipo necesario y él prefiere no realizarlo estando solo debido a las complicaciones legales que le puede generar su intervención. También mencionó que las mujeres no se sienten con la confianza de acudir para tratar problemas relacionados. Respecto a estos problemas se desconoce el lugar donde son atendidas.

M:…la tiene que hacer la enfermera sobre todo por el aspecto legal, si aquí alguna paciente, te lo voy a pintar así, si alguna paciente se llegara a quejar de que yo la revisé, que le introduje algo en su vagina o que le agarre las glándulas mamarias, obviamente el que lleva las de perder soy yo por mi condición de varón, aunque sea médico, las señoras se juntan y le echan canilla al doctor, entonces yo siempre he presentado que no les voy a hacer papanicolaou ni detección de cáncer de mama a menos de que vengan acompañadas o yo tenga enfermera, pero aun con enfermera no vienen, para cáncer de mama no, para papanicolaou sí, pero van con ella en el consultorio que esta allá de aquel lado.

Entrevista Médico

Las personas de la comunidad también acuden con frecuencia a la Casa de la Universidad Veracruzana a recibir algunos servicios. Este año fue el caso de odontología y enfermería, pero en otros años también han tenido la posibilidad de realizarse análisis clínicos y recibir atención de médicos.

1.6 Apego al tratamiento

Respecto a la disposición de los habitantes de la comunidad para seguir indicaciones y tratamientos por parte del médico, éste nos mencionó que no ha sido correcto en muchos de sus pacientes, debido a que algunos que dependen de otro familiar para apegarse a su tratamiento no brindan el cuidado suficiente, no están al pendiente de sus medicamentos, confunden las

instrucciones que el médico les indica, y en ocasiones suspenden el medicamento por creer que no les hará bien. Otros consumen bebidas alcohólicas mientras están en tratamiento o no llevan una alimentación saludable.

Los participantes afirman que el apego a su tratamiento no es el adecuado, porque les es muy difícil cambiar de hábitos, principalmente los malos hábitos dietéticos. Indican que a pesar de que existe mucha información para prevenir enfermedades, los habitantes no las obedecen y están conscientes de que esto causa que se enfermen o no se recuperen.

TEMA 2. PERCEPCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 Instituciones donde se atienden

De acuerdo a lo mencionado por los diferentes informantes, las personas de la comunidad se atienden en distintos lugares, de acuerdo a la problemática de salud presentada y a su situación económica.

Para atender problemas de salud generales como gripes, control de enfermedades crónicas y revisiones generales, acuden al Centro de Salud comunitario; sin embargo mencionan que ahí la atención es limitada y no siempre se cuenta con los medicamentos o recursos necesarios para atender otro tipo de dificultades, por lo que acuden a diferentes instituciones ubicadas en Perote. Al llegar allá algunas personas buscan atención en el Hospital Civil, aunque perciben que la atención es muy mala, que muchas veces los hacen esperar porque saben que son del "seguro popular" y por lo tanto no traen dinero.

E: Y en Perote ¿A dónde acuden?

M: Con particular, bueno ¡quién sabe! Hay casos que va uno y como va uno con el seguro popular… este no nos, como que los doctores dicen "no traen dinero", pus no y ya mejor nos vamos, vemos que el bebé o la persona está grave y pues de aquí a que la atienden, se muere, ya mejor aunque sea poquito o donde sea pero que sea rápido.

GF Mujeres

Por tal motivo, prefieren acudir con médicos particulares en Perote, ya que perciben que ahí la atención es rápida, aunque mencionan que resulta un golpe duro a su economía, ya que pagan alrededor de $200.00 por una consulta, sin tomar en cuenta los gatos por medicamentos, análisis y transporte. Generalmente acuden a particulares cuando tienen emergencias, necesitan atender sus partos o tienen complicaciones con sus enfermedades crónicas.

Otro de los lugares donde mencionaron buscar atención es en el Centro de Especialidades Médicas de Xalapa (CEM), generalmente acuden ahí cuando son derivados de algún hospital en Perote o porque consideran que ahí les pueden atender mejor sus problemas de salud.

También acuden a instituciones especializadas como DIF de Perote, cuando tienen problemas familiares, existen problemas de separación de las parejas o bien, cuando algún niño nace con algún problema congénito y necesitan atención especial.

AM: Bueno al DIF vamos a veces por un problema, por un problema del niño o de parejas si no se llevan bien, tonces pus… me van a ver y si no se arregla aquí a según se dé el caso ya les hago un papel y se van para allá, para Perote para que vean el niño cómo está, porque a veces como se pelean por… no sé si los problemas de a veces hasta por lo económico y ya pus este hay que ver los niños allá con el doctor en el DIF, nada más eso pero hay veces que nacen los niños malitos este… deformes y se van al DIF o al hospital de Perote.

Entrevista Agente Municipal

2.2 Tipos de servicios con los que cuenta el centro de salud

Entre los servicios que ofrece el centro de salud a la comunidad se mencionó la atención de enfermedades comunes como resfriados, diarreas, curación de heridas y chequeo general, aunque mencionaron que pocas veces se cuenta con los medicamentos necesarios, o bien, los medicamentos que se les dan son poco efectivos para tratar algunas enfermedades.

Varios informantes resaltaron la atención que se les proporciona a las personas que padecen enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión. Mencionaron que a ellos se les brinda medicamento, se les da seguimiento a través de las consultas y algunas veces reciben pláticas sobre nutrición, así como rutinas de ejercicios.

H: Yo soy hipertenso y entonces, a nosotros si cada mes hay que estar… vaya a nosotros si nos dan medicina, pero también a los diabéticos, luego para lo que parezco que van… yo me he quitado, ósea cada dos meses de lo del azúcar y gracias a dios no la tengo, o a veces cada mes me reviso y gracias a dios hasta ahorita, no de eso no tengo. Pero si hay atención en cuestión de lo de la presión y lo de la azúcar si hay hasta las medicinas. Vaya de eso yo me doy cuenta y de ahí pos yo pienso que si nomás que le digo lo único que si llegan, un chamaquito o eso pos no hay medicina para cuestión de gripas casi no hay.

GF Hombres

Otros de los servicios mencionados, principalmente por las mujeres de la comunidad, fue la vacunación a los niños pequeños, y la toma de papanicolau, aunque éste no es realizado por el médico, sólo cuando acude la enfermera al centro de salud.

2.3 Trato del personal de salud

Respecto al trato que reciben del personal del centro de salud, comentan que el médico actual los trata bien y es amable con ellos. Aunque perciben que se estresa con la demanda de la población y que algunas veces no los ha atendido porque se ausenta o va de salida.

H: Pues más o menos regular, porque cuando ven un niño malo, por decir… A penas hace unos días que llevaban un niñito muy malito y le dicen al doctor "Por favor atiéndame a mi niño" y le dice "tráigamelo usted mañana, porque ahorita ya me estoy yendo" Y era una emergencia y no lo quiso atender hasta mañana me lo trae, fíjese

GF Hombres

Consideran que el cambio constante del médico del centro de salud, hace que no puedan construir una relación de empatía a largo plazo, y que cada año deben acoplarse al modo de trabajo del nuevo médico.

También comentaron que en otras instituciones, como en el Hospital Civil de Perote, no han recibido muy buena atención por parte del personal y que algunas veces les han llamado la atención o los ignoran cuando ellos piden ser atendidos.

2.4 Información proporcionada por el centro de salud

Los habitantes de la comunidad reportan que sí reciben con frecuencia información y pláticas de salud (cada dos meses aproximadamente), debido a su afiliación al programa de "Oportunidades". Algunas personas perciben que las pláticas no han tenido mucho efecto en la población, porque acuden por obligación y ellos consideran que es más importante contar con los medicamentos necesarios para atenderse. También mencionan que las pláticas son para las mujeres, y que los hombres no acuden a recibir información.

AM: No, a nosotros no. Bueno yo ahorita no me han explicado, pero yo creo que como mi señora apenas entró a Oportunidades, no he venido…

Entrevista Agente Municipal

Además de recibir información por parte del centro de salud y del programa de Oportunidades, reciben pláticas por parte de la Jurisdicción Sanitaria, estudiantes de la UV y el DIF de Perote. Los temas que han tratado con la población son: Cuidados del embarazo, tratamiento de diarreas, infecciones respiratorias, cuidados del paciente diabético, higiene personal y salud sexual. Las pláticas se realizan en el centro de salud y en algunos casos, se imparten fuera de la comunidad o a las escuelas (secundaria y primaria). También se les da información en la consulta médica dependiendo del padecimiento que presenten.

Consideran que es importante recibir información, pero que el recibirla no siempre genera un impacto en la población, puesto que hay personas que no se han interesado.

E: ¿Y creen que les han servido las pláticas?

H: Pues a muchos sí, los que hacemos caso sí y los que no pues no. De qué sirve que me digan me haga un análisis si no me lo voy a hacer…

GF Hombres

2.5 Recursos de los servicios de salud

En cuanto a los recursos con los que cuenta el centro de salud de la comunidad, los habitantes mencionaron que sí cuentan con medicamentos, pero que estos son

generalmente para atender enfermedades comunes o de primer nivel, como gripas, tos, infecciones estomacales, etc. Comentaron que el abasto de estos es bueno, sin embargo no se cuenta con medicamentos para atender enfermedades más complejas y específicas, salvo para atender algunas enfermedades crónica como diabetes e hipertensión y complementos para embarazadas.

M: He escuchado entre la población que sí le surten los medicamentos. Obviamente pues lo más común. Ese tipo de medicamentos que son para las enfermedades más comunes, ya así como que medicamentos de enfermedades más especiales no tanto.

Entrevista Maestra

También mencionaron que cuentan con vacunas para los niños, al menos del esquema básico, pero que desconocen si existen vacunas de otro tipo, o para adultos. Perciben que hacen falta materiales para curación y que los medicamentos que se proporcionan en el centro de salud, no son efectivos para combatir las enfermedades más comunes, consideran que están "rebajados" y que no llegan a tener efecto.

F1: Ósea las medicinas siente que no son muy efectivas…

H: Pues casi no, de plano no… pues ya no curan ni una gripa a casi ni un niño acá, no de plano no…

GF Hombres

Algunos informantes consideran que para ellos lo más importante es contar con un buen abasto de medicamentos, ya que mencionaron que no sirve de nada contar con más equipo o con mayor número de hospitales si no se cuenta con el medicamento adecuado para afrontar sus necesidades de salud.

Respecto a los recursos humanos del centro de salud, externaron que les gustaría contar con más personal, ya que sólo cuentan con un médico y una enfermera, y que éstos no siempre están en el centro de salud. Consideran que a veces el médico tiene muchas consultas, por lo que los tiempos para que las personas sean atendidas se prolonga y hace que la calidad en la atención sea menor.

Comentaron que recientemente recibieron por parte del DIF del municipio de Perote una ambulancia para llevar a las personas que así lo requieran a los hospitales de Perote y Xalapa. Según los informantes, actualmente cuentan con un chofer para el turno diurno, y para las noches se han designado a algunos choferes oficiales de la comunidad que se hacen cargo de manejar la ambulancia en caso de emergencias.

2.6 Programas de salud a los que están afiliados

La mayor parte de la población mencionó estar afiliada principalmente a dos programas de apoyo federal: el programa de Oportunidades y el Seguro Popular. De acuerdo a la información que nos proporcionó la población, alrededor de 240 familias cuentan con el programa de Oportunidades, es decir, la mayoría de las familias están afiliadas actualmente a estos servicios.

Las mujeres de la comunidad (principalmente), expresaron que se sentían muy contentas con el apoyo que reciben, ya que les ha ayudado mucho con los gastos escolares de sus hijos, como uniformes, libros y útiles escolares. Mencionaron que reciben alrededor de $1000.00 pesos mensuales por cada uno de sus hijos para cubrir dichos gastos. Además de recibir apoyo en educación, también hablaron del apoyo que reciben para su alimentación, aunque no precisaron si era de tipo económico o en especie.

E: ¿están ustedes contentas con el programa?

M: Ahh pus sí, aunque sea poquito pero pus ya eso es una ayuda, para todos los niños, los que tienen niños en la escuela. Hay muchos que ya están en aquí en la telesecundaria y pos ya de primer grado les dan sus mil pesos o novecientos por ahí así pos eso ya es una ayuda siquiera pa sus zapatos, su blusa o algo que a veces ahí les piden o algún libro y de ahí ya se les compra pa eso es, y aparte la mamá para comer, pero si yo veo que están muy contentos, porque cuando vamos a rayar todas se van contentas.

GF Mujeres

De acuerdo a lo mencionado en los grupos focales y entrevistas, algunas personas se han sentido comprometidas a realizar algunas cosas por miedo a que se les retire dicho apoyo. Tal es el caso de la asistencia a los talleres y pláticas que se les proporcionan, así como la puntual asistencia a sus consultas médicas. Muchos mencionan que si no cumplen con lo que se les pide, se les colocan una serie de faltas en un listado, y después de cierto número, es posible que se les retire el apoyo.

También se ha percibido que las personas afiliadas a Oportunidades deben restringir su participación social en otro tipo de movimientos, principalmente políticos, pues si alguien los descubre, les puede retirar el apoyo. Esto resulta incómodo para algunas personas, pues muchas veces se les condiciona a asistir a reuniones de campañas políticas para recibir beneficios en la comunidad, y debido al programa, no asisten.

E: Nos puede contar un poquito al respecto. O sea es que no conocemos muy bien cómo funciona, ¿cómo es eso?

AM: Bueno eso, eso es de las señoras no deben ponerse una camiseta de un partido, este no pueden andar en campañas. Suponemos si como… ¿ustedes supieron que estuvieron unas gentes con el Yunes ahí en Xalapa el domingo? Bueno yo me jui pero me llevé gente que no es de oportunidades, era poquita unas 40 gentes, pero ya las señoras no les puedo obligar, pues vamos o este… llevármelas en algún carro porque no, lo tenemos prohibido. Ellas pus porque el programa pus la verdad si nos hace falta y tenemos miedo de que lo vaigan a quitar.

Entrevista Agente Municipal

Algunas personas de la comunidad, perciben que el programa de Oportunidades ha hecho a la gente dependiente y que no han sabido aprovechar realmente el apoyo que se les ha dado, pues mencionan que a pesar de los apoyos en la educación, muchas veces los jóvenes vuelven al campo sin continuar con sus estudios.

Como se mencionaba anteriormente, gran parte de la población también cuenta con Seguro Popular. Sin embargo, de este último, no tienen muy buenas referencias, pues comentan que muchas veces han acudido a las clínicas en búsqueda de atención y se les ha negado, pues les han dicho que el seguro popular no cubre cualquier enfermedad, y pocas veces atienden enfermedades graves. Las veces que se les ha atendido, se les ha proporcionado algunos medicamentes, los de menor precio como vitaminas y paracetamol, y ellos deben de comprar en farmacias particulares los medicamentos de mayor costo. También perciben que el trato del personal de salud ha sido deficiente y que muchas veces los rechazan por su condición económica.

H: Yo ya me pasó llevé a un muchacho y cuando, ya así platica uno ya está con el internista cuando le dice: "no pues ya estás bien ahí te van a dar medicina", ¿qué pasa? Le dan la receta y luego nomás le dan a uno unas vitaminas de 20 pesos, le dan la receta que vayan a comprar lo más caro. Yo ya me pasó aquí en Perote y de plano… Aquí en la televisión pasa a doctoras chiflando, allí no están chiflando están platicando y no atienden a la gente…

H2: Ese día había bastante gente, estuve como dos horas haciendo cola hasta que llegué a la ventanilla y ya me dijeron: "te cuesta 290 los dos" Y bueno, entonces para qué sirve este papel que traigo y dice no "este papel no es para todas las enfermedades…"

GF Hombres

Consideran que el seguro popular sólo es efectivo para las mujeres embarazadas, pues a ellas si les cubre lo necesario al momento de dar a luz. También mencionaron que a los pacientes diabéticos se les ha proporcionado atención, pero que no siempre tiene abasto de medicamentos, por lo que muchas veces terminan comprando ellos mismos su insulina u otro medicamento.

De acuerdo a la líder comunitaria, las personas de la comunidad muchas veces desconocen cuál es el procedimiento que se debe seguir para conseguir el apoyo, y por eso necesitan mayor información para agilizar sus trámites, ya que a veces no saben ni como pedir una hoja de referencia para que se les transfiera a otro hospital.

2.7 Propuestas para mejorar los servicios de salud

Dentro de las propuestas externadas por la comunidad para mejorar los servicios de salud, se mencionó que se necesita aumentar al personal de salud ya que muchas veces está el médico sólo, por lo que se propone que exista otra enfermera en la comunidad (de campo) y otra que asista al médico en consultas. Les gustaría que en la clínica se contara con mayor abasto de materiales y medicamentos para cubrir todas sus necesidades y así no tener que salir a buscarlo a Perote y realizar gastos. Consideran que es importante también, contar con equipamiento básico para realizar estudios y análisis clínicos como radiografías, y estudios en sangre y orina, ya que cuando ellos se los realizan en otro lugar, a veces no cuentan con recursos para ir a recogerlos, o si se los suben a hacer tardan mucho en entregarles resultados.

Les gustaría que la atención en el centro de salud fuera más eficiente y que no los hicieran esperar tanto, además de que consideran necesaria la consulta en el turno de la

tarde y noche, y los fines de semana, pues han ocurrido emergencias en este horario y no hay quien los pueda auxiliar.

Finalmente, les gustaría que hubiera mayor supervisión de la jurisdicción y que el médico estuviera de planta en la comunidad, y que no fueran sólo estudiantes que cambian cada año.

2.8 Apoyo de la Universidad Veracruzana

Consideran que la casa UV también les ha brindado apoyo en algunas cuestiones de salud, como análisis clínicos para los diabéticos, consulta odontológica, servicios de emergencias, medicamentos y otros apoyos que han solicitado a través del responsable de la casa UV, El Mtro. Victor Celis, quien siempre los ha ayudado cuando se lo han solicitado.

L.C. La UV, también nos ha apoyado muchísimo te digo por parte de la UV, el voluntariado y Don Víctor nos han apoyado muchísimo, porque ellos buscan gente que nos puedan solucionar o apoyar en nuestros problemas.

Entrevista líder comunitario

TEMA 3. PRINCIPALES NECESIDADES Y PREOCUPACIONES DE LA COMUNIDAD

Los participantes expresaron que sus preocupaciones y necesidades son principalmente de tipo económico, debido al decremento significativo en sus cosechas y a la inestabilidad del empleo. Mencionaron que el principal factor condicionante para la disminución de sus cosechas, son las inclemencias del clima que cada vez son más pronunciadas, lo que trae como consecuencia la disminución en la producción y la reducción en el precio de venta de sus productos.

Por otra parte, comentaron que al no haber fuentes estables de empleo en su comunidad, los hombres se incorporan a las "bloqueras" aledañas a la misma, sin embargo, no hay trabajo para todos, las jornadas son muy exhaustivas y el salario no es el suficiente para dar el sustento a sus familias.

Las mujeres al ver esta necesidad manifestaron que les gustaría apoyar a sus esposos en el ingreso económico, por lo que una propuesta de solución sería la creación de fuentes de empleo para ellas en su comunidad. Mencionaron que ya han habido intentos por parte de la Universidad (UV), por apoyarlas con la enseñanza de algunos oficios como talleres de repostería y manualidades, pero estos han sido limitados, ya que se forman grupos reducidos y no alcanzan todas a participar.

M: Pues trabajo para los hombres, porque ves que no hay, pos ahorita están trabajando sacando papas, pero se acaban y ya no. Y pues en el campo y en la bloqueras no siempre hay

M2: Bueno, yo de mi parte, pues que hubiera trabajo para nosotros, bueno, para las mujeres para ayudar en algo. Pues yo he escuchado que había ya en la universidad, de las que hacían repostería y canastas, todo eso, pero es que nada más hacen un grupo de muy pocas y pues no alcanza para todas

GF mujeres

En relación a las preocupaciones y necesidades de la comunidad en materia de salud, los participantes las consideraron en segundo término, puesto que primero deben preocuparse en obtener los recursos económicos para el consumo diario de sus alimentos antes de realizar un gasto en salud. Expresaron que la falta de medicamentos por parte del sector salud, el limitado acceso a consultas los fines de semana y los costos elevados de algunos estudios y análisis, son de impacto importante para su economía y salud, debido a la imposibilidad de obtener recursos para afrontar estas situaciones.

Al respecto comentaron que cuando un familiar se encuentra muy grave, recurren a préstamos, sin embargo la carga para cubrir esta deuda se complica por su inestabilidad económica, convirtiéndose en un gasto catastrófico al invertir el 30% o más de sus ingresos. Ante esta situación optan por no asistir a consulta, para no presionarse por los medicamentos o estudios solicitados, o bien, acuden a la consulta pero no se apegan al tratamiento por cuestiones económicas.

M: Pues sí, es que a veces aunque uno no coma, pero y luego también para las enfermedades, hay que tener dinero para los niños, porque se llegan a enfermar de alguna cosa y hay que tener dinero para llevarlos, porque como ahorita, el centro de la salud, pero como ahorita, o los fines de semana, que no hay doctor y los niños se enferman a veces del pecho, bronquios, pos hay que sacar para curarlos

GF Mujeres

Si yo por ejemplo ahorita me tengo que hacer unos estudios pero no tengo dinero, ósea ahorita aunque sea para comer, pero y luego, ¿de dónde? La medicina, de dónde voy a agarrar… por eso se muere uno o deja uno que avance la enfermedad, a veces no porque no quiera uno sino porque no hay dinero

GF Hombres

Referente a los programas de gobierno, los participantes expresaron no tener el apoyo suficiente para emprender nuevas fuentes de empleo. Asimismo, manifestaron sentirse abandonados por parte de las autoridades correspondientes, debido a la ubicación geográfica de su comunidad. También enfatizaron la inequidad marcada en la participación de proyectos gubernamentales, por beneficiar siempre a las mismas familias, sin dar oportunidad de incorporarse o rotar estos programas a todos los miembros de la comunidad.

Por otra parte, los servicios públicos también son una preocupación y necesidad de la comunidad. Señalaron que las casas asentadas en las orillas aún no cuentan con el servicio de luz pública, así como el servicio de drenaje para estas mismas, implicando este último un riesgo para su salud al seguir utilizando letrinas en condiciones inadecuadas.

En relación a los servicios proporcionados por la Universidad Veracruzana, el grupo focal de hombres manifestó la necesidad de contar con el apoyo de la casa UV para la gestión y canalización de los enfermos que requieran trasladarse a Veracruz para su atención, ya que en muchas ocasiones es necesario acudir con un especialista o para la realización de estudios propios del padecimiento, por lo que sus ingresos no les permite movilizar a sus familiares para su atención requerida.

Por lo anterior, y como parte de las sugerencias propuestas por la comunidad para la solución de las necesidades antes mencionadas, señalaron que les gustaría la creación de fuentes de empleo para el cuidado del bosque, ya que su comunidad se encuentra ubicada dentro del Parque Nacional de Perote. Otros informantes señalaron la importancia de fortalecer la educación para la salud y la participación comunitaria, debido a la falta de organización y solidaridad por parte de la comunidad, así como la deficiente administración de los servicios de saneamiento ambiental, y la pobre apropiación de una cultura de autocuidado de la salud en los habitantes.

H: A nosotros nos gustaría que pudiera abrir una fabrica o algo micro donde nos pudieran emplear, y si se puede aquí en nuestra comunidad. Tenemos lo que es el parque nacional donde quisiéramos podar los árboles para que se mantuvieran más, darles un mejor manejo pero que si fuera muy equitativamente el sueldo.

GF Hombres

Ma: Pues que la comunidad se apropie de los hábitos de higiene, el cuidar mejor su alimentación, mejorar la administración del saneamiento, pero pues sobre todo muchas cosas son de ideas ya arraigadas

Ma: Hace falta que la comunidad sea mas solidaria y cooperativa entre ellos, regularmente si no hay un incentivo de por medio, la participación es deficiente

Entrevista maestra

TEMA 4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

Durante las entrevistas y grupos focales, se les preguntó a los participantes sobre las 5 principales enfermedades que consideraban de mayor importancia para ser atendidas en la comunidad. Respecto a este tema, varios informantes coincidieron en la importancia de atender las siguientes enfermedades: **enfermedades respiratorias (gripas), diabetes y enfermedades relacionadas con la tensión arterial.** Existieron diversas opiniones al respecto y cabe señalar que el orden en que los informantes priorizaron las enfermedades fue variable y no necesariamente representó un orden de acuerdo a su importancia.

Otras de las enfermedades consideras de importancia por la comunidad para su atención (además de las mencionadas) fue la hepatitis y el cáncer en las mujeres.

AM: ¡Sí la hepatitis! y de pus las gripas, que son como ahorita que cambia el clima son las que más les pegan a los niños y los de la tercera edad. Y este pues las señoras del cáncer. Y pus este del… ¿cómo se llama? Que a veces se les baja la presión y se les sube y eso también eso es lo más grave a veces, ya a veces aunque esté uno bueno, pero ya se siente uno mal y es del clima y eso es lo que más urge.

Entrevista Agente Municipal

De acuerdo con lo reportado por el grupo focal de hombres, la diabetes es el principal problema de salud, además de los problemas relacionados con el colesterol, la tensión arterial, las enfermedades renales, las várices tanto en hombres como mujeres, así como los problemas de la vista. Consideraron que éstas son más importantes debido a su gravedad y al costo que implica su atención. Por otro lado dijeron, que si bien es cierto que las gripas afectan a gran parte de la población, son más fáciles de controlar.

De acuerdo con lo comentado por el médico del centro de salud de la comunidad, las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son las infecciones respiratorias (IRAS), infecciones en vías urinarias, vulvovaginitis, diabetes e hipertensión.

Por otro lado, los informantes jóvenes mencionaron que ellos consideraban de importancia la atención de enfermedades como la diabetes, hepatitis, gripas e hipertensión, pero también enfermedades relacionadas con infecciones renales, así como infecciones estomacales.

Por último en el grupo focal de mujeres, manifestó su preocupación por atender las enfermedades que afectan a sus hijos pequeños como es el caso de las gripas y las complicaciones que ésta puede llegar a generar como neumonía. No mencionaron enfermedades que las perjudiquen a ellas directamente.

TEMA 5. SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE DE LAS PROBLEMÁTICAS PRIORIZADAS

5.1 Posibles soluciones a los problemas de salud

Entre los principales problemas que se presentan en la comunidad, está el ausentismo de los de los hombres y jóvenes, debido a la falta del trabajo en la región. Esto ha generado que estén la mayor parte del tiempo ocupados en sus actividades laborales y por lo tanto no puedan estar en la comunidad para formar parte de los programas o proyectos sanitarios que se han presentado en la comunidad. Al respecto, sugieren que las reuniones se realicen por la tarde cuando regresan o los fines de semana para poder asistir.

H: O sea que para eso estaría fácil porque nosotros estamos disponibles más en la tarde y una reunión podría ser, por decirle de 5 o 6 en adelante y hasta cuando sea… o así como 8…10 de la noche no sé si ustedes tengan tiempo disponible, ya se juntaría más gente porque así nosotros estamos aquí

G.F. Hombres

Los hombres de la comunidad comentan que no acuden siempre a las valoraciones médicas y físicas, pues temen a que los resultados que éstas arrojen sean desfavorables, ya que esto mermaría en su calidad de vida, modificando su comportamiento y pensamiento convirtiéndose en una preocupación o incluso en un gasto económico innecesario. Por tal motivo, consideran que es importante informar a la comunidad y sensibilizarlos ante los beneficios de acudir oportunamente a una consulta médica.

Otra de las sugerencias expresadas por los informantes fue acerca de los métodos que consideran más efectivos para impartir programas o proyectos sanitarios. Consideran que la utilización de imágenes o videos que ilustren el tema a tratar tendría mayor impacto, ya que el contenido gráfico motiva a las personas y genera mayor conciencia en los habitantes, de esta manera se podría lograr una modificación del pensamiento y la conducta.

H: Yo creo que con unas proyecciones, porque viéndolas más así. Porque hace tiempo vino… no recuerdo de qué servicio y nos trajo unas fotografías de la india y todo esto que está pasando en diferentes países, cómo está la hambruna tan fuerte y gracias a dios que no nos ha llegado."

GF. Hombres

Respecto a la atención de los niños, comentaron que durante las campañas de vacunación algunas madres no acuden con sus hijos por pereza, por tal motivo, consideran que para que los niños estén conscientes del cuidado de su salud, las madres deben comenzar por mejorar su disposición y ponerles el ejemplo.

F: ¿las campañas de vacunas son para niños solamente?

T: También nos llaman a los grandes que nos faltan vacunas, y la mayoría trata de asistir por que luego no vamos y ahí es cuando vemos el ejemplo que les damos a nuestros niños. Por eso luego los niños no quieren.

Entrevista Sr. Tienda

Sobre el tratamiento de algunas enfermedades como la diabetes, manifestaron su interés por tener espacios y orientación para realizar ejercicios físicos que mejoren su salud en horarios accesibles para todos, dado que algunas personas que se han practicado algunos estudios de salud han salido mal y por consiguiente les gusta la idea de poder realizar este tipo de actividades.

Los jóvenes de la secundaria expresaron que les gustaría recibir información en las escuelas mediante pláticas por parte de las instituciones de salud en cuanto a enfermedades y a la prevención de las mismas. También recibir información de programas de becas para seguir estudiando y concluir satisfactoriamente sus estudios, dado que la mayoría de ellos no pueden concluirlos por falta de recursos. Manifestaron la importancia de que las pláticas que se les impartan, también se les hagan llegar a sus familias en un horario flexible para que puedan asistir.

5.2 Apoyos por parte de las instituciones que les gustaría recibir

Para mejorar algunos aspectos económicos, consideran de vital importancia recibir apoyos y recomendaciones por parte de las instituciones municipales o estatales para incentivar el turismo en la localidad mediante la participación de la misma comunidad, realizando campañas y planes que beneficiarían a las familias que habitan en el área.

También consideran de importancia la sensibilización de los pobladores y turistas para cuidar los árboles y los recursos maderables que se obtengan del parque, ya que les causa inconformidad el maltrato del área y el impacto que puede tener para su salud.

Algunos mencionaron que les gustaría contar con diversos talleres como de carpintería, en los cuales se aprovecharan los recursos maderables con los que cuenta la comunidad y poder utilizar estos productos para la generación de recursos económicos.

A las mujeres de la comunidad les gustaría obtener apoyo para la creación y construcción de microempresas para poder hacer negocios con las papas que cultivan en la localidad, dado que es el principal recurso que obtienen.

> *M: Sí, la de las papas, para venderlas. Así como, una mini empresa para las papas, y pus luego hay personas que nos dicen "ustedes tienen allá y no saben aprovechar las cosas" y pos no es que no sepa uno, es que no puede uno, porque si pudiera uno hacer algo, pos sí, pero el dinero es lo que falta...*
>
> G.F. Mujeres

5.3 Disposición y sugerencias para intervenir en la comunidad

El médico del centro de salud expresó que la manera más viable para acercarse a la comunidad es mediante la convocatoria del centro de salud, ya que considera que desde la representación de una institución pública, pueden intervenir y gestionar ciertas acciones. Una herramienta podría ser el uso de la lista del programa de oportunidades para que asistan.

También mencionó que algunas personas de la comunidad esperan obtener algo a cambio de su asistencia y participación, ya que de otra manera no se muestra interesados. Recalcó que la mayor parte de la población se encuentra renuente en participar si no a reciben cierto tipo de apoyos.

Para la profesora, la manera más recomendable para intervenir en la comunidad, es mediante las autoridades o con los promotores de salud que ya se encuentren en el lugar, dado que al estar ya recibiendo algún beneficio de estos promotores, se facilitaría más el trabajo de acercamiento.

La partera remarcó la importancia de hablar con las personas de la comunidad, ya que es de gran importancia para conocer quiénes necesitan algún tipo de ayuda y quienes no necesitan ayuda. Esta sería a su percepción la manera correcta de abordar y conocer las problemáticas que existen en la comunidad.

Los demás informantes expresaron el interés por promover con las instancias correspondientes el correcto seguimiento de las intervenciones que se manejan en la comunidad, ya que por diferentes razones se han olvidado y no han recibido respuestas por parte de los involucrados, las cuales debilitan las ganas de la comunidad para seguir participando en los diferentes proyectos propuestos.

Consideran de suma importancia la unión de todos los involucrados en los programas sanitarios, refiriéndose a la sinergia de las instituciones sanitarias involucradas para que con las autoridades locales, autoridades municipales

y/o estatales así como con la comunidad en general, se le dé el correcto seguimiento mediante la participación y difusión de los proyectos que se lleven a cabo.

Cuarta sección: Priorización de necesidades de salud de la comunidad (triangulación de la información)

Para obtener la información acerca de las enfermedades de mayor incidencia que afectan a la comunidad, se analizó la información presentada en las tasas de morbilidad específicas, las cuales arrojaron cinco patologías cuya frecuencia representan los principales motivos de consulta, y por lo tanto deben ser atendidas.

Así mismo, se consideró importante contrastar la información antes mencionada, con aquellas enfermedades que la comunidad percibe como prioritarias y que generan mayor preocupación.

A continuación se presentan las enfermedades priorizadas por ambas fuentes de información:

Priorización de problemas de salud	
Enfermedades de mayor incidencia reportadas por el centro de salud	Enfermedades de mayor importancia reportadas por la comunidad
Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
Infecciones intestinales	Diabetes mellitus
Infecciones de vías urinarias	Infecciones renales o de vías urinarias
Otitis media	Enfermedades de tensión arterial
Gingivitis y enfermedad periodontal	Hepatitis A

En este sentido y con base a la información generada por el centro de salud de la comunidad sobre las enfermedades que presentaron mayor número de consulta durante el periodo 2006–2010 fueron: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, otitis media, gingivitis y enfermedad periodontal.

La información anterior fue corroborada en el discurso generado por los informantes de la comunidad, quienes en repetidas ocasiones mencionaron su preocupación de atender las infecciones respiratorias agudas, debido al impacto que éstas tienen sobre los niños y adultos mayores. Asimismo, existe coincidencia en la información generada por el centro de salud en cuanto a la incidencia de infecciones en vías urinarias, con lo mencionado por los participantes.

En relación, el resto de las enfermedades mencionadas en ambos análisis muestran diferencias entre lo reportado por el centro de salud y lo descrito por la comunidad. Tal es el caso de las infecciones intestinales, otitis media, gingivitis y enfermedad periodontal. Según el reporte del centro de salud dichas patologías presentaron mayor motivo de consulta en los periodos analizados, sin embargo la comunidad no las consideró prioritarias, posiblemente porque piensan que son problemas de salud secundarios, o bien por la falta de información que existe al respecto. Mención especial merece el brote ocurrido de hepatitis viral tipo A ocurrido en 2010 en donde el Instituto de Salud Pública tuvo una participación importante en el estudio del mismo, sin embargo, llama la atención que no aparezca en los reportes de casos nuevos de enfermedades transmisibles del Centro de Salud. Desde entonces, y aunque ya no se han reportado casos nuevos de esta enfermedad, la población continúa preocupada al respecto, ya que hasta la fecha no han logrado conseguir el financiamiento necesario para adquirir clorímetros (dispositivos que suministren automáticamente el cloro al agua para consumo humano) y por otro lado algunas personas presentan resistencia para adoptar las medidas de higiene recomendadas, por lo cual concluimos que aun falta información y educación al respecto.

Ahora bien, de acuerdo con el discurso de la población el resto de las enfermedades de mayor preocupación y necesidad de atención son la diabetes mellitus y los problemas relacionados con la tensión arterial. Sin embargo, vale la pena mencionar que las enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión arterial, no son reportadas en el Centro de Salud debido a su lenta evolución, lo que dificulta observar su incidencia. En relación a lo anterior la comunidad expresa que dichos padecimientos aquejan a muchos habitantes, ocasionando no solo malestar físico sino también preocupación por los costos que éstas generan, por lo que, en la mayoría de la veces las personas optan por hacer caso omiso de su enfermedad generando complicaciones de las mismas, o bien incurrir en gastos catastróficos para atender sus padecimientos.

Tanto lo reportado por el centro de salud como lo que mencionó la población es importante por la incidencia y la preocupación que genera. Consideramos relevante, abordar estas problemáticas de manera independiente, ya que en algunas se deben tomar medidas de educación en salud y prevención de enfermedades; en otras patologías, debemos de realizar una indagación

de mayor profundidad que nos permita conocer los determinantes individuales y ambientales de las mismas para poder plantear estrategias puntuales.

A partir del análisis anterior, se considera que las principales enfermedades que deben ser atendidas debido a su frecuencia y por la preocupación de la población son:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones de vías urinarias
3. Infecciones intestinales
4. Otitis media
5. Gingivitis y enfermedad periodontal
6. Hepatitis A
7. Diabetes Mellitus
8. Enfermedades de la tensión arterial

DISCUSIÓN

Con base al Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) (19), el centro de salud de la Comunidad "El Conejo", cuenta con un medico pasante de servicio social y una enfermera, sin embargo, la atención que se brinda por parte de dicho personal no es la adecuada, puesto que en algunas ocasiones el personal de salud debe salir fuera de la localidad para acudir a entregar información de tipo administrativo epidemiológico o recibir capacitación en la Jurisdicción Sanitaria No. 5. Esto conlleva a que el personal se ausente, dejando sin atención médica temporalmente a la población.

En cuanto a los recursos materiales e infraestructura se observa que el centro de salud cuenta en general con los puntos que establece el MIDAS, excepto: camas de tránsito, laboratorio de análisis, ultrasonido y unidad dental, sin embargo, los dos últimos puntos se justifican por no tener el número de habitantes mínimo (3.000) que establece dicho modelo para el acceso a mencionados servicios.

En relación a los servicios que brinda el centro de salud a la comunidad, en comparación con la cartera que debiera proporcionar con base a lo establecido por el MIDAS, encontramos que no brinda atención referente a: estimulación temprana, detección por diagnóstico de laboratorio de enfermedades como VIH SIDA, sífilis, glucosa, asimismo atención geriátrica, salud mental y estomatología.

La elaboración de un diagnóstico de salud comunitario, utilizando diferentes fuentes de información, permitió comprender con mayor profundidad los determinantes que influyen directamente sobre la salud de la población, como son sus condiciones geográficas, laborales, culturales y económicas. De esta manera, podemos plantear modelos de intervención más precisos o bien, identificar aquellos aspectos en dónde debemos indagar con mayor detenimiento para lograr un verdadero cambio en la salud de la comunidad.

Uno de los determinantes más relevantes que condicionan la salud de los habitantes, son las condiciones geográficas, en donde es importante recalcar que la comunidad de El Conejo se encuentra a una altitud de aproximadamente 3.140 metros sobre el nivel del mar, y por tanto presenta un clima frio-seco con una temperatura regular de aproximadamente 12 0C, sin embargo en época invernal la temperatura desciende por debajo de los cero grados centígrados.

Las condiciones climáticas extremas impactan directamente en la salud de la población, siendo los más afectados los niños y adultos mayores que frecuentemente enferman de las vías respiratorias. En este sentido el médico del centro de salud refirió que cuentan con los medicamentos necesarios para hacer frente a dichos padecimientos, sin embargo, la gente expresó que éstos medicamentos no son lo suficientemente efectivos, lo que genera desapego al tratamiento y drogo resistencia. Por otro lado, la altitud genera problemas relacionados con la tensión arterial, siendo más frecuente la hipertensión.

Ahora bien, las condiciones climáticas no aquejan solo la salud de la población, sino también afecta sus cultivos, tal es el caso de las tres heladas que azotaron a la comunidad en el pasado 2011, lo que ocasionó que su cosecha fuera una pérdida total, que a su vez generó una fuerte crisis económica en la comunidad.

Otro punto que es importante mencionar, es que la ubicación geográfica de la comunidad, genera que no tengan un fácil acceso a la cabecera municipal, aun cuando cuentan con la infraestructura carretera, sin embargo, el transporte público es insuficiente puesto que el autobús que da servicio a la comunidad sube solamente dos veces al día, o en ocasiones si el clima no lo permite no proporciona el servicio, lo cual mantiene a la comunidad prácticamente incomunicada.

Los habitantes de la comunidad, no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer todas sus necesidades.

Esta situación de escases de recursos está relacionada principalmente con la cosecha de papa, la cual es una de las principales actividades económicas de la región y en los últimos años no ha sido productiva, lo que ha generado un ingreso económicamente bajo. Aunado a esto, existen pocas fuentes laborales que puedan sustituir las carencias que genera la cosecha, actividad que por lo regular es realizada por los hombres, por lo que tienen que desplazarse a otras comunidades o estados en busca de oportunidades de empleo.

Otro de los factores que ha impacto a la economía de las familias, ha sido la deficiencia en los servicios de salud y de los programas gubernamentales relacionados. Esta situación los ha orillado a realizar gastos excesivos para la atención de sus enfermedades, principalmente al acudir con médicos particulares, comprar medicamentos, así como la realización de estudios y análisis en el ámbito privado. Por tal motivo, muchas personas optan por no atender sus enfermedades o evitar realizarse revisiones, por miedo a que les detecten alguna enfermedad, y no puedan cubrir los gastos generados por la misma.

Uno de los programas gubernamentales que les brinda apoyo económico es el "Programa Oportunidades", el cual les proporciona un ingreso periódico para cubrir gastos de educación y alimentación. En cuanto a la salud, reciben pláticas informativas y se les alienta para que acudan constantemente a revisiones médicas. Sin embargo, la información proporcionada no ha tenido el impacto necesario en la población, ya que no existe iniciativa para acudir por parte de los beneficiarios y la información no siempre corresponde a las condiciones de la comunidad. Un ejemplo claro de esta situación es la carencia de alimentos que hay en la región, y el pobre acceso que tienen a éstos, por lo que no siempre pueden llevar una dieta sana como se les recomienda en las pláticas.

En la comunidad se cuenta principalmente con dos fuentes de empleo que son: la agricultura y el trabajo en las bloqueras. En cuanto a la agricultura la utilización de productos químicos en los cultivos, está asociado a enfermedades respiratorias o cáncer, ya que no cuentan con medidas de protección a la hora utilizarlos lo que ocasiona que respiren vapores tóxicos.

Así mismo, el trabajo en las bloqueras representa un de riesgo para su salud ya que las jornadas laborales exceden las ocho horas oficialmente establecidas por la ley, por otra parte a los trabajadores no les son proporcionados equipos de seguridad, por lo que sufren de irritación en ojos, vías respiratorias, heridas en manos y brazos por mencionar algunas.

Las pocas oportunidades de empleo generan que los jóvenes abandonen sus estudios para migrar en busca de mejores oportunidades de trabajo, lo que representa un problema para la comunidad puesto que dichos jóvenes adquieren conductas nocivas en la ciudad como el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

De igual manera la falta de empleos afecta a las mujeres, ya que no hay actividades económicas que les permitan desenvolverse laboralmente en la comunidad, por lo que dependen totalmente de sus maridos, esto ha generado conductas de violencia económica y emocional.

En cuanto a los aspectos culturales, en la comunidad es común que se recurra como primera opción a la medicina tradicional y en caso de que esta no tenga el efecto deseado entonces se recurre al centro de salud, lo que en algunos casos puede generar el retraso en el diagnóstico de la enfermedad. Por otro lado, se presenta resistencia a las revisiones médicas como exploración de mamas o citología cervical, debido a la ignorancia que se tiene acerca de la importancia de la prevención de enfermedades.

Otro problema derivado de los aspectos culturales, es el machismo, el cual influye en el uso de métodos anticonceptivos, ya que de acuerdo a las costumbres de la comunidad es sólo responsabilidad de la mujer adoptar medidas anticonceptivas, asimismo, es frecuente que los hombres cuando trabajan fuera de la comunidad mantengan prácticas sexuales promiscuas, lo que genera infecciones de transmisión sexual. También, es común que en la comunidad los hombres consuman alcohol o tabaco, ya que esto es visto como símbolo de hombría.

En la comunidad existen diversos factores sanitarios que les han provocado numerosas enfermedades. Uno de ellos es la contaminación de las fuentes de agua que utilizan los habitantes, provocada por la cercanía del ganado en los contenedores, el uso de fosas sépticas y la falta de higiene en las cajas de agua que abastecen a la comunidad. Aunado a esto, los habitantes no acostumbran desinfectar ni hervir el agua antes de su consumo, por lo que existe una alta incidencia de infecciones intestinales, las cuales se ven reflejadas en las tasas de morbilidad de la comunidad.

Otro de los factores asociados con estas enfermedades es la carencia de un sistema de drenaje adecuado y el uso de letrinas, mismas que no mantienen en condiciones higiénicas. El hacinamiento también ha provocado que exista un gran contagio de enfermedades e incrementen las condiciones insalubres dentro del hogar. Además, muchos de los baños son compartidos por diferentes familias, por lo que están expuestos a diversas infecciones.

Entre los habitantes la higiene bucal no es percibida como un factor importante para la salud por lo que a muy temprana edad provoca la pérdida de sus piezas dentales e infecciones periodontales, mismas que se reflejan en los datos analizados.

Como se mencionaba anteriormente, los servicios de salud en la comunidad son percibidos como deficientes incluyendo la atención en los hospitales municipales. Esto ha provocado un impacto importante a su economía y deterioro en su estado de salud, pues la atención no es suficiente, y el proceso los desalienta a acudir oportunamente a las clínicas. Así mismo, el seguro popular no ha logrado redimir estas carencias en el sistema de salud, pues la población manifestó que son pocos los padecimientos que cubre, al igual que los medicamentos que les proporcionan.

De acuerdo a las propuestas de la población y del medico responsable, les gustaría que se fortaleciera el centro de salud comunitario con un abasto suficiente de medicamentos y con instrumentos para la realización de análisis clínicos, pues eso les evitaría buscar servicios fuera de la comunidad. También les gustaría contar con más recursos humanos, y un médico titulado estable, pues perciben que una vez que el médico pasante adquiere experiencia y conoce a la comunidad, es retirado.

Gran parte de los habitantes de la comunidad carecen de estudios, o son población analfabeta, debido a que deben abandonar sus estudios a muy temprana edad para insertarse en las actividades económicas. Esta condición ha tenido diversos efectos en su salud, ya que el desconocimiento que se tiene sobre cierta información no les permite comprender las indicaciones del médico respecto a sus cuidados y el apego al tratamiento. Lo mismo ocurre al recibir información por otras instancias y al realizar trámites en los servicios de salud o para recibir apoyos.

La población joven de esta comunidad, expresa su deseo por contar con diversos apoyos referentes a becas, apertura de instituciones preparatorias para seguir con sus estudios, así como más información de educación sexual.

Es importante mencionar que para la comunidad no es prioridad el cuidado de la salud, incluso en algunos casos atienden sus enfermedades hasta que éstas les impidan llevar a cabo sus actividades cotidianas, esto se debe a que no cuentan con los recursos económicos para atenderse, es por esta razón que prefieren no conocer su estado de salud. Por tal motivo, una de las principales acciones a tratar con la comunidad, consistirá en la sensibilización de los habitantes sobre el diagnóstico y tratamiento oportuno de sus enfermedades, brindándoles las herramientas necesarias en materia de prevención, educación para la salud y medidas de atención disponibles dentro y fuera de la comunidad.

Propuestas para el abordaje de las problemáticas de salud priorizadas

La salud y la enfermedad deben de comprenderse como un proceso complejo, resultado de la interacción de diversos factores que inciden sobre los individuos. Por tal motivo, es importante considerar todos los aspectos relacionados con la aparición de una enfermedad, desde los factores individuales, sociales y ambientales.

A continuación se presentan los problemas de salud priorizados y sus principales determinantes asociados, para el planteamiento de propuestas generales para su abordaje:

1. Infecciones respiratorias agudas (IRAS) y otitis media:

1.1 Factores asociados:

- Condiciones climáticas: bajas temperaturas
- Desapego al tratamiento: desconfianza en los tratamientos que ofrece el centro de salud, así como en la experiencia del personal que los atiende y poco compromiso de los familiares para apoyar al paciente.
- Falta de medidas de prevención: influencia de la educación, poca importancia a la atención oportuna del padecimiento, acuden al médico hasta que la enfermedad se complica.
- Sistema inmune debilitado: Pobreza alimentaria, complicación con otras infecciones
- Fármacos poco efectivos: desapego al tratamiento, drogoresistencia

Propuesta para el abordaje:

- Fortalecer el conocimiento de medidas preventivas a través de educación para la salud
- Sensibilizar a la población acerca de la importancia que tiene la atención oportuna de dicho padecimiento con la finalidad de evitar complicaciones.
- Gestionar que a través del centro de salud le sea proporcionado a la población complementos vitamínicos que fortalezcan su sistema inmune.

2. Infecciones de vías urinarias:

2.1 Factores asociados:

- Poco consumo de agua simple debido principalmente a dos factores primero, a que el agua es hervida con leña lo que genera que ésta adquiera sabor a humo, por otro lado en caso de no hervirla corren el riesgo de enfermar ya que los nacimientos se encuentran contaminados.
- Consumo excesivo de café o refrescos
- Debido a las bajas temperaturas en la comunidad el aseo personal no se realiza diariamente.
- Conductas sexuales promiscuas lo que genera que principalmente las mujeres padezcan continuamente de infecciones vaginales e infecciones en vías urinarias.

Propuesta para el abordaje:

- Sensibilizar a la población acerca del consumo de agua simple y de los beneficios que esta tiene en su salud.
- Sensibilizar a la población en la importancia que tiene el aseo regular de los genitales principalmente en las mujeres, ya que estas son más susceptibles a padecer dicha enfermedad.
- Informar a la población en la importancia que tiene el apego al tratamiento máxime cuando se trata de antibióticos para no generar resistencia bacteriana.
- Fomentar el uso de preservativos en las relaciones sexuales.

3. Infecciones intestinales/ Hepatitis A

3.1 Factores asociados:

- Mala higiene en la preparación y consumo de alimentos
- Resistencia a hervir el agua
- Letrinas en condiciones insalubres
- Falta de drenaje público
- Manejo inadecuado de las excretas de animales de traspatio
- Falta de mecanismos para la cloración del agua.

Propuesta para el abordaje:

- Fomentar el lavado de manos después de ir al baño y antes de consumir alimentos.
- Impartir un taller que promueva la cultura de prevención de enfermedades infecciosas.
- Gestión ante autoridades competentes para que les sea proporcionados a la comunidad clorímetros para las cajas de agua que abastecen a la comunidad.

4. Gingivitis y enfermedad periodontal

4.1 Factores asociados:

- Malos hábitos de higiene bucal
- Falta de recursos humanos y materiales para su atención
- Poca importancia a la salud bucal
- Alimentación inadecuada

Propuesta para el abordaje:

- Realizar un diagnóstico que oriente acerca de cómo se encuentra la salud bucal en la comunidad
- Impartir un taller que promueva la importancia del cuidado de las piezas dentales
- Gestionar la atención periódica por parte de las unidades móviles de salud bucal

5. Diabetes mellitus

5.1 Factores asociados:

- La diabetes es un problema que afecta principalmente a las personas que superan los treinta y cinco años, sin embargo de acuerdo con lo expresado por los participantes esta patología es cada vez más frecuente en adultos jóvenes.
- Elevado consumo de carbohidratos que encuentran en la papa y las tortillas
- Falta de actividad física.
- Diagnóstico tardío debido a que las personas no desean conocer su estado de salud, ya que en caso de saberse enfermos no cuentan con los medios

económicos para atenderse.
- Ausencia de estrategias preventivas por parte del centro de salud, es decir, sus esfuerzos se concentran en la atención de la enfermedad y no en su prevención.
- La población manifestó que no confían en el tratamiento proporcionado por el centro de salud ya que, consideran que las medicinas no son efectivas y que en ocasiones el médico no cuenta con la suficiente experiencia, lo que a su vez trae como consecuencia desapego al tratamiento farmacológico.

Propuesta para el abordaje:

- Fomentar el autocuidado
- Fomentar el diagnostico precoz
- Gestionar que les sean proporcionados espacios así como equipos para ejercitarse
- Gestionar que haya un glucómetro en el centro de salud

6. Enfermedades de la tensión arterial

6.1 Factores asociados:

- Altitud (condiciones geográficas)
- Dieta
- Sedentarismo
- Diagnóstico tardío
- Ausencia de estrategias preventivas
- Miedo a saberse enfermo
- Desapego al tratamiento
- Desconfianza a la atención proporcionada por el centro de salud

Propuesta para el abordaje:

- Fomentar el autocuidado
- Fomentar el diagnostico precoz
- Implementación de un taller en donde se sensibilice a la mejora de los hábitos alimenticios, reducción en el consumo de sal

CONCLUSIONES FINALES

La participación de la propia comunidad, debe de estar presente en el diseño de toda actividad, ya que a través de ésta, logramos que se sensibilicen y creen conciencia individual y social sobre la importancia que tienen sus conocimientos y su disposición para lograr verdaderos cambios. La investigación permitió constatar que lo problemas de salud presentes en la comunidad dependen de factores políticos, económicos, culturales y sociales. Para su solución, deben de converger diversos esfuerzos, siempre y cuando los actores sociales tengan en cuenta que gran parte de esta solución está en el empoderamiento de su salud.

Experiencias personales sobre el trabajo realizado en la comunidad de "El Conejo"

Como equipo de trabajo y estudiantes de la maestría, consideramos que las experiencias durante la realización del diagnóstico de salud fueron sumamente positivas y enriquecedoras, ya que nos permitió conocer de voz de las personas cuáles eran sus verdaderas necesidades y cómo viven su situación. Esta experiencia nos sensibilizó ante las problemáticas, logrando un mejor acercamiento para el trabajo con la comunidad.

La experiencia nos generó diversos sentimientos, entre ellos, una gran responsabilidad por llevar ante las autoridades lo expresado en nuestra investigación, además sentimos cierta preocupación debido a las expectativas que nuestro trabajo creó en los habitantes, las cuales desearíamos satisfacer.

En cierto sentido, sentimos impotencia dado que nuestro poder de gestión como alumnos de la maestría en salud pública, aun no nos permite incidir de la manera deseada en las problemáticas de la población, puesto que la solución de las mismas implica muchas veces el abordaje de intereses políticos, económicos y sociales.

Por otra parte, la inserción a un campo con altos niveles de marginación, pobreza y exclusión social, fortaleció nuestro sentido humano al convivir con su situación desde un escenario real. El trabajo extramuro ayudó también a la integración del equipo a través de la convivencia a lo largo de la realización del trabajo.

Consideramos que a partir de nuestro trabajo de investigación, hemos adquirido un compromiso con la comunidad para atender alguna de sus necesidades y preocupaciones, y dar continuidad con nuestro trabajo, a la vez que también logremos trasmitir a las autoridades competentes aquellas necesidades donde no contamos con los elementos necesarios para su solución.

Agradecemos mucho a la comunidad por habernos abierto las puertas de sus casas y permitirnos conocerlos de una manera más profunda. Tenemos en cuenta que este sólo es un pequeño acercamiento a su realidad, y

desearíamos en un futuro, tener la capacidad de conocer e interferir con mayor profundidad en su situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad Veracruzana. Casa de la Universidad en el Conejo. Dirección de vinculación general, departamento de Vinculación Social.

2. Onófre, E. Dispara nuestra universidad desarrollo en las comunidades del cofre de Perote. Gaceta Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. Enero - Marzo 2004. No. 73-75.

3. Hernández E., Rámirez N., López R. Diagnóstico de salud de la comunidad "El Conjeo", municipio de Perote, Veracruz: Casa de la Universidad. Instituto de Salud Pública. Colecciones Educativas en Salud Pública 6 (405-449). Xalapa, Ver. 2009.

4. Garrido, A. Casa de la Universidad "El Conejo", municipio de Perote, Ver. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. Agosto de 2011.

5. Castro ML, Ordaz GG. Análisis microbiológico del agua en la comunidad del Conejo, municipio de Perote y El Chico, municipio de Emiliano Zapata, Veracruz. Tesis, Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.

6. Estébanez, P. et al. Medicina Humanitaria. Díaz de Saltos Ed. España, 2005. Consultado el 8 de Octubre de 2011 en: http://books.google.com.mx/books?id=kH9WmAqs_FMC&pg=PA180&dq=diagnosticode+salud+participativo&hl=es&ei=s6KQTqaqHLCKsAK80-nCAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

7. Mendoza, M. Diagnóstico de Salud (Generalidades) documento de introducción para la integración de un diagnóstico de salud.

8. Evaluación de las Prioridades de la Salud Pública en las Ciudades PPT. Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: http://www.saludambiental.udg.mx/maestria/II_dip_files/m2/evolucion-prioridades.ppt

9. Ladrón de Guevara, E. Diagnóstico de salud: elementos socioeconómicos PPT. Octubre 2011.

10. Garrabón, L. et al. Investigación participativa. Marzo 1994.

11. Taylor, S.J. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Nueva York, 1984. Consultado el 8 de Octubre de 2011 en: http://books.google.com.mx/books?id=EQanW4hLHQgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

12. Krueger, R.A. (1991). Focus groups: A practical guide for applied research. Beverly Hills; California: Sage

13. Moreno, A. et al. Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México. Julio-Agosto 2000.

14. Diagnóstico de Salud de la comunidad El Conejo, municipio Perote Veracruz, del año 2008.

15. Balcázar, P. et al. Investigación cualitativa. México, 2005. Consultado el 8 de Octubre de 2011. En: http://books.google.com.mx/books?id=4w7dA4B405AC&pg=PA129&dq=grupo+focal&hl=es&ei=_KKQTrz0EuOtsQKJ2-GTAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=grupo%20focal&f=false

16. Villa, J. Diagnóstico de Salud. Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia, Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf

17. Censo de Población y Vivienda 2005 INEGI.

18. Pérez H. Diagnostico de salud 2010. Servicios de salud de Veracruz, Jurisdicción sanitaria núm. V Jalapa. Centro de Salud "El Conejo". (Febrero 2010- Enero 2011).

19. Modelo Integrado de Atención a la salud (MIDAS).

ANEXOS

Anexo 1

Guía de grupo focal

Percepción sobre el estado de salud de la comunidad

Presentación

Me llamo (nombre_____) y soy estudiante de la maestría en Salud Publica en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Estamos reuniendo información para elaborar un diagnóstico de los problemas de salud de su comunidad.

El objetivo de esta reunión es conocer las principales causas que influyen en los problemas de salud de la comunidad, además de tener la posibilidad de contar con su colaboración para el desarrollo de futuras actividades preventivas.

La opinión de ustedes acerca del tema será muy valiosa y en ningún momento será juzgada o criticada por nosotros; aquí no habrá respuestas buenas ni malas, ni existe la obligación de responder si no se desea, aunque esperamos, en la medida de lo posible, contar con la participación activa de todos(as).

Está sesión tendrá una duración de 90 a 120 minutos.

Confidencialidad y consentimiento

Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcionen sólo será utilizada con la finalidad de conocer la situación de salud en esta población y las formas de respuesta que brindan las diversas organizaciones presentes en la comunidad.

Con el fin de conocer si está interesado(a) en participar y contar con su aprobación para tomar fotos, audio grabar esta sesión (con el objetivo de registrar fidedignamente sus opiniones sobre el tema) los(as) invitamos a leer y firmar el documento denominado "consentimiento informado". Cabe señalar que si al menos una (o) de los (as) participantes no autoriza la toma de fotografías ni grabar el audioestas no se realizarán.

En caso de que la sesión no sea grabada, anotar los motivos en el siguiente espacio

_____

_____

_____

Hoja de identificación del grupo focal

Registre los siguientes datos

Para elaborar este registro se sugiere:

1- Folio del grupo focal: _____

2- Tema del grupo focal: _____

3- Lugar y fecha de realización del grupo: _____ (dd/mm/aa)

5- Número de grabación: _____

Es importante mencionar que aunque se cuenta con una guía para la realización del grupo focal, el facilitador deberá presentar el tema de forma abierta, permitiendo la participación de los asistentes de manera espontánea y libre de presiones. Sin embargo deberá redirigir y dar la pauta para profundizar en algunos temas, cuando esto sea necesario.

Objetivo general: Explorar la percepción que tiene la población sobre los principales problemas de salud de la comunidad, así como sus determinantes.

A continuación, se presentan los principales temas y preguntas que servirán de guía al facilitador para desarrollar la sesión, es importante abordar la mayoría, sin interrumpir a los participantes mientras expresan sus opiniones.

Temas

Principales problemas de salud de la comunidad

Determinantes de los problemas de salud

Percepción sobre los servicios de salud

Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad

Priorización de necesidades y problemas de salud

Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

Establecimiento del rapport

Presentación de los participantes:

Haga una presentación cordial de los integrantes del equipo que estarán en la sesión, así como las funciones que desempeñarán. Posteriormente, pida a los participantes del Grupo Focal que se presenten mencionando su nombre y cómo les gusta que les digan, identifique a cada uno de ellos con ayuda de etiquetas que se puedan pegar en la ropa.

Reglas previas al Grupo

Establezca junto con los participantes del grupo focal, algunas reglas para mantener el orden y el respeto durante su desarrollo. Comience mencionando alguna y permita que ellos mismos propongan las reglas.

Tema 1. Principales problemas de salud de la comunidad

Por lo general ¿De qué creen que se enfermen con mayor frecuencia en la comunidad?

¿Quiénes son los que se enferman con mayor frecuencia? (niños, adultos mayores, niñas, mujeres adultas, etc…)

¿Por qué creen ustedes que se enferman más?

¿Qué creen que les cause la(s) enfermedades?

Cuando se enferman ¿qué es lo primero qué hacen?

¿A dónde y con quién acuden primero? (Médico, centro de salud, hierbera, curanderos, remedios caseros) ¿Por qué acuden a_____? (Explorar por qué hay preferencia por atenderse en un lugar determinado?

¿Qué hacen en caso de una emergencia? ¿A dónde acuden? ¿Cómo se atienden?

¿Cuáles consideran que sean los principales problemas de salud de los _____ (niños, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores) de la comunidad? ¿Por qué?

Tema 2. Percepción sobre los servicios de salud

Por lo general, ¿En qué institución de salud se atienden? (IMSS, ISSSTE, Oportunidades, DIF, particular, IMSS Oportunidades, etc.)

¿Qué tipo de servicios les proporciona el centro de salud de ésta comunidad?

¿Qué opinan ustedes del trato que recibe la gente que acude al centro de salud? (por parte de los médicos, enfermeras y demás personal)

¿El personal de salud les explica adecuadamente sobre los problemas de salud que presentan y los cuidados que deben de tener?

¿El centro de salud les brinda información para prevenir enfermedades?

En caso de una emergencia, ¿el centro de salud cuenta con los recursos necesarios para atenderla?

¿Qué hacen en caso de no contar con la anterior?

¿Cómo les gustaría que fuera la atención de la clínica de salud con la comunidad?

*Indagar sobre los programas comunitarios (oportunidades, seguro popular)

Tema 3. Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad

¿Cuáles consideran que sean las principales necesidades de la comunidad?

¿Qué necesitaría la comunidad para tener una mejor calidad de vida / un mejor estado de salud?

¿Qué les preocupa más a las familias de esta comunidad?

¿Qué tipo de apoyos reciben por parte del gobierno para solucionar sus problemas?

Tema 4. Priorización de necesidades y problemas de salud

De los problemas antes mencionados, me podrían decir en orden de importancia 5 problemas de salud que consideren que debería atenderse primordialmente en la comunidad. Empiece por señalar el más importante de los 5, luego el que sigue en importancia y al final el menos importante.

¿Por qué? Anote al menos los primeros 5 problemas mencionados y sus causas

1.

2.

3.

4.

5.

Tema 5. Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

¿Cómo consideran que podríamos solucionar estos problemas?

¿Qué tipo de estrategias podríamos seguir?

¿Qué tipo de apoyos institucionales les gustaría recibir? ¿Cuáles no?

¿A qué estaría dispuesta la comunidad para solucionar dichos problemas? ¿A qué no?

¿Cuál es la mejor manera de que nos acerquemos a la comunidad?

Cierre

Con esta última pregunta se da por terminado el grupo focal, ¿tienen ustedes alguna otra pregunta o desean agregar algo nuevo que no se haya abordado durante la sesión?

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 2

Guía de observación para grupo focal

Percepción sobre el estado de salud de la comunidad

Ficha de identificación

FOLIO |____|____|____| Fecha entrevista ____/___/____

Día mes Año

Hora de inicio:_____

Hora final:_____

Facilitador: _____

Auxiliar :_____

Observador: _____

Número total de Participantes:_____

Grupo: _____

Datos de los participantes

Nombre (Iniciales)	Sexo	Edad
	1) H 2) M	
	1) H 2) M	
	1) H 2) M	
	1) H 2) M	
	1) H 2) M	
	1) H 2) M	

Espacio físico donde se realiza la sesión (descríbalo brevemente) :

Observaciones:

Tema 1. Principales problemas de salud de la comunidad

Observaciones:

Tema 2. Percepción sobre los servicios de salud

Observaciones:

Tema 3. Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad

Observaciones:

Tema 4. Priorización de necesidades y problemas de salud

Observaciones:

Tema 5. Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

Observaciones Generales

Croquis (ubicación de los participantes)

ANEXO 3

Guía de entrevista para Informantes clave de la comunidad

Percepción sobre el estado de salud de la comunidad

Presentación

Me llamo (nombre_____) y soy estudiante de la maestría en Salud Publica en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Estamos reuniendo información para elaborar un diagnóstico del estado de salud de su comunidad.

Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión o su punto de vista sobre los principales problemas que influyen en la salud y la enfermedad de la comunidad, además de tener la posibilidad de contar con su colaboración para el desarrollo de futuras acciones preventivas.

Confidencialidad y consentimiento

Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de conocer la situación de salud y enfermedad de esta población y las formas de respuesta que brindan las diversas organizaciones presentes en la comunidad. No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar la entrevista en el momento que lo desee.

Está entrevista tardará alrededor de 75 a 90 minutos.

Con el fin de conocer si está interesado(a) en participar y contar con su aprobación para audio grabar esta entrevista (con el objetivo de registrar fidedignamente sus opiniones sobre el tema), lo(a) invitamos a leer y firmar el documento denominado "consentimiento informado".

En caso de que la entrevista no sea grabada, anotar los motivos en el siguiente espacio

_____

_____

_____

Identificación de la entrevista

Registrar los siguientes datos

Para elaborar este registro se sugiere:

1- Folio de la entrevista: _____ (para este registro sugerimos número progresivo)

2- Nombre del entrevistador: _____

3- Nombre del entrevistado: _____

4- Sexo del entrevistado (Circule uno) Hombre Mujer

5- Lugar y fecha de realización de la entrevista: _____ (dd/ mm /aa)

6- Número de grabación: _____

Es importante mencionar que aunque se cuenta con una guía para la realización de la entrevista, el entrevistador deberá presentar el tema de forma abierta, y dejar que sea la persona quien decida como responder. Sin embargo deberá redirigir y dar la pauta para profundizar en algunos contenidos, cuando esto sea necesario.

Deberá evitarse en todo momento, acelerar el ritmo de la entrevista con la intención de cubrir el mayor número de preguntas posibles, aunque hay que tener en cuenta que pasada una hora, la entrevista deja de ser productiva, pues la persona comienza a sentir cansancio. En el caso de que el testimonio sea específicamente rico y se sobrepase el tiempo aproximado de una hora para abordar todos los temas de la guía, se puede concertar una nueva cita.

Datos del entrevistado

Edad

Estado Civil

Lugar de origen (¿Dónde nació?)

Escolaridad

Profesión u ocupación

Cargo o puesto que desempeña actual en la comunidad (desde cuando)

Actividades que desarrolla en el cargo

Objetivo general: explorar e identificar los principales factores que influyen en el proceso de salud y enfermedad de la comunidad

Temas

Principales problemas de salud de la comunidad

Determinantes de los problemas de salud

Percepción sobre los servicios de salud

Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad

Priorización de necesidades y problemas de salud

Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

Tema 1. Principales problemas de salud de la comunidad

Por lo general ¿De qué se enferman con mayor frecuencia en la comunidad?

¿Quiénes son los que se enferman con mayor frecuencia? (niños, adultos mayores, niñas, mujeres adultas, etc…)

¿Por qué cree usted que se enferman más?

¿Qué cree que le cause la(s) enfermedades?

Cuando se enferman ¿qué es lo primero qué hacen las personas que viven en esta comunidad?

¿A dónde y con quién acuden primero? (Médico, centro de salud, hierbera, curanderos, remedios caseros) ¿Por qué acuden a_____? (Explorar por qué hay preferencia por atenderse en un lugar determinado?

¿Qué hacen en caso de una emergencia? ¿A dónde acuden? ¿Cómo se atienden?

¿Cuáles considera que sean los principales problemas de salud de los _____ (niños, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores) de la comunidad? ¿Por qué?

Tema 2. Percepción sobre los servicios de salud

Por lo general, ¿En qué institución de salud se atienden? (IMSS, ISSSTE, Oportunidades, DIF, particular, IMSS Oportunidades, etc.)

¿Qué tipo de servicios les proporciona el centro de salud?

¿Qué opina usted del trato que recibe la gente que acude al centro de salud? (por parte de los médicos, enfermeras y demás personal)

¿El personal de salud les explica a la población adecuadamente sobre los problemas de salud que presentan y los cuidados que deben de tener?

¿El centro de salud les brinda información para prevenir enfermedades?

En caso de una emergencia, ¿el centro de salud cuenta con los recursos necesarios para atenderla?

¿Qué hacen en caso de no contar con la anterior?

¿Cómo le gustaría que fuera la atención de la clínica de salud con la comunidad?

Tema 3. Principales necesidades y preocupaciones de la comunidad

¿Cuáles considera que sean las principales necesidades de la comunidad?

¿Qué necesitaría la comunidad para tener una mejor calidad de vida / un mejor estado de salud?

¿Qué les preocupa más a las familias de esta comunidad?

¿Qué tipo de apoyos reciben por parte del gobierno para solucionar sus problemas?

Tema 4. Priorización de necesidades y problemas de salud

De los problemas antes mencionados, me podría decir en orden de importancia 5 problemas de salud que consideren que debería atenderse primordialmente en la comunidad. Empiece por señalar el más importante de los 5, luego el que sigue en importancia y al final el menos importante.

¿Por qué? Anote al menos los primeros 5 problemas mencionados y sus causas

1.

2.

3.

4.

5.

Tema 5. Sugerencias para el abordaje de las problemáticas priorizadas

¿Cómo considera que podríamos solucionar estos problemas?

¿Qué tipo de estrategias podríamos seguir?

¿Qué tipo de apoyos institucionales les gustaría recibir? ¿Cuáles no?

¿A qué estaría dispuesta la comunidad para solucionar dichos problemas? ¿A qué no?

¿Cuál es la mejor manera de que nos acerquemos a la comunidad?

Cierre

Con esta última pregunta se da por terminado el grupo focal, ¿tienen ustedes alguna otra pregunta o desean agregar algo nuevo que no se haya abordado durante la sesión?

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL DIAGNÓSTICO DE SALUD

El Conejo, Mpio. Perote, Ver., a_____de Octubre de 2011

El Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana está realizando el presente diagnóstico con el objetivo de conocer los principales problemas de salud que afectan a la comunidad de El Conejo en el municipio de Perote, Ver.

Para el diagnóstico se realizarán grupos de discusión conocidos como grupos focales. Dentro del grupo focal participarán seis personas de la comunidad (hombres o mujeres) expresando sus opiniones e ideas sobre el tema de salud. La sesión será guiada por un facilitador principal y estará apoyado por otro facilitador y un observador. La sesión se realizará en un área cerrada y privada de la comunidad. Su duración será de entre 90 a 120 minutos lo cual dependerá de la dinámica del grupo.

Con el objetivo de registrar sus opiniones sobre el tema nos gustaría poder grabar el audio de la sesión y tomar algunas fotografías. Después de hacer la transcripción de sus opiniones el material de audio será destruido para proteger su confidencialidad. Cabe señalar que si al menos un (a) de los (as) participantes no autoriza la toma de fotografías o la grabación del audio, éstas no se realizarán.

La Universidad Veracruzana se compromete a brindarle información sobre cualquier duda que surja durante y después de la realización del diagnóstico.

Con la información que se me ha proporcionado, entiendo que:

Conservo el derecho de no participar o retirarme en cualquier momento del estudio si así lo decido.

La Universidad Veracruzana me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información que se obtenga durante el estudio. Mayor información puedo obtener en los teléfonos (228) 8-41-89-33 Extensión 13310.

Una vez que se me ha explicado todo lo anterior, acepto participar en este diagnóstico de salud participando como

informante (SI) (NO) y la grabación en audio y toma de fotografías durante la sesión (SI) (NO).

ANEXO 5

Guía de entrevista para entrevista con el médico de la comunidad

Percepción sobre el estado de salud de la comunidad

Datos del entrevistado

Edad

Estado Civil

Lugar de origen (¿Dónde nació?)

Escolaridad

Profesión u ocupación

Cargo o puesto que desempeña actual en la comunidad (desde cuándo)

Actividades que desarrolla en el cargo

Tema 1: Embarazadas

Tiene censo de embarazadas

Cuántas embarazadas tiene en control

Qué tipo de sugerencias les dan a las embarazadas

Cuentan con hierro, vacuna vs el tétanos, acido fólico

Atiende partos aquí en el centro de salud

sí.. realizan el tamiz neonatal

no..a donde son transferidas estas mujeres

Se lleva a cabo el control prenatal

Por qué las mujeres no asisten oportunamente al control prenatal

En los últimos años ha habido casos de muerte materna ¿Cuántos y por qué?

Tema 2: Planificación familiar

En el centro de salud se está llevando programa de planificación familiar

Cuáles son los métodos que se les oferta a la población y cuáles son los más solicitados

Dentro de la población usuaria que genero (masculino, femenino) solicita más los método y por qué considera que pasa esto

Los métodos permanentes como vasectomía y salpingoclasia que tan aceptados son por los hombres y mujeres de la comunidad

Las personas utilizan el método por convicción o por obligación

Tema 3: IRAS y EDAS

Cómo se encuentra el panorama epidemiológico de las IRAS Y EDAS en el conejo

Cuáles son los grupos de edad más afectados

Qué acciones realiza el centro de salud para disminuir la incidencia de estas enfermedades?

A qué se le atribuye la frecuencia de estas enfermedades

Cuál es el cuadro básico de medicamentos con el que cuentan para enfrentar dichos padecimientos

Tema 4: Vacunación

Cuáles son las vacunas que este centro de salud ofrece (para niños y adultos)

Rotavirus,influenza,VPH,neumococo(niños y adultos),hepatitis A

Cómo esta su cobertura

Que tal funciona su red de frio

Cuentan con lo necesario para mantener su red de frio y es suficiente

Cuentan con cartillas por grupo de edad

Que vacunas considera necesarias y no se le han proporcionado

Tema 5: Enfermedades crónicas diabetes e hipertensión

Cuentan con censo de diabéticos e hipertensos

Cuanto diabéticos e hipertensos tiene registrados

Cuenta con los medicamentos necesarios para atender estas enfermedades

Qué medicamentos son los más utilizados

Hipoglucemiantes orales o la insulina

Además del tto medico farmacológico que hace el centro de salud para controlar este tipo de enfermedades o prevenirlas

Tema 6: Detección precoz de cáncer mamario y CaCu

Cómo se encuentra el panorama epidemiológico de cáncer mamario y CaCu

han habido casos, se han resuelto favorablemente, cuántas defunciones se han registrado en los últimos años debido a estas causas.

Qué acciones el centro de salud está realizando para la prevención y detección de dichos padecimientos

Desde su punto de vista que siente que hace falta en el centro de salud

Estuche de dx,, personal, otro médico que apoye

Desde su punto de vista cuales son los principales problemas de salud de la comunidad

NOTAS ADICIONALES: Material del centro de salud (nos puede proporcionar por escrito esta información)

Cuanto personal tienen

Con que cuenta,(salas) / Con cuántas salas cuenta

Inmobiliario (cama de exploración, lavamanos, radiografías, etc)

Cuentan con los servicios básicos: agua,luz,teléfono,radio

BIBLIOGRAFÍA

20. Universidad Veracruzana. Casa de la Universidad en el Conejo. Dirección de vinculación general, departamento de Vinculación Social.

21. Onófre, E. Dispara nuestra universidad desarrollo en las comunidades del cofre de Perote. Gaceta Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. Enero - Marzo 2004. No. 73-75.

22. Hernández E., Rámirez N., López R. Diagnóstico de salud de la comunidad "El Conjeo", municipio de Perote, Veracruz: Casa de la Universidad. Instituto de Salud Pública. Colecciones Educativas en Salud Pública 6 (405-449). Xalapa, Ver. 2009.

23. Garrido, A. Casa de la Universidad "El Conejo", municipio de Perote, Ver. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver. Agosto de 2011.

24. Castro ML, Ordaz GG. Análisis microbiológico del agua en la comunidad del Conejo, municipio de Perote y El Chico, municipio de Emiliano Zapata, Veracruz. Tesis, Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana,

2007.

25. Ramírez Vázquez Y. Propuesta de turismo alternativo para la región Cofre de Perote, Veracruz, México. 2007.

26. Lara LL. Evaluación de la calidad microbiológica de los quesos producidos en la comunidad de El Conejo, municipio de Perote. Tesis. Xalapa: Facultad de Bioanálisis, Universidad Veracruzana, 2007.

27. Núñez AE, Densidad de Población de Quistes de globodera rostochiensis Woll. Tesis, Xalapa: Universidad Veracruzana, Facultad de Ciencias biológicas- Agrícolas, 2009.

28. Castañeda López Ms, Lagunes Torres TJ, Gómez Castro M, Pérez Pinetti P, Torres Flores B. PREVALENCIA DE PARASITOSIS EN COMUNIDAD RURAL "EL CONEJO" MUNICIPIO DE PEROTE, VER. Bioquimia 2009.

29. Centro de Vinculación Social y Desarrollo Comunitario Sustentable (Informe técnico en CD-ROM). Dirección de Vinculación. Universidad Veracruzana: Xalapa.

30. Página oficial Universidad Veracruzana http://www.uv.mx/vincula/vin_social/casas/conejo.html

31. INEGI Censo de Población y Vivienda 2005.

32. Villalba R, Hoyos R, Lagunes M. Centro de desarrollo comunitario Casa de la UV en El Conejo, municipio de Perote. Tesis. Xalapa: Facultad de Arquitectura. Universidad Veracruzana; 2003.

33. Estébanez, P. et al. Medicina Humanitaria. Díaz de Saltos Ed. España, 2005. Consultado el 8 de Octubre de 2011 en: http://books.google.com.mx/books?id=kH9WmAqs_FMC&pg=PA180&dq=diagnosticode+salud+participativo&hl=es&ei=s6KQTqaqHLCKsAK80-nCAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

34. Krueger, R.A. (1991). Focus groups: A practical guide for applied research. Beverly Hills; California: Sage

35. Taylor, S.J. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Nueva York, 1984. Consultado el 8 de Octubre de 2011 en: http://books.google.com.mx/books?id=EQanW4hLHQgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

36. Evaluación de las Prioridades de la Salud Pública en las Ciudades PPT. Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: http://www.saludambiental.udg.mx/maestria/II_dip_files/m2/evolucion-prioridades.ppt

37. Norma Técnica para la elaboración de las guías de prácticas clínicas (2005). Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: www.cmp-sanmartin.org/.../articulo/articulo17.doc

38. Diagnóstico de Salud de la comunidad El Conejo, municipio Perote Veracruz, del año 2008.

39. Marcelo, B. Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Rev Panam Salud Pública Vol 5 no. 1, Washington Jan 1999. Consultado el 10 de octubre de 2011 en: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000100001

40. Balcázar, P. et al. Investigación cualitativa. México, 2005. Consultado el 8 de Octubre de 2011. En: http://books.google.com.mx/books?id=4w7dA4B405AC&pg=PA129&dq=grupo+focal&hl=es&ei=_KKQTrz0EuOtsQKJ2-GTAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=grupo%20focal&f=false

41. Dr. Juan Pablo Villa B. Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia, Diagnóstico de Salud. Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf

42. Mendoza, M. Diagnóstico de Salud (Generalidades) documento de introducción para la integración de un diagnóstico de salud.

43. Evaluación de las Prioridades de la Salud Pública en las Ciudades PPT. Consultado el 11 de Octubre de 2011 en: http://www.saludambiental.udg.mx/maestria/II_dip_files/m2/evolucion-prioridades.ppt

44. Ladrón de Guevara, E. Diagnóstico de salud: elementos socioeconómicos PPT. Octubre 2011.

45. Garrabón, L. et al. Investigación participativa. Marzo 1994.

46. Moreno, A. et al. Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México. Julio-Agosto 2000.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE USUARIOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA EN EL AÑO 2011

Ma. Concepción Arrazate García, Monserrat Macías Carballo
Asesores Internos: MSP. Yolanda Campos Uscanga, Dra. Ma. Teresa Álvarez Bañuelos
Asesor Externo: Dr. Víctor Hugo Lunagómez Gómez

RESUMEN

El presente análisis de salud corresponde al Sistema de Atención Integral de la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV). **El objetivo:** fue identificar las condiciones de salud de los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 del SAISUV en el año 2011. **Metodología:** se realizó un estudio de diseño cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, la población total de diabéticos fue de 509, se usó una muestra de 117 derechohabientes con la enfermedad a los que se les aplicó un cuestionario de 47 ítems. **Resultados:** el grupo etario con mayor frecuencia se encuentra entre los 60 y 64 años (31%). El nivel de estudios que predomino fue de licenciatura (46.1%) y posgrado (39.3%). El hacinamiento fue nulo. El tipo de derechohabiente principal fue de trabajadores (58.2%) seguido de dependientes económicos (37.6%). El 100% de encuestados presentó diabetes mellitus tipo 2. El tratamiento que lleva la mayoría es dieta, ejercicio y medicamento (67%). Le evolución de DM2 en los derechohabientes es de 5 a 10 años (35.9%) y 11 a 15 años (28.2%) predominantemente. En los antecedentes heredo-familiares predominan DM2 e hipertensión arterial (73.5%), obesidad (47%), hiperlipidemia (15.4%) e insuficiencia renal (9.4%). Los estilos de vida predominantes son; realizar actividad física 3 días a la semana (80.3%), consumir verduras (58%) y frutas (43%) 7 días a la semana. Dentro de los factores de riesgo para la hipertensión arterial en la población fueron el tener antecedentes heredo-familiares de hipertensión OR de 7.95 (IC 95% 2.56-26.34) y no realizarse estudios oftalmológicos con un OR de 12.57 (IC 95% 1.58-269.76). Factores de riesgo para neuropatías es el tener más de 10 años con DM2 con un OR de 3.00 (IC 95% 1.22-7.45) y el consumo de alcohol con un OR de 2.52 (IC 95% 1.06-6.05). Factores de riesgo para hiperglucemia son los antecedentes heredo-familiares con hipertensión arterial con un OR de 4.37 (IC 95% 1.50-13.28).

SUMMARY

The following analysis is corresponding to the Integral Health Attention System of the Universidad Veracruzana (SAISUV by the Spanish acronym). **The aim**: to identify the health conditions of the SAISUV users with type 2 diabetes mellitus in 2011. **Methodology**: we did a quantitative, observational, descriptive and transverse study, the total population of diabetics was 509, we used a sample of 117 beneficiaries with the disease who answered a 47 item questionnaire. **Results:** the age group with the highest rate is found between the 60 and 64 years (31%). The study level that prevailed was the bachelor degree (46.1%) and masters degree (39.3%). The stacking was null. The main kind of beneficiary was workers (58.2%) followed by economic dependents (37.6%). The 100% of respondents presented type 2 diabetes mellitus. The most popular treatment between them is diet, exercise and medicine (67%). the DM2 evolution in the beneficiaries is from 5 to 10 years (35.9%) and 11 to 15 years (28.2%) predominant. In the family-heritage antecedents the most common are DM2 and arterial hypertension (73.5%), obesity (47%), hyperlipidemia (15.4%), and renal insufficiency (9.4%). The lifestyles found more often are having physical activities 3 days a week (80.3%), eating vegetables (58%) and fruit (43%) seven days a week. Within the risk factors for arterial hypertension in the population where found having family-heritage antecedents OR of 7.95 hypertension (IC 95% 2.56-26.34) and not having opthalmologic tests with an OR of 12.57 (IC 95% 1.58-269.76). Risk factors for neuropathy are having more than 10 years with DM2 with an OR of 3.00 (IC 95% 1.22-7.45) and consuming alcohol with an OR of 2.52 (IC 95% 1.06-6.05). Risk factors for hyperglycemia are family-heritage antecedents with arterial hypertension with an OR of 4.37 (IC 95% 1.50-13.28).

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se muestran los resultados del estudio que se realizó en la población derechohabiente con diabetes mellitus tipo 2 del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV) de la región Xalapa, con el fin de identificar las condiciones de salud y sus complicaciones, así mismo como elaborar recomendaciones para la población.

Este trabajo se justifica con la necesidad de analizar la situación de salud de los pacientes con DM2 ya que hasta el momento no se contaba con estudios de este tipo. Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, donde se describe la condición de salud de los pacientes seleccionados.

El documento está organizado en capítulos, en el primero de ellos, se presenta la formulación del problema el cual incluye la justificación. En el siguiente capítulo se encuentra el marco referencial sobre el diagnóstico de salud, la diabetes mellitus e información sobre el Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV). Posteriormente aparecen tanto el objetivo general como los objetivos específicos. El capítulo siguiente se dedica al apartado metodológico que describe el procedimiento utilizado para la realización del presente análisis.

En la parte de resultados se encuentran las evidencias y hallazgos que este diagnóstico proporcionó sobre la situación de salud de la población diabética del SAISUV.

Finalmente se encontrará la discusión de los resultados contrastado con las evidencias presentadas en el marco referencial y por último, las propuestas de solución ante los daños a la salud detectados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es sin duda un problema creciente de Salud Pública y una de las principales causas de muerte, discapacidad y altos costos requeridos para su cuidado. Para el desarrollo de este tema se definió en primera instancia a la DM2 como "aquella alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos, tiene complicaciones que con el tiempo puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios"[1].

La prevalencia de la DM2 continúa ascendiendo en todo el mundo, se sabe que España la prevalencia de esta enfermedad es del 9.9% [2], en América países como Chile, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Argentina y Uruguay, presentan valores entre 6.1 y 8.1%[3], en cambio, México registró una prevalencia de 10.7%; este dato supera las cifras encontradas en otros países[4].

En la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV), la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) descrita en los previos diagnósticos de salud es alta. Se analizaron frecuencias de enfermedades crónicas, encontrando una prevalencia de DM2 en personas mayores de 20 años de 0.092 en el 2009[5]; en el año 2010 se atendieron 969 consultas de DM2 ocupando el segundo lugar de motivo de consulta en el SAISUV[6].

El realizar un análisis de las condiciones de salud nos ayuda a identificar los problemas referentes a una población; según Gallo Vallejo y colaboradores [7] el análisis de situación tiene como finalidad conocer cuáles son los problemas e implica la medición y estudio de factores del nivel de salud de la población.

Los usuarios de SAISUV que padecen DM2, constituyen una población con características especiales que requiere atención, estudio y análisis, para preservar y mejorar sus condiciones de vida, es necesario describir el estado actual de los estilos de vida como: hábitos alimenticios, actividad física, toxicomanías, control médico entre otros. Por lo tanto fue pertinente realizar un análisis de las condiciones de salud de los usuarios del SAISUV que presentan DM2, para describir estas cualidades, generar un conocimiento actual sobre ellas y proponer soluciones fundamentadas en mejorar la atención médica y administrativa de estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

El diagnostico situacional es la principal descripción del estado de salud de una comunidad y los factores que la condicionan, se pretende identificar los principales problemas y necesidades, los recursos disponibles, estableciendo prioridades y proponiendo líneas de acción para elaborar programas y estrategias que ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida de sus habitantes[7].

Dentro de la practica en Salud Pública existe la necesidad del análisis de problemáticas, pero aún más importante la

búsqueda de soluciones eficaces y factibles; para llevar a cabo los abordajes de los daños a la salud, se llevan a cabo análisis detallados de aquellos que ameritan una intervención de manera pronta y estrecha, para el SAISUV Unidad de Atención Médica Xalapa se determinó mediante el establecimiento de un listado de problemas de salud, representado por la morbilidad ocurrida en el periodo del 1° de enero al 30 de junio de 2011, donde la diabetes se ubicó como el segundo motivo de consulta y considerando además las complicaciones asociadas a este problema de salud, resulta apremiante emprender acciones que permitan inicialmente ubicar la magnitud del problema, las características de quienes lo padecen y hacer algunas aproximaciones a los factores que se le asocian.

En este caso la DM2 por su tendencia, frecuencia, valoración social, vulnerabilidad y por ultimo de gravedad, es un tema prioritario de estudio, análisis e intervención en la población usuaria de SAISUV, además del consenso con autoridades de la unidad de salud.

Esta descripción genera conocimiento sobre las condiciones de salud y mediante los resultados obtenidos se orientan propuestas a las autoridades de la Universidad Veracruzana (UV) que coordinan este subsistema de salud y así respalda la toma de decisiones para preservar y mejorar las características analizadas de los usuarios diabéticos del SAISUV, de esta manera se emplea este sustento científico para la planeación de programas.

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

La palabra diagnóstico, proviene del griego **diagnostikós** formado por el prefijo **día** que significa a través, y **gnosis que es conocimiento**, **en conjunto** quiere decir "conocer a través de". En el campo de la medicina, hacer diagnóstico significa determinar el carácter peculiar de una enfermedad mediante el examen de sus signos para hacer algo al respecto. En otras palabras, el diagnóstico es esencial para conocer la situación sobre la que se desea actuar[8].

Según las conclusiones del Seminario Nacional en Itaparica, Brasil, el diagnóstico de salud "es un instrumento para conocer la realidad sanitaria, destinado a orientar la planificación y programación de las actividades en el campo de la salud, y satisfacer otros requisitos políticos y sociales"[7].

Por su parte el diagnóstico situacional es una forma de investigación científica comprometida con la acción, más que con la generación de conocimiento acumulable, es un proceso de generación de información para orientar la toma de decisiones, elaborar planes, diseñar proyectos, formular políticas, establecer acuerdos y orientar otras formas de intervención en la realidad concreta. En este sentido un diagnostico situacional antecede y dirige una acción en el campo de la salud pública [9].

El Programa Especial de Análisis de Situación de Salud y sus tendencias de OPS/OMS, promueve conceptos sustentados en enfoques integradores a los que se añade una propuesta reciente del análisis de situación de salud, transformado en metodología para "abordar la salud como resultante de las acciones que los sectores de la sociedad ejecutan con los ciudadanos para alcanzar el máximo bienestar"[7].

El diagnóstico de la condición de salud representa un instrumento científico-metodológico aplicativo para determinar, dar prioridad y solucionar problemas de alguna población.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica degenerativa con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores personales y ambientales [10]. Existen diversos tipos de DM que se diferencian entre sí de acuerdo a su etiología; cada uno de estos tipos cuentan con características específicas que conforman un grupo diferente de personas que padecen y viven con la enfermedad[11].

La diabetes mellitus tipo 1 o también conocida como insulinodependiente o diabetes juvenil, se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona; se desconoce aún la causa de la DM tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual; la sintomatología es excreción excesiva de orina (poliuria), sed excesiva (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. La diabetes mellitus tipo 2 o no insulinodependiente, es de inicio en la edad adulta y se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo de DM representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física; los síntomas pueden ser similares a los de la DM tipo 1, pero a menudo menos intensos, en consecuencia, la enfermedad suele

diagnosticarse cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, esta patología sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. El tercer tipo de DM es la diabetes gestacional, la cual es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo; sus síntomas son similares a los de la DM2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, en lugar de que la paciente refiera síntomas[11].

Consecuencias frecuentes de la diabetes

La DM2 es un problema de salud pública, no solo por la prevalencia actual de la enfermedad si no por el incremento de las complicaciones que se presentan debido a la evolución crónica y progresiva; la DM2 aunada a un estilo de vida no saludable (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, desapego a tratamientos, etc…) generan complicaciones a mediano y largo plazo.

La evolución de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), dentro de ellas la DM y sus complicaciones, afectan principalmente a la población adulta mexicana estiman que a partir del diagnóstico de DM, el 50% de los pacientes presentan retinopatía después de 10 años y 80% después de 20 años, además 35% de los pacientes con DM1 desarrolla insuficiencia renal terminal después de 15 a 20 años de haberse diagnosticado y 15% de los pacientes tipo 2 de 5 a 10 años del diagnóstico. Según estimaciones de la OMS en el año 2000, la población mexicana con DM padecía algún tipo de complicación macro o microvascular, 10% por enfermedad coronaria y 45% por retinopatía. Asimismo, se estima que el 10% de la población masculina adulta en general, presenta impotencia sexual y que, entre los diabéticos, aumenta de 40 a 60%. Junto con la frecuencia apuntada, la razón que hace de la diabetes un importante problema sanitario es la aparición de estas complicaciones[4]. Un estudio transversal en población peruana con DM2 reportó una distribución de frecuencias de complicaciones: coronariopatías 14.8%, retinopatía diabética 78.9%, vasculopatía periférica 34.0%, neuropatía periférica 59.1% ,neuropatía autonómica 47.3%, accidente cerebrovascular 2.1%, ataque isquémico transitorio 8.5%, nefropatía 9.3% [12]. Otros estudios en la Habana, Cuba, mencionan Licea M y cols. que la principal complicación reportada en diabéticos es la hipertensión con prevalencias de 54.4%[13], a diferencia de lo reportado por Valdés E y cols. con hasta 70% [14] por lo que "la mayoría de los investigadores coinciden en que la frecuencia de hipertensión arterial (HTA) en las personas con diabetes mellitus (DM), en particular en la tipo 2 (DM2), es mayor que la observada en la población general. La HTA y la DM coexistentes, actúan como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y vascular periférica"[13].

El desarrollo de complicaciones de la enfermedad, con los consecuentes trastornos en los estilos y calidad de vida, muertes prematuras, costos de incapacidades en personas económicamente activas del aparato productivo e incremento en los costos de atención y de hospitalización, generan un problema de salud pública para el sistema de salud mexicano.

Existen tres niveles de prevención de la enfermedad, el primer nivel de prevención procura evitar la aparición de la enfermedad, el segundo intenta evitar la aparición de complicaciones agudas de la enfermedad en los pacientes que padecen diabetes mellitus y a su vez prolongar la aparición de complicaciones crónicas, al presentarse esta complicaciones crónicas en los pacientes, en el tercer nivel de prevención se evita la incapacidad por las complicaciones como la insuficiencia renal, pie diabético, ceguera o muerte por complicación cardiovascular.

A la diabetes mellitus se le asocian múltiples complicaciones médicas; la DM aumenta el riesgo de cardiopatía y evento vascular cerebral (EVC), se estima que un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y EVC); la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación; la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo; la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa; la neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes, aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos. En los pacientes con DM el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin DM[11].

Según las Guías de Práctica Clínica (GPC) de DM2, es una necesidad básica la prevención de complicaciones, señalan que entre las complicaciones con mayor prevalencia en los diabéticos, se encuentra el pie diabético "la búsqueda del pie diabético debe comprender: inspección del pie y los tejidos blandos, valoración del calzado, exploración músculo esquelética, valoración de síntomas de enfermedad arterial periférica y valoración de la sensibilidad mediante el monofilamento o, alternativamente, el diapasón"[15]. Esto lo presenta la GPC con apoyo de evidencia compuesta por estudios clasificados y analizados de la Guía de Práctica Clínica sobre DM tipo 2, 2008 y como recomendación se relata que "todos los pacientes diabéticos deben tener como mínimo una revisión del pie anual por el especialista y si tienen factores de riesgo la evaluación debe ser periódica cada tres a seis meses"[15].

Se recomienda ampliamente que al inicio de su protocolo de tratamiento se realicen revisiones oftalmológicas periódicas de agudeza visual y estudio de fondo de ojo con dilatación y continuar al menos con una revisión anual de no presentar daños desde la revisión inicial, existen estudios con evidencia de que "en el primer nivel de atención, la opacidad en el cristalino es una alteración que debe tenerse presente durante la evaluación del paciente diabético" [16].

Otras de las complicaciones que generan altos costos tanto para el paciente como las instituciones dada la condición crónica de la enfermedad es la nefropatía diabética e insuficiencia renal esta última puede limitarse mediante estudios de escrutinio de la relación de albumina/ creatinina al menos una vez por año, así como limitar factores de riesgo estimulantes como mayor evolución de la DM, mal control glucémico, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, y retinopatía diabética, así también la prevención del resto de las complicaciones crónicas.

La educación para la salud sin lugar a dudas es una medida de control preventivo secundario, para los diabéticos es importante mantener un buen nivel de conocimiento en relación a su propia enfermedad y de esta manera coadyuvar al cumplimiento de su tratamiento integral como es el conjunto de su plan farmacológico, alimentario y la actividad física, además un adecuado estado emocional contribuye- a un buen estilo de vida, que se traduciría en una mejor calidad de vida en el paciente con diabetes tipo 2 [17].

Toxicomanías asociadas a la diabetes mellitus

Dentro de los principales productos asociados a la toxicomanía de la diabetes son el consumo de alcohol y tabaco.

El tabaco produce efectos nocivos para la salud, principalmente en las personas con diabetes mellitus. Las personas con esta enfermedad tienen más riesgo de morir debido a una enfermedad cardiovascular que los diabéticos no fumadores. Alguno de los efectos del tabaco en pacientes diabéticos es el aumento a la resistencia a la insulina, es más difícil el control de la diabetes y puede llegar a inducir la enfermedad [18].

Se considera tabaquismo cuando el fumador consume al menos 5 paquetes de cigarrillos por año, esta cifra se obtiene cuando se interroga al fumador y se obtienen las respuestas de cigarrillos/día y años que lleva fumando, estas dos cifras se multiplican entre si y el resultado se divide entre 20, el resultado de esta ecuación es el número de paquetes por año consumidos[19].

El abuso del consumo de alcohol según los Criterios Diagnósticos para el Abuso del Alcohol (DSM-IV) se considera un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestando durante un período de 12 meses, las siguientes conductas: consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa, consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso por los problemas legales repetidos relacionados con el alcohol y el consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos; para fines de este estudio se considera alcoholismo al consumo de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez, durante un año[20].

El consumo de alcohol en personas con diabetes mellitus evita la recuperación de la hipoglucemia, debido a la característica del alcohol para suprimir la lipólisis, el alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, produciendo tanto oxidación de la glucosa como almacenamiento, lo cual incrementa el riesgo mayor de complicaciones severas[21]. El consumo de alcohol por personas adultas con DM2 es frecuente, cuando el consumo es excesivo puede producir periodos largos de hipoglucemia y si el consumo es moderado pero frecuente, puede producir

periodos de hiperglicemia, esta situación incrementa las complicaciones y afecta la calidad de vida del paciente diabético[21].

Alimentación en pacientes diabéticos

Un factor importante para una persona con diabetes mellitus es la alimentación, esto ayuda a controlar de cierta forma los signos, síntomas y complicaciones de la enfermedad[22]. Algunas características de la dieta para una persona con DM son:

- Dieta personalizada, debido a que se debe adecuar a las condiciones de vida del paciente, en la tabla 1 se enmarca la proporción de los nutrientes que se requieren.
- Las porciones diarias deben de ser fraccionadas, distribuirlas en 5 ó 6 porciones.
- El consumo de sal debe ser moderado.
- Consumo de bebidas alcohólicas moderado y siempre debe ser acompañado de algún alimento.
- El café y té pueden consumirse libremente debido a que no tiene valor calórico cuando no lleva endulzantes.
- El consumo de jugos o bebidas energéticas para calmar la sed no es recomendable, debido a que contienen un valor calórico considerable. La sed indica deshidratación y es preferible tomar agua. Es preferible comer fruta completa en lugar de jugo.
- Se recomienda el consumo de alimentos ricos en fibra.
- Es aconsejable eliminar los azúcares simples (miel, azúcar)[22].

Tabla 1. Proporción de nutrientes recomendados para personas con diabetes mellitus[22]

Nutriente	**Proporción de nutrientes**
Proteínas	1 g de proteína por kg de peso corporal al día. Se debe evitar el consumo exagerado de proteínas, para no sobrecargar la actividad de los riñones y prevenir las nefropatías.
Carbohidratos	Complejos con alto contenido de fibras solubles como las leguminosas (granos secos), vegetales y frutas enteras con cáscara.
Grasas	Es recomendable elegir las opciones descremadas o desgrasadas de los alimentos naturales y elaborados, por ejemplo leches descremadas; carnes magras; aceites vegetales. No es aconsejable exceder el consumo de 300 mg diarios de colesterol.
Vitaminas y minerales	Al tener una dieta equilibrada se está consumiendo lo necesario de vitaminas y minerales, no es necesario un suplemento.

Fuente: Elaboración propia con datos de las guías ALAD 2000

Ejercicio físico

La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal repetido y destinado a conservar la salud o recobrarla, hablar de ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva[23]. Se sabe que la inactividad física se encuentra asociada significativamente con intolerancia a la glucosa y por tanto que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son menos activos físicamente que las personas no diabéticas[24]. En la actualidad la actividad física ya no está relacionada con la actividad laboral cotidiana que cada vez lleva más al sedentarismo. Por tanto el ejercicio como una actividad física que se planea debe de considerarse de primordial importancia en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus[23].

La actividad física habitual en sus diversas formas: actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio, tiene un efecto protector contra la DM [23]. En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos 150 minutos a la semana[25]. La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas. La actividad física más recomendada es de tipo aeróbico, intensidad leve a moderada. Las sesiones de actividad física se realizarán en tres etapas que son: calentamiento, aeróbica y recuperación[25].

Marco empírico

En el año 2007 se realizó un primer diagnóstico de salud en el SAISUV, con el objetivo de obtener respuestas de fondo acerca de lo que las personas piensan de la salud con el fin de proporcionar información que permita implementar acciones específicas. La metodología utilizada en este diagnóstico fue un estudio de tipo transversal, descriptivo y observacional, los resultados mostraron que la diabetes mellitus aumenta las posibilidades poco más de 24 veces (OR 24.30 IC 95% 3.57-478.48) cuando la edad es igual o mayor de 40 años, así como poco más de 4 veces (OR 4.75 IC 95% 2.25-10.21) si tiene antecedentes familiares de DM2; este análisis de factores de riesgo orienta el comportamiento de los sujetos de estudio, las conclusiones y recomendaciones fueron: realizar un diagnóstico de salud de toda la población derechohabiente del servicio médico de la UV con su consecuente actualización anual, incluir acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios así como la detección temprana de enfermedades, proporcionar capacitación al personal de salud, modernizar y ampliar la infraestructura de la Unidad de Atención Integral de Salud, contar con un sistema de información que incluya los registros de todas las enfermedades y causas de mortalidad que se presentan en la población derechohabiente y utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en su décima revisión para establecer las causas de las enfermedades[26, 27].

Posterior a este diagnóstico de salud, en el año 2009 se realizó una segunda evaluación utilizando una metodología cuantitativa, un estudio tipo transversal descriptivo y observacional con la finalidad de conocer los principales daños a la salud y los factores asociados a los daños priorizados en los derechohabientes en el SAIS de la Unidad de Atención Médica Xalapa de la UV en relación con los daños presentes en la población de Xalapa, además de los recursos de los que disponen para proponer alternativas de solución, en este estudio se describe el análisis de las frecuencias de enfermedades crónicas donde se encontró una prevalencia en personas mayores de 20 años de 0.092 de diabetes mellitus tipo 2 y de 0.088 en la hipertensión arterial sistémica, siendo el mayor grupo de edad afectado los de 65 años y más[5]. Las conclusiones y recomendaciones que arrojó este diagnóstico fueron las siguientes: implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, adecuar programas de prevención para la diabetes, implementar programas para la prevención y atención de la hipertensión arterial sistémica, proporcionar educación para la salud para la prevención de infecciones respiratorias agudas, llevar a cabo el registro y uso correcto del expediente clínico según la NOM-168-SSA1-1998, realizar una atención médica multidisciplinaria en los usuarios de todas las edades que permita llevar los programas y políticas de prevención que comparativamente lleva a cabo instituciones del sector salud[5].

Para darnos idea sobre el panorama de la DM, a nivel nacional sobre prevalencias de la enfermedad, y según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%), en el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombre; en Veracruz la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más fue de 8.6%, siendo mayor en mujeres (10.4%) que en hombres (6.3%). Para el grupo de 60 años o más esta prevalencia fue de 21.7% [28, 29].

Marco contextual

Ubicación y nombre de la unidad

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la UV (SAISUV), Unidad de Atención Médica Xalapa; ubicado en el centro sur de la Ciudad de Xalapa Veracruz en el Fraccionamiento Ensueño, con acceso principal por la Avenida Rafael Murillo Vidal al norte del inmueble ubicado en el número 146 teniendo de límite al Sur con la Privada Ideal, su límite Este con la Privada Fascinación y al Oeste con locales comerciales; colinda con el Circuito Presidentes, siendo ésta una de las vías de acceso rápido de la ciudad capital. Anexo tipo imagen No. 1 y 2.

Reseña histórica

La Universidad Veracruzana desde su fundación ofrece como una prestación la atención médica al personal académico y sus derechohabientes, la cual incluye: consulta externa, medicina general y de especialidad, servicios de hospitalización, de laboratorio, gabinete y medicamentos[30].

En el año 1980 se firma el primer Contrato Colectivo de Trabajo entre la Universidad Veracruzana y el Personal Académico, estableciéndose la ayuda médica como

una prestación en las cláusulas 98 y 99[30].

En el año 1987, y después de un análisis sobre el uso de la prestación, se creó un módulo médico en Xalapa a propuesta del FESAPAUV, el cual ofrecía el servicio médico financiado con la finalidad de brindar una adecuada y oportuna atención, y evitar la erogación inmediata por parte del personal académico[30].

En el año 2007, con la intención de realizar una administración eficiente de la prestación social, la Universidad Veracruzana creó el Sistema de Atención Integral a la Salud, el cual permite ofrecer servicios médicos de primer y segundo nivel a personal académico, funcionarios y personal de confianza, bajo lineamientos establecidos[30].

Misión

Administrar el otorgamiento de la prestación médica apegados a las normas de salud e institucionales establecidas, contribuyendo a lograr las mejores condiciones de salud de sus derechohabientes mediante el uso racional de los recursos[6].

Visión

Un servicio médico de calidad optimizando el uso de los recursos[6].

Objetivos del SAISUV

- Prioridad a la salud.
- Uso racional de los recursos.
- Transparencia en el manejo de los recursos[6].

Descripción del inmueble y equipamiento

La primera planta está destinada a la recepción de consulta, sala de espera, farmacia, archivo, tres consultorios de medicina general y un consultorio de odontología, en la segunda planta se distribuyen tres consultorios de medicina general y área de la coordinación médica, en el tercer piso se ubica el área administrativa.

Farmacia

La Farmacia es subrogada por "Farmacias Premier", funciona las 24 horas todos los días. Para recibir medicamentos prescritos, el paciente, además de entregar a la farmacia la receta médica original, presentará su credencial de identificación como derechohabiente del SAISUV y talón de cheque vigente del trabajador. Una vez que recibe los medicamentos, firmará de conformidad en la receta.

Equipamiento de Consultorios

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana Número 178-SSA1-1998 la cual describe los requerimientos básicos necesarios de infraestructura y equipamiento de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; en el SAISUV se cumplen parcialmente los requerimientos básicos. La unidad en su inmueble presenta algunas deficiencias; el área de espera brinda comodidad para los pacientes y acompañantes, aunque carece de una ventilación e iluminación natural ya que solo cuenta con iluminación artificial, un acceso general de salida y entrada, el cual no permite el flujo de personas adecuado en caso de emergencias presentando condiciones de inseguridad; los pisos, muros y plafones de la unidad son de fácil limpieza, resistentes y cumplen sus funciones locales; con pocas posibilidades de asoleamiento de acuerdo a la orientación del local.

Descripción del personal de salud

El Sistema de Atención Integral a la Salud cuenta con una estructura organizacional dependiente de una coordinación general de la cual se desprenden para la Unidad de Atención Medica Xalapa, una coordinación médica y una coordinación administrativa.

De lo correspondiente al área médica: esta coordinación tiene a su cargo las sub áreas de supervisión médica y hospitalaria, de ésta también depende los servicios médicos y de enfermería. En el área administrativa tiene a cargo los departamentos de recepción, análisis y ayudas médicas, fotocredencialización e intendencia.

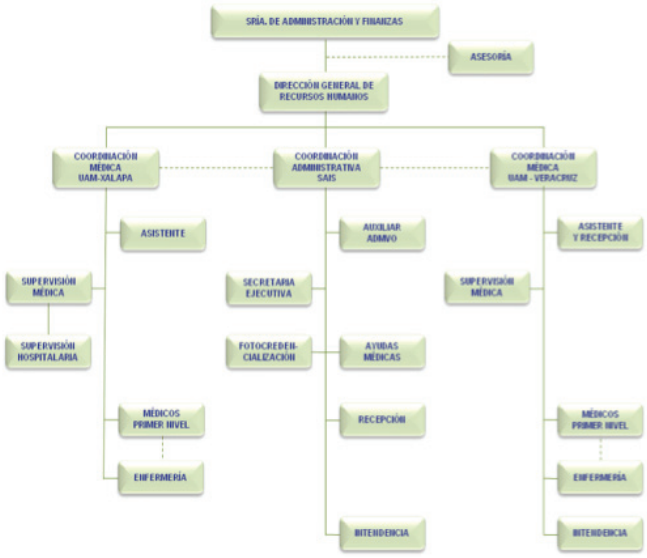
El personal que labora en el SAISUV Unidad de Atención Médica Xalapa está conformado por un total de 49 personas, distribuidas en personal administrativo, medico, enfermería y personal asistencial.

Se distribuye el personal de la siguiente manera: un coordinador general con su asistente administrativo, dos coordinadores de las áreas médica y administrativa, con sus respectivos auxiliares administrativos, uno para el área médica y dos para el área administrativa, se cuenta con dos personas para el área de sistemas informáticos, 14

analistas, 12 médicos generales, dos odontólogos, cuatro enfermeras y cuatro recepcionistas, otorgando atención seis médicos, una enfermera y un odontólogo por turno.

En la Figura Número 1 se esquematiza el organigrama del SAISUV, el cual depende de la Secretaria de Administración y Finanzas; además la figura esquematiza las Unidades de Atención Médica y las coordinaciones médicas y administrativas correspondientes.

Figura No.1Organigrama del SAISUV Unidad Médica Xalapa 2011.



Fuente: Página web del SAISUV, Xalapa Ver. Octubre 2011[6].

Servicios que ofrece la unidad

El SAISUV cuenta con servicios administrativo, pago de ayudas médicas por reembolso, acreditación y vigencia de derechos y servicios médicos, con atención médica de primer nivel de atención, consulta externa ambulatoria, diagnóstico y tratamiento y la organización del segundo nivel de atención hospitalaria, urgencias y el tercer nivel de atención hospitalaria y especialidades, los cuales no se encuentran en la Unidad de Atención Médica Xalapa.

Los servicios médicos del primer nivel, se otorgan con médicos contratados por la universidad para atender los problemas de salud de la población derechohabiente, de conformidad con los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, respecto de la ocurrencia de patologías que ameriten la intervención de los diferentes niveles de atención médica. Para atender los servicios médicos de primer nivel en las regiones de Xalapa y Veracruz, se cuenta con unidades de servicios de atención de consulta externa de medicina general, de odontología y de las especialidades básicas; los servicios de salud cuentan con horario de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y los sábados de 9:00 a 15:00 horas; odontología y consulta externa. Se ofrecen dos tipos de consulta, de primer y segundo contacto, la primera es otorgada por los médicos de la Unidad de Atención Médica (UAM), ginecólogos, pediatras, oftalmólogos, traumatólogos y homeópatas, así como los canalizadores odontológicos; para la consulta de segundo contacto, el paciente deberá presentar la canalización correspondiente extendida por el médico de primer contacto; los padecimientos que ameriten atención de urgencia se atienden exclusivamente en el servicio de urgencias de los hospitales contenidos en el directorio médico del SAISUV. Es importante que se identifiquen como derechohabientes del SAISUV, en el caso de una urgencia sentida ésta podrá ser atendida por los médicos de urgencia del SAISUV.

Las visitas domiciliarias están autorizadas en el caso de aquellos pacientes con Síndrome de Dismovilidad y aquellos que sin padecer dicho síndrome se encuentren impedidos físicamente para trasladarse a la UAM para recibir atención de primer contacto. Respecto a estudios que sean requeridos por el médico tratante es indispensable realizar los trámites pertinentes en la UAM, ya sean análisis clínicos, estudios de gabinete (radiografía simple), adquisición de aparatos auditivos y ortopédicos.

Con fundamento en la NOM-031-SSA-2-1999 y NOM-036-SSA2-2002, las Vacunas son las que integran el Esquema de Vacunación Universal, del "Consejo Nacional de Vacunación", son aplicadas en las Unidades de Salud de las Instituciones de gobierno que cuenten con el servicio de inmunizaciones.

Sistemas de información con los que cuenta la unidad

Las fuentes secundarias de información con las que cuenta el SAISUV son: la hoja diaria de consulta, el expediente clínico o nota médica y dos sistemas de información electrónica; el sistema médico al cual se puede acceder desde cualquier conexión a internet, este sistema tiene una pantalla de información general en la que se presenta información para personal de la UV, orientación en trámites, servicios que presta la unidad, entre otras. Una fase más del sistema médico se maneja por una plataforma a la cual sólo el personal que labora en el SAISUV tiene acceso. Se le puede llamar un sistema

dinámico ya que su principal función es reflejar en tiempo real lo que los médicos capturan en los expedientes clínicos electrónicos y de esta manera alimentar la base de datos que se envía cada semana al reporte epidemiológico a nivel nacional, para los fines de reportes epidemiológicos este sistema es de gran utilidad ya que se tiene un reporte en tiempo real y además es posible acceder directamente a los expedientes electrónicos en caso de ser necesario revisar la historia clínica de algún paciente que se dude si se reporta o no al sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Para acceder a este sistema se crean cuentas con perfiles específicos, es decir, quien accede con una cuenta como proveedor no puede acceder a los expedientes clínicos, a éstos sólo tiene acceso el personal médico.

Y el sistema administrativo o de ayudas médicas: se podría considerar un sistema estático. Sólo es para uso de personal de SAISUV. De tipo gerencial, genera información referente al gasto, se maneja por perfiles. En dicho sistema se ingresan facturas, gastos por honorarios, programación de pagos, entre muchos otros[6].

Área de influencia de la unidad

El SAISUV ubicado en Xalapa, brinda atención a los administrativos, académicos, funcionarios y dependientes económicos de los mismos, que prestan servicios a la Universidad Veracruzana, de la región Xalapa[6]. Ofertando los servicios a personal con un tipo de contratación de base o interinato. La mayoría de este personal que labora en la institución educativa tiene su sitio de residencia en el área geográfica de Xalapa y circunvecinas como Banderilla, Coatepec, Xico, Naolinco, Emiliano Zapata, entre otros. Anexo imagen No. 3.

Población de responsabilidad

Tiene derecho a la prestación médica el personal académico, así como sus derechohabientes acreditados. En la tabla 2 se describen detalladamente los derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana por región, Xalapa Ver. Septiembre 2011, mediante una distribución de usuarios por tipo de actividades dentro de la institución.

Tabla 2. Derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana por región y tipo de personal. Septiembre 2011

Región	**Funcionario**		Confianza		Académicos		Totales		
	E*	D**	E*	D**	E*	D**	E*	D**	Región
Xalapa	338	544	1168	1644	2530	3907	4036	5995	10031
Veracruz	72	121	120	135	830	1278	1022	1534	2556
Córdoba Orizaba	36	54	48	48	400	455	485	557	1041
Poza Rica Tuxpan	39	47	52	34	394	564	485	645	1130
Coatzacoalcos Minatitlán	30	29	32	17	308	377	370	423	793
Totales	515	795	1420	1778	4462	6581	6397	9154	15551

*E= Empleado
**D= Dependiente
Fuente: Base de datos actualizada el septiembre de 2011 del SAISUV Unidad de Atención Médica Xalapa[6].

Priorización de los daños

Se sabe que priorizar es ubicar los problemas de acuerdo a un orden de importancia, y es recomendable su realización ya que amerita cierto grado de objetividad [31] a este ejercicio se le conoce como priorización de daños, el cual mediante diversos métodos se obtiene un resultado numérico de los juicios de valor para cada uno de los problemas de salud en una población y de esta manera determinar su abordaje y la intervención meritoria del problema. Para la priorización de los daños en este estudio se determinaron ciertas características como son: la gravedad que califica los riesgos de complicación e incapacidad de la enfermedad, frecuencia en relación al número de ocurrencia del evento en el grupo de estudio, valoración social del fenómeno que expresa el interés del problema en los sujetos involucrados y la vulnerabilidad del problema, la cual es la respuesta de la unidad de salud ante el problema, cada daño a la salud fue valorado en las seis categorías ya mencionadas y el análisis de priorización se puede ver en el anexo 6 de tabla de priorización de daños.

Escenario Político

En el estado de Veracruz el objetivo número cuatro del

Plan Veracruzano de Desarrollo menciona que "se debe reforzar el sistema de prevención, detección temprana y adecuado control de los pacientes con DM e hipertensión arterial"[32], este compromiso político en materia de salud demuestra la importancia de describir la situación de salud de individuos diabéticos que pertenecen al estado veracruzano.

Es importante destacar que a nivel federal se menciona en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2011 que el objetivo principal de los sistemas de salud es mejorar y restablecer cada una de las situaciones de salud de la población [33], y los responsables del SAISUV no están ajenos a este programa y están interesados en que se realice un diagnóstico de la población que presenta diabetes mellitus, para identificar su condición de salud y las complicaciones que los aquejan y así poder tomar las medidas pertinentes para que esto no siga generando problemas para los pacientes.

Según el Programa Nacional de Salud 2007-2011 (PRONASA) refiere que "la diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%)"[29].

Respecto a los datos presentados es de vital importancia tomar cartas en el asunto con esta enfermedad.

Tabla 3.Morbilidad ocurrida en la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención a la Salud UV, en el primer semestre de 2011.

DIAGNÓSTICO CIE10 / RANGO EN AÑOS	01 a 04		05 a 09		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >		Total		Total Final
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M y F
Hipertensión esencial (primaria)							1				55	75	111	128	366	608	221	247	554	1,018	1,308	2,076	3384
Faringitis aguda, no especificada	1	3	2	1	5	11	31	44	37	51	170	294	60	99	141	244	43	66	56	78	546	891	1437
Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación										1	16	36	55	21	144	197	67	101	165	226	447	582	1029
Trastorno mixto de ansiedad y depresión							2	2	1	14	18	62	45	78	48	224	25	97	60	233	199	710	909
Hiperlipidemia mixta							1		4	1	86	74	71	33	134	229	48	59	64	80	408	476	884
Gastritis, no especificada					2	2	5	20	4	14	53	117	22	62	60	143	34	37	39	152	219	547	766
Hipertensión secundaria, no especificada											21	11	21	19	78	108	64	41	106	234	290	413	703
Síndrome del colon irritable sin diarrea							3	11	3	16	33	115	11	67	41	104	22	39	22	80	135	432	567
Hipotiroidismo, no especificado								7		1	7	65	8	76	24	166	16	58	26	99	81	472	553
Total	1	3	2	1	7	13	43	84	49	98	459	849	404	583	1,036	2,023	540	745	1,092	2,200	3,633	6,599	10232

Fuente: Información epidemiológica del Sistema de Atención Integral a la Salud de la UV Unidad Xalapa en el periodo de enero a junio de 2011.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la condición de salud de los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana en el año 2011?

OBJETIVO GENERAL

Conocer las condiciones de salud de los usuarios con diabetes mellitus del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana en la Unidad de Atención Médica Xalapa.

Objetivos Específicos

- Determinar las principales causas de morbilidad del SAISUV-Xalapa al año 2011.
- Identificar a los derechohabientes y dependientes económicos con diabetes mellitus del SAISUV-Xalapa.
- Identificar las características demográficas, económicas y sociales de los pacientes con diabetes.
- Conocer la prevalencia de complicaciones de la diabetes mellitus.
- Identificar los factores asociados al desarrollo de complicaciones de la diabetes.
- Conocer la percepción de los pacientes ante la enfermedad.
- Proponer alternativas para controlar el problema de salud identificado.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño

El presente estudio es de corte cuantitativo y está determinado por los fines de la investigación. Las características metodológicas del estudio engloban:

- Observacional ya que no se está manipulando ninguna exposición, solo se tomaran datos de la situación.
- Descriptivo, nos permite delinear la situación de salud de los derechohabientes con DM2 del SAISUV.
- Transversal debido a que se lleva a cabo en un solo momento, donde se recogerán datos para medir las variables de interés para el estudio.

Descripción del universo y muestra

La población de estudio son 509 personas con diabetes mellitus derechohabientes de la Unidad de Atención Médica Xalapa del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Se incluyen académicos, funcionarios, personal de confianza y dependientes económicos.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P (1 - P)}{d^2}$$

N = 509
Z = 1.96
d = 0.05
P= 11.11

El tamaño de la muestra se determinó usando la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes diabéticos tipo 2 que es del 11.11% para el año 2003[34]. Con estos datos y utilizando el programa Epidat 4.0 nos da un tamaño de muestra de 117 pacientes con DM.

Se realizó un muestreo a conveniencia con los usuarios del SAISUV.

Criterios de inclusión

- Tener diabetes mellitus.
- Ser usuario del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana.
- Acudir al SAISUV Unidad de Atención Médica Xalapa por cualquier motivo en los días y horarios de levantamiento de información.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Se eliminaron los cuestionarios que no tenían al menos el 85% de los ítems contestados y fueron sustituidos por otro.

Definición de variables e indicadores

Demográfico

Tabla 4. Variables para el análisis demográfico del diagnóstico de la situación de salud[5, 35]

Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Fuente**	**Escala de medición**	**Indicador**
Edad	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuestionario	Discreta	Frecuencia absoluta de edad. Porcentaje de la población por grupos de edad. Pirámide poblacional
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo declarado por el entrevistado. Hombre Mujer	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta de sexo. Porcentaje de la población por sexo.
Estado civil	Situación de la persona, determinada por la relación de familia.	Estado civil proporcionado por el entrevistado.	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta de estado civil. Porcentaje de la población por estado civil.

Sociológico y económico

Tabla 5. Variables para el análisis sociológico y económico[35]

Variable	**Definición conceptual**	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Nivel educativo	Nivel escolar alcanzado por las personas dentro del sistema educativo nacional.	Estudios completos referidos por el encuestado.	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de personas por nivel de estudios. Porcentaje de trabajadores por estudios completos.
Tipo de personal	Puesto institucional donde se encuentra trabajando la persona.	Tipo de personal proporcionado por el encuestado.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas por tipo de personal.
Tipo de contratación	Acuerdo de intereses de cada persona para atender un puesto de trabajo.	Tipo de contratación proporcionado por el encuestado.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas por tipo de contratación.
Hacinamiento	Hogares con más de tres personas por habitación utilizada para dormir.	Número de residentes del domicilio sobre número de habitaciones del mismo. Tres o más personas por habitación se consideran hacinamiento.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que haya sido clasificada como hacinada.

Daños priorizados

Tabla 6. Variables de daño priorizado diabetes mellitus y sus factores de riesgo [19, 20, 35]

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Tipo de diabetes mellitus	Clasificación de diabetes mellitus de acuerdo a su etiología	Tipo de diabetes reportada por el paciente ya sea: -DM tipo 1 -DM tipo 2 -Diabetes gestacional	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de los diferentes tipos de diabetes. Proporción por sexo y tipo de diabetes.
Diabetes Mellitus Tipo 2	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambas.	Derechohabientes con diagnóstico previo de DM.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de trabajadores derechohabientes diabéticos Porcentaje de trabajadores y dependientes económicos derechohabientes según tipo de diabetes. Proporción de diabéticos: - Hombres vs Mujeres -Trabajadores vs dependientes. -Funcionarios vs académicos. - Académicos vs personal de confianza
Tratamiento para DM	Control de los índices de glucosa con el uso de algún tratamiento.	Pacientes diabéticos que estén llevando a cabo un tratamiento y diferenciar que tipo de tratamiento :medicamento, dieta y ejercicio.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de pacientes con DM según el tipo de tratamiento.
Tabaquismo	Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica.	Cuando la persona ha consumido más de 5 paquetes de cigarros por año. (No. De cigarrillos al día por años que ha fumado entre 20)	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de pacientes diabéticos que tienen el hábito de fumar.
Alcoholismo	Enfermedad crónica producida por la ingesta de bebidas alcohólicas, a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y sus responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales.	Al consumo de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez durante un año	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de pacientes diabéticos que consumen alcohol.
Mala Alimentación	Para el diabético se considera mala cuando no cuenta con el balance de: 60% carbohidratos, 25% grasas, 15% proteína.	Personas diabéticas que reportan no seguir una dieta especial para diabéticos.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de pacientes diabéticos que no llevan una alimentación para diabéticos.

	Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 que pueden presentar los pacientes diabéticos, como son: nefropatía diabética, cetoacidosis diabética, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial crónica, acidosis láctica	Pacientes diabéticos que reportan se les han hinchado los pies, tenido desmayos o perdidas del conocimiento, presión arterial alta, sufrieron un derrame cerebral, o les declararon muy elevada la azúcar.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de diabéticos vivos que se infirió presentaron neuropatía diabética, cetoacidosis diabética, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial crónica o acidosis láctica
Tiempo de padecer diabetes		Años trascurridos desde el diagnóstico de la diabetes al momento de la entrevista.	Cuestionario	Discreta	Promedio de años de padecer diabetes en los pacientes reportados.
Antecedentes familiares	Enfermedades presentes y pasadas de los padres, hermanos, hermanas, hijos y otros miembros de la familia de una persona.	Antecedentes de padres o abuelos que padezcan o hayan padecido diabetes, reportado por el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Proporción de personas con antecedentes familiares de diabetes. Porcentaje de personas con antecedentes familiares de DM2 la desarrollaron.

Recursos, servicios y programas de salud

Tabla 7. Variables para el análisis de recursos, servicios y programas de salud del diagnóstico de salud del SAISUV.[35]

Variable	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Fuente**	**Escala de medición**	**Indicador**
Tipo de servicio de salud	Institución donde el paciente diabético recibe atención para su enfermedad.	Institución a la que, el entrevistado acude a recibir atención para su enfermedad.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de pacientes diabéticos que acuden al SAISUV a atender su padecimiento.

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

La recopilación de la información se llevó a cabo mediante tres instrumentos, el primero de ellos fue una base de datos, donde se obtuvo el tipo de trabajador o dependiente económico, edad, sexo, número de personal, dependencia, diagnostico según la CIE10, fecha de la consulta, número de consultas, correo electrónico y el número total de usuarios con diabetes mellitus, información útil para la determinación de la muestra.

También se realizó una cédula de cotejo de requisitos de infraestructura y equipamiento según la norma oficial mexicana NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

El tercer instrumento fue un cuestionario de 47 ítems con preguntas abiertas y cerradas, que se le aplicó a cada uno de los participantes en el estudio.

Presentación y descripción de los mecanismos y las técnicas empleadas para la recolección de la información.

Al tener la muestra determinada y seleccionada, se procedió al levantamiento de datos dentro del SAISUV,

donde a cada paciente que llegaba a consulta se le informaba el motivo de la entrevista y se le preguntaba si padecía diabetes mellitus y si estaba de acuerdo en que se le realizara la entrevista. Posterior a las respuestas favorables, se procedía a hacer la entrevista.

El levantamiento de datos se llevó a cabo durante los días lunes, miércoles y viernes del 11 de octubre al 25 de Noviembre de 2011, en horario de 8:00 a 14:00 horas.

Presentación y descripción de los instrumentos utilizados en la recolección de la información

La recolección de los datos se realizó a través de un cuestionario de 47 ítems, incluyendo preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas incluían aspectos sociales, económicos, epidemiológicos, demográficos de los trabajadores y dependientes económicos derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. La elaboración del cuestionario fue por parte de la autoría colectiva de profesores y alumnas de la maestría en Salud Pública 2011-2013.

Para la recolección de la información con respecto al equipamiento de los consultorios, se realizó una cédula de cotejo, de requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento según la norma oficial mexicana NOM-178-SSA1-1998, estos datos se levantaron consultorio por consultorio a la par.

La base de datos de pacientes diabéticos del SAISUV fue proporcionada por la institución y se modificó para obtener el número total de usuarios con DM.

Presentación y descripción de la validación de los instrumentos

La validez de contenido del cuestionario fue evaluada por tres expertos en el área, especialistas en vigilancia de la situación de salud y las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y especialista en estadística en función de la operacionalización de variables. En primera instancia los expertos valoraron la formulación teórica de los instrumentos, señalando si estaban de acuerdo en los indicadores.

En segunda instancia se realizó la evaluación del instrumento con una pre-prueba para valorar la efectividad, comprensión y duración del mismo. Se aplicaron los cuestionarios a cuatro académicos que acudieron a la Unidad de Atención Médica Xalapa a solicitar servicios el 5 de octubre de 2011 durante el turno matutino, un cuestionario enviado vía mail y cinco cuestionarios aplicados en dependencias de la zona universitaria (Biología, contabilidad y Arquitectura).

Al concluir la pre-prueba se presentó finalmente el instrumento a los expertos donde se comentaron los problemas presentados en la pre-prueba, paso seguido a modificar los errores y observaciones. Una vez ajustado el instrumento se llevó a cabo el inicio del diagnóstico.

RESULTADOS

Características demográficas

En el análisis de la situación de salud de los derechohabientes con DM2 del SAISUV Unidad de Atención Médica Xalapa, de la muestra incluida en este estudio el grupo de edad más frecuente fue entre los 60 y 64 años de edad, representando el 31.6% del total de encuestados; la edad mínima fue de 45 y la máxima de 89 años (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución por sexo y grupo quinquenal de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Grupo de edad	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
45-49	1	3	4	3.4%
50-54	5	6	11	9.4%
55-59	16	18	34	29.1%
60-64	16	21	37	31.6%
65-69	10	3	13	11.1%
70-74	5	4	9	7.7%
75-79	1	1	2	1.7%
80-84	1	2	3	2.6%
85-89	0	2	2	1.7%
No contesto	0	2	2	1.7%
Total	55	62	117	100%

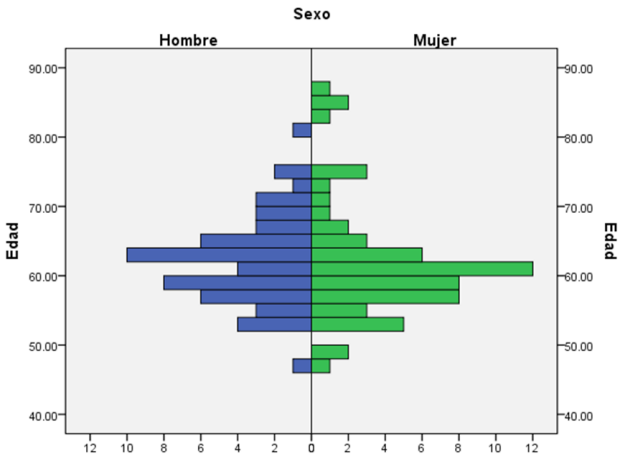
Fuente: Encuesta realizada a los derechohabientes.

Pirámide de población

La estructura de población muestra, está compuesta por edad y sexo de los encuestados, expresado gráficamente con la pirámide de población se observó una distribución en forma de bulbo (*), que expresa la concentración de adultos mayores, este fenómeno se relaciona con el padecimiento de interés y la edad en la que se presenta la DM2, este gráfico no se expresa un envejecimiento

demográfico puesto que la población de estudio solo incluyó a los encuestados con DM2 (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los derechohabientes encuestados por sexo y grupo de edad del SAISUV- Xalapa, 2011.



Fuente: Tabla 8 de distribución por edad y sexo de los encuestados.

Otra de las variables demográficas de interés en los encuestados es el estado civil, el cual es la condición de relación con la familia relatado por el sujeto, el 70.9% de los derechohabientes del estudio son casados, el 12.8% son viudos, el 6.8% son divorciados y tan solo el 1.7% se encuentran en unión libre (Tabla 9). a

Tabla 9. Distribución por estado civil y sexo de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Estado civil	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Casado	45	38	83	70.9%
Viudo	1	14	15	12.8%
Divorciado	5	3	8	6.8%
Soltero	3	3	6	5.1%
Unión libre	0	2	2	1.7%
Separado	1	1	2	1.7%
No contesto	0	1	1	0.9%
Total	55	62	117	100%
Fuente: Encuesta realizada a los derechohabientes.				

*a *Pirámide poblacional tipo bulbo: Pirámides que cuentan con un mayor contingente de adultos, ensanchándose por las cohortes centrales y estrechándose por la base.*

Características socioeconómicas

Se evaluaron algunos datos socioeconómicos de los diabéticos, encontrando que un 58.2% de quienes acuden a consulta son trabajadores (Tabla 10), además dentro de esta categoría el tipo de personal más frecuente fue académico con un 47%.

Tabla 10. Distribución de tipo de derechohabiente con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Tipo de Derechohabiente	Sexo		Total	Porcentaje
	Hombre	Mujer		
Trabajador	38	30	68	58.2%
Dependiente económico	14	30	44	37.6%
No contesto	3	2	5	4.3%
Total	55	62	117	100%
Fuente: Encuesta realizada a los derechohabientes				

Los derechohabientes trabajadores encuestados ascienden a 46, encontrándose el 87% de estos con un tipo de contratación de base (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución por tipo de contratación y sexo de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Tipo de contratación	Frecuencia	Porcentaje
Base	40	87.0%
Interinato	1	2.2%
No contesto	5	10.9%
Total	46	100.0%
Fuente: Encuesta realizada a los derechohabientes.		

De los derechohabientes encuestados, referente a los trabajadores la mayoría tienen un nivel de estudios de posgrado y de universidad que suman un total de 66 encuestados, con base a los datos que otorgaron se obtuvo que los dependientes económicos tienen una frecuencia de 4 sin estudios y 7 con el grado de primaria. Tanto como trabajadores y dependientes presentaron un total de 46.1% del total de encuestados que tienen estudios universitarios (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución por nivel de escolaridad de los derechohabientes con DM2 del SAISUV- Xalapa, 2011.

Nivel de escolaridad	Trabajador	Dependiente	Frecuencia	%
Posgrado	32	14	46	39.3%
Universidad	34	20	54	46.1%
Preparatoria	1	0	1	0.85%
Secundaria	2	1	3	2.6%
Primaria	2	7	9	7.7%
Sin estudios	0	4	4	3.5%
Total	71	46	117	100%

Fuente: Encuesta realizada a los derechohabientes.

Un dato importante es que no se encontró hacinamiento en ninguna de las viviendas de acuerdo a lo reportado por los encuestados

Daños priorizados

Se evaluaron conocimientos sobre DM2, referente al tipo de clasificación; solo el 11.1% no la conocía. Del tipo de tratamiento el 67% llevan dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico, sólo el 0.9% se encuentra sin tratamiento farmacológico (Tabla 13).

Tabla 13. Tipo de tratamiento de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Tipo tratamiento	Sexo		Frecuencia	%
	Hombre	Mujer		
Todos	41	38	79	67.5%
Medicamento	4	11	15	12.8%
Dieta y medicamento	6	9	15	12.8%
Ejercicio y medicamento	3	4	7	6.0%
Dieta y ejercicio	1	0	1	0.9%
Total	55	66	117	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

Se obtuvo el tiempo de evolución de DM2 en años, se encontró que el 35.9% tienen entre 5 y 10 años de padecerla, seguido del 28.2% que refirieron padecerla entre los 11 a 15 años de evolución (Tabla 14).

Tabla 14. Años de padecimiento de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Años	Frecuencia	Porcentaje
1-5	27	23.1%
6-10	42	35.9%
11-15	33	28.2%
16-20	11	9.4%
21 y más	4	3.5%
Total	117	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

De la periodicidad de consultas con la que acuden los encuestados, se observó que el 93.2% acude cada mes al SAISUV, el 4.3% acude de manera bimensual y tan solo un 1.7% acude de manera repetida en el mes (Tabla 15).

Tabla 15. Periodicidad de consultas por padecimiento de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Periodicidad de consultas	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	109	93.2%
1 cada 2 meses	5	4.3%
Más de una por mes	2	1.7%
3 meses	1	0.9%
Total	117	100%

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes

Según la información de la base de datos para el universo el promedio es de 1 consulta cada 2 meses por derechohabiente.

Otros de los datos obtenidos fue que el 94.5% acude exclusivamente al SAISUV, el 3.4% además del SAISUV recurren a la medicina tradicional, solo un encuestado refirió acudir a servicio médico particular (Tabla 16).

Tabla 16. Tipo de servicio médico al que acuden de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Tipo de servicio Médico	Frecuencia	Porcentaje
SAISUV	111	94.9%
SAISUV y medicina tradicional	4	3.4%
Servicio Médico Particular	1	0.9%
Otros	1	0.9%
Total	117	100%
Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes		

En los antecedentes heredo-familiares, un 73.5% tienen antecedentes de DM2, 73.5% también reportó hipertensión arterial, 47% refirieron obesidad, el 15.4% mencionó algún familiar con hiperlipidemia y 9.4% mencionaron antecedentes de insuficiencia renal (Tabla 17).

Tabla 17. Antecedentes heredo-familiares (AHF) de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Antecedentes heredo-familiares	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	86	73.5%
Diabetes Mellitus tipo 2	86	73.5%
Obesidad	55	47.0%
Hiperlipidemias	18	15.4%
Insuficiencia renal	11	9.4%
Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.		

De los datos de AHF de DM2, el parentesco obtenido fue que el 47.9% de los encuestados tenía padres diabéticos y otro 25.6% no sabía su parentesco (Tabla 18). El 6.8% mencionó el fallecimiento de un familiar durante este año.

Tabla 18. Antecedentes heredo-familiares de DM2 de los derechohabientes del SAISUV-Xalapa, 2011.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padres	56	47.9%
No sabe	30	25.6%
Hermanos	18	15.4%
Tíos	5	4.3%
Abuelos	5	4.3%
Hijo	2	1.7%
Sobrinos	1	0.9%
Total	117	100

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

De los estilos de vida de los pacientes se obtuvo que el 80.3% realizan algún tipo de actividad física tres días a la semana, el 24.8% realiza actividad física durante 5 horas, el 58% refirió consumir verduras 7 días a la semana y el 43% refirió consumir frutas los 7 días de la semana, otro 54% respondió consumir panes y granos tanto blancos como integrales; el 53% de ellos se refirieron contentos con su peso actual, seguidos del 34.4% contestaron que perderían entre 2 y 5 kilogramos.

Otro factor de importancia es el consumo de tabaco y de alcohol, donde el 27.4% refirió estar expuesto a humo de tabaco como fumadores pasivos, 5.1% refirió fumar y un 1.7% del total fuma aproximadamente 5 cigarrillos diarios, 47.9% de encuestados hace referencia a que en la actualidad consume alcohol.

Referente al conocimiento de las complicaciones derivadas de la enfermedad el 75.2% de los diabéticos conoce el pie diabético, 76.9% conoce sobre las complicaciones de la vista, el 65.8% refiere a la hipertensión arterial, el 16.2% mencionó el rechazo de las relaciones sexuales como una complicación de las DM2 (Tabla 19).

Tabla 19. Conocimiento sobre complicaciones médicas de los derechohabientes con DM2 del SAISUV- Xalapa, 2011.

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

Complicación que conocen	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmopatías	90	76.9%
Pié diabético	88	75.2%
Nefropatías	88	75.2%
Hipertensión arterial	77	65.8%
Cardiopatías	68	58.1%
Insensibilidad neurológica en pies	66	56.4%
Evento vascular cerebral	48	41.0%
Ulceras varicosas	38	32.5%
Hiperglicemia	33	28.2%
Neuropatías	32	27.4%
Rechazo a relaciones sexuales	19	16.2%

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

En contraste con el conocimiento que tienen sobre complicaciones para la diabetes mellitus, los estudios que se realizan al menos una vez al año muestra que un 89.7% se ha realizado revisiones oftalmológicas, un 77.8% se ha realizado estudio de funciones renales, el 60.7% se ha realizado revisión de pies (Tabla 20).

Tabla 20. Estudios realizados en el control médico de los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Tipo de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmológicos	105	89.7%
Estudios de laboratorio para funciones renales	91	77.8%
Revisión clínica de pies	71	60.7%

Fuente: Encuestas realizadas a los derechohabientes.

Dentro de las complicaciones diagnosticadas a los pacientes encuestados la hipertensión arterial es de las más frecuentes con un porcentaje del 48.6%, el 74.4% de los pacientes se realiza toma de la tensión arterial al menos una vez al mes, el 20.5% cada 3 semanas y tan solo el 2.6% cada dos meses, esto para tener un buen control. La segunda enfermedad diagnosticada es la disminución de la vista con un 45.3% y en tercer lugar se encuentran las crisis de hiperglucemia con 42.7%. Respecto a las complicaciones a causa de la diabetes el 12% han sido internados por hipertensión arterial sistémica, periodos de hiperglucemia y nefropatías. Solo el 3.4% de las personas tenido problemas laborales a causa de la DM2 (Tabla 21).

Tabla 21. Enfermedades diagnosticadas a los derechohabientes con DM2 del SAISUV-Xalapa, 2011.

Enfermedades diagnosticadas	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial sistémica	57	48.7%
Oftalmopatías	53	45.3%
Hiperglucemia	50	42.7%
Neuropatías	38	32.5%
Hipoglucemia	8	6.8%
Nefropatías	6	5.1%
Rechazo a las relaciones sexuales	5	4.3%
Pie diabético	1	0.9%
Cardiopatía isquémica	0	0.0%
Ulceras varicosas	0	0.0%

Finalmente el 83.8% de personas encuestadas está de acuerdo en acudir a un grupo de autocuidado y autoayuda.

Factores asociados a los daños priorizados

Se realizó el análisis para factores asociados a nefropatías, rechazo a las relaciones sexuales e hipoglucemia en los derechohabientes diabéticos y ninguna mostró significancia estadística con alguno de los factores investigados.

Para obtener factores asociados a complicaciones de DM2, se realizó un cálculo de Razón de Momios (OR) de enfermedad así como la inferencia estadística con un Intervalo de Confianza (IC) al 95% en el universo, para calcular la ocurrencia de un evento, en este caso se habla de las complicaciones asociadas a las variables seleccionadas.

Dentro de los factores asociados con significancia estadística para la hipertensión arterial en diabéticos, fueron los antecedentes heredo-familiares de hipertensión, es decir, por cada diabético hipertenso sin antecedentes hay 8 diabéticos hipertensos con antecedentes heredofamiliares de hipertensión OR de 7.95 (IC 95% 2.56-26.34); aquellos que no contestaron realizarse revisiones oftalmológicos anuales presentaron un OR de 12.57 (IC 95% 1.58-269.76) con hipertensión diagnosticada como complicación, por lo que cada diabético que presenta hipertensión que se realiza revisión oftalmológica hay 12 diabéticos que presentan hipertensión y no se realizan ningún tipo de estudios (Tabla 22).

Tabla 22. Identificación de factores asociados a hipertensión arterial en diabéticos del SAISUV-Xalapa, 2011.

Factor de riesgo	Razón de momios	IC 95%
Tabaquismo	Indefinido	Indefinido
Consumo de alcohol	1.92	0.86-4.29
Estudios Oftalmológicos	12.57	1.58-269.76
Estudios de funcionamiento renal	0.94	0.36-2.44
Antecedentes heredo-familiares DM2	0.76	0.30-1.89
Antecedentes heredo-familiares Obesidad	1.03	0.47-2.27
Antecedentes heredo-familiares Hipertensión	7.95	2.56-26.34
Antecedentes heredo-familiares Hiperlipidemia	0.62	0.20-1.92
Antecedentes heredo-familiares Insuficiencia renal	0.87	0.21-3.47
Años de evolución de DM2	2.33	1.00-5.44
Fuente: Base de datos de resultados		

Como factor asociado a neuropatías en diabéticos estadísticamente significativo es el consumo de alcohol, es decir, por cada diabético con neuropatías que no consumen alcohol hay 3 diabéticos con neuropatías que si consumen alcohol OR de 2.52 (IC 95% 1.06-6.05); (Tabla 23).

Tabla 23. Identificación de factores asociados a las neuropatías en diabéticos del SAISUV-Xalapa, 2011.

Factor de riesgo	Razón de momios	IC 95%
Tabaquismo	0.40	0.02-3.75
Consumo de alcohol	2.52	1.06-6.05
Examen clínico de pies	0.72	0.30-1.69
Antecedentes heredo-familiares DM2	1.19	0.44-3.22
Antecedentes heredo-familiares Obesidad	1.92	0.82-4.53
Antecedentes heredo-familiares Hipertensión	1.93	0.69-5.60
Antecedentes heredo-familiares Hiperlipidemia	0.37	0.08-1.48
Antecedentes heredo-familiares Insuficiencia renal	1.21	0.27-5.05
Años de evolución de DM2	3.00	1.22-7.45
Fuente: Base de datos de resultados		

Se encontró asociación con inferencia estadística de aquellos diabéticos que han presentado complicaciones de hiperglucemia, muestra una fuerte asociación con antecedentes familiares de hipertensión con un OR de 4.37 (IC 95% 1.50-13.28), es decir por cada diabético que ha presentado complicaciones de hiperglucemia hay 4 que tienen antecedentes familiares de hipertensión (Tabla 24).

Tabla 24. Identificación de factores asociados a la hiperglucemia en diabéticos del SAISUV-Xalapa, 2011.

Factor de riesgo	Razón de momios	IC 95%
Tabaquismo	7.33	0.79-171.59
Consumo de alcohol	1.77	0.79-3.98
Estudios de funcionamiento renal	1.25	0.47-3.36
Antecedentes heredo-familiares DM2	0.45	0.18-1.14
Antecedentes heredo-familiares Obesidad	0.70	0.31-1.57
Antecedentes heredo-familiares Hipertensión	4.37	1.50-13.28
Antecedentes heredo-familiares Hiperlipidemia	0.63	0.19-1.99
Antecedentes heredo-familiares Insuficiencia renal	0.75	0.17-3.08
Fuente: Base de datos de resultados		

Infraestructura y equipamiento

Se analizaron las características de los consultorios de acuerdo con la "cédula de requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios de la NOM-178-SSA1-1998" (Anexo No. 5) de la aplicación de la misma a cada uno de los consultorios, se obtuvo que solo el 14% de los consultorios cuenta con dos áreas que incluye en área de anamnesis a pacientes y el área de exploración clínica física; ningún consultorio cubre los requerimientos básicos de equipamiento e instrumental necesario; únicamente el 28.5% de los consultorios cuentan con lavabo de manos.

DISCUSIÓN

El presente análisis de la situación de salud proporcionó información sobre las condiciones demográficas, sociales, económicas, epidemiológicas de los derechohabientes con DM2 del SAISUV, así como condiciones estructurales y de equipamiento de la unidad. Los resultados están en función de las respuestas emitidas por los entrevistados; no se realizaron revisiones al expediente, ni estudios de laboratorio y gabinete, que pudieran afirmar la información obtenida.

En la población de estudio se encontró el mayor número de la población contenida en el grupo de edad de 60 a 64 años de edad, a diferencia de lo obtenido por Campos y Cols. en el diagnóstico de salud del 2009 donde la mayor frecuencia fue en el grupo de edad de 50 a 54 años, el resultado de este estudio está condicionado al tipo de población estudiada, ya que fueron exclusivamente diabéticos. Se obtuvieron frecuencias absolutas de 55 hombres y 62 mujeres, el 70.9% son casados y un 12.8% refirió ser viudo, estos resultados son proporcionales a la característica de edad de la población.

De acuerdo al tipo de derechohabientes que acuden se encontró que el 58.2% son trabajadores presentando mayor número de hombres y el 37.6% dependientes económicos, contrastadamente presento mayor número de mujeres.

En los derechohabientes participantes, tanto trabajadores como dependientes refirieron el grado universitario (46.1%), seguido de estudios de posgrado (39.3%), en el caso exclusivo de dependiente económicos solo el 3.5% refirió no tener estudios, este último resultado guardan relación con el 3.6% de dependientes sin estudios obtenido en el año 2009.

El hacinamiento es otro dato de tipo socioeconómico,

dio como resultado que ningún derechohabiente contaba con esta condición de vivienda, este dato es similar al obtenido por Campos y Cols. en el 2009; por lo que ambos resultados traducen un nivel socioeconómico permisible para buenas condiciones de vivienda.

Se evaluaron conocimientos sobre DM2, referente al tipo de clasificación; solo el 11.1% no conocía su tipo de clasificación, por lo tanto el 88.9% tiene conocimiento de su enfermedad, correspondiendo a una condición positiva de estos pacientes. - - López y Cols. mencionan en 2004 que un mayor nivel de conocimientos en relación con la diabetes puede contribuir a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Del tipo de tratamiento el 67% llevan dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico, solo un sujeto refirió encontrarse en tratamiento a base de dieta y ejercicio, el porcentaje mencionado es posible que esté influenciado por un sesgo de cortesía, ya que al momento de aplicación de los cuestionarios no se realizaron pruebas de somatometría para corroborar estas aseveraciones, ni se corroboraron los niveles de glucosa, para relacionar las variables de actividad física, dieta y tratamiento con un adecuado control glucémico.

Al analizar el tiempo de evolución de DM2, - - se encontró que el 35.9% tienen entre 5 y 10 años de padecerla, seguido del 28.2% que refirieron padecerla entre los 11 a 15 años de evolución, se encontró solo un sujeto de estudio que refirió tener 40 años con la enfermedad. Al relacionar del tiempo de evolución de la DM2 y la aparición de complicaciones, en el caso del SAISUV se obtuvo como hallazgo, el tener más de 10 años de evolución de la enfermedad representa un factor asociado - para neuropatía con un OR de 3.00 (IC 95% 1.22-7.45); Según Tapía Conyer refiere que el 50% posterior a 10 años de evolución presentara algún tipo de neuropatía, esta cifra tiene relación con la de Untiveros y Cols. que mencionan el 59.1% de diabéticos con un promedio de 9.87 años de evolución presento algún tipo de neuropatía.

De la periodicidad de consultas con la que acuden los encuestados, se observó que el 93.2% acude cada mes al SAISUV, el 4.3% acude de manera bimensual y tan solo un 1.7% acude de manera repetida en el mes, este resultado está influido por que al entrevistar muchos de los sujetos refirieron que el medicamento de control es otorgado en cantidades justas para el mes, se puede inferir que es usado como un mecanismo adhesión al tratamiento y control directo a los pacientes, además con esto se cumple lo establecido en las GPC y la NOM-SSA2-015 para el tratamiento y control de la diabetes mellitus; de los datos obtenidos del universo de DM2 en donde se observó un promedio de una consulta bimensual por paciente, esta diferencia entre la muestra y el universo está influenciada por la falta de actualización de la base datos y se desconoce el mecanismo de verificación de llenado de la hoja diaria de registro de los médicos. Refirieron el 94.5% acuden exclusivamente al SAISUV ya que solo cuentan con esta afiliación médica, comparado con el resultado del año 2009 donde el 82.1% aseveró también solo contar este servicio, por lo que existe cierta concordancia con el estudio actual, aunque es probable que exista algún sesgo de cortesía en esta respuesta por haber realizado el estudio dentro de la misma unidad.

Muchos investigadores coinciden en que una de las complicaciones más observadas en la DM2 es la hipertensión arterial, como en el caso de Licea en el 2002, encontraron una frecuencia de 54.4 %; así también Valdés y Bencosme en el 2009 encontraron una frecuencia de hipertensión del 70%, en este trabajo también se manifiesta con mayor frecuencia la hipertensión arterial con un 48.7%, dato que amerita la realización de prevención secundaria de hipertensión en sujetos diabéticos.

Aunque las respuestas efectuadas en el apartado de complicaciones no fueron corroboradas con su expediente clínico, lo cual representa limitaciones de este estudio, al comparar con Alves da Costa y cols. en el 2006 donde la presentación de complicaciones de la diabetes genera una baja calidad de vida, en ambos se desconoce el orden de aparición de estas complicaciones reportadas.

Los factores de asociación encontrados para hipertensión en DM2, fueron los antecedentes familiares de hipertensión, es decir, por cada diabético hipertenso sin antecedentes hay 8 diabéticos hipertensos con antecedentes heredofamiliares de hipertensión OR de 7.95 (IC 95% 2.56-26.34); aquellos que no contestaron realizarse revisiones oftalmológicos anuales presentaron un OR de 12.57 (IC 95% 1.58-269.76) con hipertensión diagnosticada como complicación, por lo que cada diabético que presenta hipertensión que se realiza revisión oftalmológica hay 12 diabéticos que presentan hipertensión y no se realizan ningún tipo de estudios.

Se encontró asociación con inferencia estadística de aquellos diabéticos que han presentado complicaciones

de hiperglucemia, muestra una fuerte asociación con antecedentes familiares de hipertensión con un OR 4.37 (IC 95% 1.50-13.28), es decir por cada diabético que ha presentado complicaciones de hiperglucemia hay 4 que tienen antecedentes familiares de hipertensión.

CONCLUSIÓN

En este trabajo se analizó la base de datos del SAISUV-Xalapa donde se logró obtener las principales causas de morbilidad del mismo en el 2011, siendo las primeras 3 causas hipertensión esencial, faringitis aguda sin mención de complicaciones y diabetes mellitus especificada sin mención de complicaciones.

Se obtuvo el número de derechohabientes con diabetes mellitus ascendiendo este a 509, así como se identificó el tipo de trabajador o dependiente económico, edad, sexo, número de personal, dependencia en la que labora, diagnostico según la CIE10, fecha de las consultas, número de consultas, correo electrónico del total de diabéticos, llegando a la conclusión de que falta actualizar dicha base de datos ya que en ella se incluyen personas fallecidas.

Al analizar la percepción de los pacientes respecto a la diabetes mellitus tipo 2, se llega a la conclusión de que el 11.11% de estos no conoce el tipo de DM que presenta, es importante que tanto los pacientes que tienen el conocimiento como los que no sobre la DM2 puedan tener más información sobre todo de la enfermedad que padecen para saber que tratamientos tomar, como es el caso de que tipo de ejercicios, una alimentación balanceada, y actividades que no perjudiquen su salud, así como cuidados médicos que eviten la aparición de complicaciones.

Se obtuvieron factores asociados para algunas complicaciones en pacientes con DM2 e hipertensión, siendo la más importante tener antecedentes heredofamiliares con hipertensión y no realizarse estudios oftalmológicos. Así como en pacientes diabéticos con hiperglucemias tienen una asociación con antecedentes heredofamiliares de hipertensión.

Finalmente se realizan algunas recomendaciones que permitirán apoyar a los pacientes diabéticos y al SAISUV para la atención de los mismos.

RECOMENDACIONES

Es importante mantener una revisión y actualización de la base de datos de los pacientes con diabetes mellitus, que esté relacionada directamente con el expediente clínico electrónico.

Implementar de manera permanente un programa de prevención primaria para DM2, identificando durante la consulta aquellos pacientes con factores de riesgo para este padecimiento, mediante el diseño de una encuesta apegada a normatividad sanitaria, que se aplique en su totalidad a los derechohabientes del SAISUV mayores de 20 años.

Crear un grupo de apoyo para los pacientes diabéticos, donde se brinde información sobre temas de conocimiento sobre la enfermedad y sus generalidades, proporcionar datos básicos para su autocuidado, brindar orientación nutricional y de acondicionamiento físico de acuerdo al grupo de edad.

Diseñar una campaña permanente de detección oportuna de hipertensión arterial en derechohabientes diabéticos -y no diabéticos- por ser la primera causa de consulta del SAISUV.

Generar espacios informativos en la sala de espera del SAISUV, sobre riesgos para la salud como tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, enfermedades crónicas no trasmisibles.

Ingresar a los derechohabientes diabéticos a un programa de prevención secundaria para evitar complicaciones.

Sumar al grupo de profesionales del SAISUV, un licenciando en nutrición, que brinde atención personalizada acuerdo a las necesidades de cada diabético.

Realizar un programa trimestral de actualización médica relacionado al cuidado del paciente diabético, con base a GPC para generar un tratamiento integral en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conget I. [Diagnosis, classification and cathogenesis of diabetes mellitus]. Rev Esp Cardiol. 2002;55(5):528-35. Epub 2002/05/23. Diagnostico, clasificacion y patogenia de la diabetes mellitus.

2. Botas P, Delgado E, Castaño G, Díaz C, Prieto J, Díaz F. Prevalencia de diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa en población entre 30 y 75 años en Asturias, España. Rev Clin Esp. 2002;202(8):421-7.
3. Carrasco E, Pérez F, Angel B, Albala C, Santos J, Larenas G, Et al Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev méd Chile [Internet]. 2004 15-Nov-2011; 132:[1189-97 pp.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000005&lng=es.
4. Tapia R. El manual de Salud publica. 2da edición. ed: Inter sistemas editores.
5. Campos Y, Guevara A, Vázquez C. Diagnóstico de salud del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana del 2009. 2009.
6. Universidad Veracruzana. Sistema de Atención Integral a la salud. 2011 [cited 2011 5 de septiembre de 2011]; Available from: https://dsia.uv.mx/SAISUV/.
7. Martinez S. Analisis de Situacion de Salud La Habana Cuba: Ciencias Medicas; 2004.
8. Cardenas R. El Diagnóstico, voces y reflexiones. Una busqueda de sentido en lo economico y social Medellin, : universidad de Antoquia, Contables C; 2004 2004. Report No.: Contract No.: 1.
9. Nino A, Torres P. Guia para elaborar un analisis situacional de salud en zonas rurales. 2009.
10. Vázquez C. Diagnostico de Salud Prevalencia de Diabetes Mellitus en Población Adulta del Municipio de Tepoztlán, encuesta de Salud 2006 [Diagnostico de Salud]2010.
11. OMS. Diabetes. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2011 26/09/2011. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html.
12. Untiveros C, Nuñez O, Tapia L, Tapia G. Late Complications in type 2 Diabetes Mellitus at the Hospital II Essalud – Cañete. Rev Med Hered 2004;15(2):64-9.
13. Licea M, Singh O, Smith A, Et al. Frequency, clinical characteristics and therapeutic results of arterial hypertension in type 2 diabetics from a health area. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2002; 13(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532002000200007&lng=es.
14. 14. Valdés E, Bencosme N. Frecuencia de la hipertensión arterial y su relación con algunas variables clínicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2009; 20(3):[77-88 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532009000300002&lng=es. .
15. Secretaría de Salud. Prevención , diagnostico y tratamiento oportuno del pie diabetico en el primer nivel de atención. CENETEC. 2008.
16. Lima V, Rios L. Opacidad de cristalino en diabéticos. Prevalencia y asociación con deficiencia visual y retinopatía Revista de Cirugía y Cirujanos. 2004;72(3).
17. López J, Rodríguez J, Ariza C, Et al. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. 2004;33(1):20-7.
18. Fabián M, Cobo C. Tabaquismo y diabetes. REV INST NAL ENF RESP MEX. 2007;20(2):149-58.
19. Abengózar R, Jiménez C, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso Sociedades adheridas al consenso Revista de las EMG Abordaje diagnóstico del tabaquismo 2003;53:283-91.
20. DSM-IV. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders1994.
21. Solís A, Alonso M, López K. Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.2009; 5:[1-13 pp.]. Available from: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80313060005.
22. ALAD. Guias ALAD 2000 para el diagnostico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencias. 2000 [1]; 1-79].
23. Bastida B, García J, Rincón A, Panduro A. Actividad física y diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud. 2001;3:49-56.
24. Moreno L, Limón D. Panorama general y factores asociados a la diabetes. Rev Fac Med UNAM. 2009;52(5):219-23.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (2010).
26. Jiménez B, Sánchez M, Domínguez E. Diagnóstico de salud de los académicos, derechohabientes de la Unidad de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana región Xalapa, 2007. Colecciones educativas en salud pública 6: Universidad Veracruzana; 2007.
27. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de Listas Cortas para la Tabulación de Datos. 2002; 2002 [cited 2011 21 Nov]; Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v23n4-intro_listas_cortas.htm.
28. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. 2006.

29. INSP. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud Pública 2006. 2007.
30. Universidad Veracruzana. Semblanza Historica de la Universidad Veracruzana. 2011; Available from: www.uv.mx/universidad/info/semblanza.
31. Rodríguez F, López F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. Semergen. 2004;30 (4):180-9.
32. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016. 2011.
33. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012. 2007.
34. Ibarra E, Cantú P. Años de vida productiva perdidos por complicaciones crónicas de diabetes mellitus en población económicamente activa. Revista Salud Pública y Nutrición 2003;4(2).
35. Organización Panamericana de la Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades [database on the Internet]. 2011.

ANEXOS

Anexo 1

MAPA DE UBICACIÓN SAIS UV

Anexo 2

FOTOGRAFIA DE LA UBICACIÓN

Anexo 3

ÁREA DE INFLUENCIA DE LA UNIDAD

Anexo 4

INSTRUMENTO

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV **Universidad Veracruzana** Folio

Instituto de Salud Pública

Diagnóstico de Salud

Buenos días (tardes) mi Nombre es _____. Estamos realizando una encuesta. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines académicos, garantizamos que ningún resultado de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará a evaluar y analizar la situación de salud la comunidad universitaria.

Nombre de quien realiza la entrevista:	
Fecha de realización de la entrevista:	
Nombre de quien captura datos:	
Fecha de captura de datos:	

Anexo5

CEDULA DE COTEJO DE REQUISITOS MINIMOS DE INFRASTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998

Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Características de consultorio de medicina general o familiar.	Si	No
Debe contar con dos áreas: una, en la que se efectúa la entrevista con el paciente y acompañante y otra donde se realiza la exploración física.		
Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar unidas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento que se menciona en el Apéndice Normativo “A”, con los espacios necesarios para las actividades del personal y de los pacientes y acompañantes.		
Para la exploración física se requiere que la infraestructura, el mobiliario y el equipamiento tengan la distribución que permita realizar las actividades y acciones médicas de una manera eficiente, asegurando los espacios necesarios para una circulación ágil y segura del personal médico.		
Tener un lavabo en el área.		
Si el consultorio no está ligado físicamente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio, debe contar con un botiquín de urgencias. En el caso de consultorios que estén interrelacionados y pertenezcan a una misma unidad médica, será suficiente con la existencia de un botiquín de urgencias.		
Contar con un sistema para guardar los expedientes clínicos cumpliendo con los requisitos que indica la NOM-168-SSA1-1998.		
Elementos complementarios	Si	No
Es recomendable que el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante mientras aguarda ser atendido; así mismo que el consultorio y la sala de espera cuenten con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos y con los servicios sanitarios indispensables en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes.		
Las unidades deben ser diseñadas y construidas con elementos necesarios para lograr confort ambiental agradable en los locales que integran el establecimiento de acuerdo a la función, mobiliario, equipamiento y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y su distribución adecuada para obtener un aislamiento térmico correcto.		
Las ventanas deberán dimensionarse con capacidad de iluminación y de ventilación naturales, en el porcentaje que se señale en el reglamento de construcción local.		
Los pisos, muros y plafones de la unidad deben ser de fácil limpieza, resistentes y llenar las necesidades de acuerdo a la función del local y las características del ambiente.		
Características de asoleamiento para la orientación de la unidad.		

Apéndice A Normativo

Mobiliario, Equipo e Instrumental para el Consultorio de Medicina General o Familiar

DESCRIPCION	
MOBILIARIO	
Asiento para el médico	
Asientos para el paciente y acompañante	
Mueble para escribir	
Guarda de medicamentos, materiales o instrumental	
Sistema para guarda de expedientes clínicos	
Asiento para el médico en la exploración del paciente	
Banqueta de altura o similar	
Mesa de exploración con aditamento para las piernas	
Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable	
Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para Residuos Peligrosos	
EQUIPO	
Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal (1)(2)	
Estetoscopio biauricular	
Estetoscopio Pinard	
Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)(2)	
Báscula con estadímetro (1)(2)	
Báscula pesa bebé (1)(2)	
Lámpara con haz direccionable	
INSTRUMENTAL	
Caja con tapa para soluciones desinfectantes	
Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm	
Espejo Graves 3.2 x 10 cm	
Espejo Graves 3.5 x 11.5 cm	
HisterómetroSims	
Martillo Percusor	
Pinza de anillos	
Pinza estándar, estriada, sin dientes	
Pinza, recta, fenestrada, estriada	
Pinza, tipo mosquito, curva	
Pinza para sujetar cuello de matriz	
Pinza, curva, con estrías transversales	
Porta aguja, recto, con ranura central, y estrías cruzadas	
Pinza, longitud 24 cm	
Riñón de 250 ml	
Tijera recta	
Mango para bisturí	
Torundero con tapa	
VARIOS	
Termómetro clínico	
Cinta métrica	
Lámpara de Baterías	

Anexo 6

INSTRUMENTO

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	Vulnerabilidad	
1	Hipertensión esencial (primaria)	2	4	3	3	4	288
2	Faringitis aguda, no especificada	1	4	2	2	4	64
3	Diabetes mellitus especificada, sin mención de	2	4	3	3	4	288
4	Trastorno mixto ansioso depresivo	2	3	3	2	2	72
5	Hiperlipidemia mixta	1	3	2	2	4	48
6	Gastritis no especificada	1	3	2	1	4	24
7	Hipertensión secundaria, no especificada	2	3	3	2	4	144
8	Síndrome de colón irritable sin diarrea	1	2	3	1	4	24
9	Hipotiroidismo, no especificado	1	2	1	2	4	16

Fuente: Sitio Web de la Universidad de Antioquia Colombia http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Medicina

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL "CENTRO DE SALUD URBANO DR. GASTÓN MELO"

Yazmín Ramírez González, Alejandro Loya Jiménez, Damián Eduardo Pérez Martínez
Asesor Interno: MSP. Christian Soledad Ortiz Chacha
Asesora Externa: MSP. Judith del Carmen Hernández Siliceo

RESUMEN

Introducción. El diagnóstico situacional de salud es la herramienta esencial para determinar el nivel de salud de una población a partir de la identificación de factores sociales, económicos y biológicos. La necesidad de conocer la salud de la mujer en edad reproductiva requiere especial atención por las condiciones implicadas en su desarrollo, el cual de manera integral está constituido por un enfoque biopsicosocial.

Objetivo. Elaborar el diagnóstico situacional de salud de la población de mujeres en edad reproductiva del área de influencia del CSUGM.

Método. Estudio de corte cuantitativo y transversal durante el periodo de septiembre a noviembre del 2011. Se realizó un muestreo a conveniencia, conformada por 394 mujeres en edad reproductiva de 12 a 45 años de edad del área de influencia del CSUGM.

Resultados. El 22.6% de la población está situada en el grupo quinquenal de 20 a 24 años, con una media de 27 años. El 62% son solteras, el 35% estudiantes y el 42% cuentan con el nivel de licenciatura o se encuentran cursándolo. La edad promedio de la menarquia es de 12 años, él 48% es sexualmente activa, de esta el 64% utiliza algún método anticonceptivo. El 32% ha tenido al menos un embarazo y el 8% de estas ha tenido por lo menos un aborto. El 70% no se realiza auto-exploración de mamas y el 30% no se realizó el Papanicolaou en el último año.

Conclusiones. Se logró la totalidad de los objetivos planteados, permitiendo la identificación de las condiciones sociodemográficas y conductuales presentes en la población femenina en edad reproductiva, describiendo sus principales problemas y necesidades, mismas que deben ser cubiertas por los servicios de salud del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo", para mejorar la calidad de vida de la población.

INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer requiere especial atención por las condiciones de su desarrollo biológico, el cual de manera integral está constituido desde un enfoque biopsicosocial, con el fin de determinar su estado de salud, ya que la condición de pobreza o de un nivel educativo bajo, aumentan la probabilidad de enfermedades, discapacidad y mortalidad. Las diferencias sociales, biológicas y psicológicas en el estado de salud-enfermedad entre hombres y mujeres, fundamentan la utilización del enfoque de género para explicar las razones que determinan la vulnerabilidad de las mujeres ante ciertos malestares o padecimientos(1), con el fin de mejorar el proceso salud-enfermedad-atención.

El CSUGM, cuenta con 12 núcleos básicos y una población de responsabilidad de 30,411 habitantes, en el que se han realizado algunos diagnósticos de salud. Sin embargo, no hay antecedentes de estudios focalizados a grupos poblacionales, como en el caso de la población femenina en edad reproductiva, de 12 a 45 años de edad, a pesar de que dentro de la población total del área de influencia, aproximadamente ésta representa un cuarto de la población y en el Centro de Salud tiene gran presencia en sus estrategias de salud.

El presente estudio fue de corte cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado en el periodo de septiembre a noviembre del año 2011, con el objetivo principal de elaborar un diagnóstico situacional de salud de la población de mujeres en edad reproductiva del área de influencia del CSUGM. De los resultados obtenidos

se identificaron los determinantes de salud de dicha población. Es por ello la importancia en la realización del presente, con el fin de conocer a fondo la situación de salud de la población de interés y orientar en la toma de decisiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico situacional de salud es una herramienta esencial para la planificación de los servicios de salud prestados a la población, a partir del papel que juegan los factores sociales, económicos y biológicos en ésta(2). La salud de una población se encuentra en constante cambio, volviéndola una situación de rigurosa actualización anual(3). Es por ello la necesidad de elaborar el presente trabajo, considerando que los resultados obtenidos enriquecerán los conocimientos sobre la población de mujeres en edad reproductiva, trayendo consigo mejoras para la planeación, asignación de recursos y acciones con el fin de cubrir de una manera óptima las necesidades de este grupo importante de la población. Cabe mencionar la relevancia que tiene la salud de la población femenina, puesto que, en nuestro país, ésta representa alrededor de los 57 millones de habitantes, de los cuales en el Estado de Veracruz habitan 3, 947,515, conformando el 52% de la población total, con una razón de feminidad de 1.1. Particularmente, en la ciudad de Xalapa radican 244, 357 mujeres (53%) (4). En el CSUGM se realización estrategias y acciones de salud para este grupo de la población, sin embargo se desconoce cuál es la situación que guarda la salud de las mujeres en edad reproductiva de su área de influencia. Es por ello la importancia de prestar atención en las conductas de salud que están relacionadas con las necesidades biológicas de este grupo poblacional, principalmente en los ámbitos reproductivos y sexuales.

Así mismo, en el CSUGM se han realizado diagnósticos de salud que han dotado de información de la población en general del área de influencia. Sin embargo, no permiten identificar y orientar acciones específicas para los diferentes géneros y grupos etáreos de la unidad, los cuales representan panoramas diversos en cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención. Por tal motivo, con este trabajo se pretende abrir un panorama poco estudiado sobre la salud de la población de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, ya que la información revisada de documentos previos referentes a ésta población es escasa e insuficiente.

MARCO TEÓRICO

Diagnóstico situacional de salud

"Es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud- enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud, las cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias"(2).

Permite identificar los diferentes estratos de la población a analizar, determina sus condiciones de vida, sus riesgos y localiza los grupos más vulnerables dentro de la población(2).

El diagnóstico situacional de salud se realiza, entre otras cosas, para identificar las principales necesidades en salud de la población, identificar factores condicionantes capaces de ser intervenidos y permite orientar la planificación, la asignación de recursos y el presupuesto(2).

Se realiza considerando el análisis de los registros de morbi-mortalidad e información demográfica, la cual se puede recolectar de diversas fuentes, como registros del centro de salud, el censo comunitario o las visitas domiciliarias. Es necesario determinar las necesidades reales, aplicándose para ello la recolección de información a través de encuestas de enfoque de riesgo(2).

Salud de la mujer

La salud es una condición integral en el ser humano que está envuelta por la esfera social, psíquica y biológica(5). El estado de salud de las mujeres no solo está delimitado por las particularidades biológicas sexuales, sino que, de igual manera los factores socioeconómicos y físicos en los que se desarrollan influyen significativamente en ella, ya que situaciones de pobreza o un nivel educativo bajo aumentan la incidencia de enfermedades, discapacidad y mortalidad. Las diferencias en el estado de salud y enfermedad fundamentan la utilización del género para explicar las razones que determinan el estado de alta vulnerabilidad que presentan las mujeres hacia ciertos malestares o padecimientos(1). En diversas sociedades del mundo, la salud de la mujer es especialmente preocupante por las condiciones de desventajas que viven y por la discriminación de la cual son víctimas, condicionadas por factores socioculturales(5). Las

necesidades de salud de la mujer, debido a la presencia de problemáticas específicas requieren especial atención diferencial que ayude a describir de manera óptima y prioritaria la atención que requieren hacia los procesos de salud-enfermedad, aunque mayormente se concentran en los procesos implicados en el ciclo vital, comprendiendo principalmente a las mujeres en edad reproductiva y los fenómenos relacionados con la menstruación, reproducción, maternidad, sexualidad y anticoncepción(6).

Edad Reproductiva

La edad reproductiva es el promedio del periodo comprendido desde el inicio del ciclo menstrual hasta la menopausia en una población(7). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la edad reproductiva a nivel internacional oscila entre los 15 y los 44 años de edad (8). A nivel nacional, el promedio de años fértiles oscila entre los 12 y los 49 años (9, 10), mientras que, a nivel Estatal, la edad reproductiva promedio en las mujeres se encuentra entre los 15 y 49 años de edad(11), aunque hay registros de inicio de vida reproductiva en mujeres menores de 15 años de edad(4). Por ello, el presente trabajo considera para el grupo de estudio una edad fértil ajustada según datos anteriores, en el rango de 12 a 45 años de edad.

Salud Reproductiva

Según la OMS dentro del contexto de los derechos reproductivos, define la salud reproductiva como "la libertad de elección en el área de la regulación de la fecundidad"(12). El enfoque de la salud reproductiva se discutió en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en 1943, en la que se consideró que la salud de la mujer está directamente relacionada con la salud reproductiva y la salud sexual. Y fue definida como "un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, de sus funciones y procesos(1). Con una visión que considera el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva de calidad para toda la población(13).

.Salud sexual

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual "es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social"(14). Es importante su promoción, ya que se requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad, para poder formar actitudes y valores positivos en la sociedad.

MARCO EMPÍRICO

El diagnóstico de salud nos permite conocer los principales problemas de salud de un lugar o una población determinada, y con ello poder encontrar sus posibles soluciones. Es importante tener en cuenta los diagnósticos previos realizados en la zona de interés, con el fin de contribuir al conocimiento de problemáticas pasadas y la forma en que se abordaron y describieron las mismas.

En el CSUGM se han realizado una gran diversidad de diagnósticos de salud, a continuación se mencionaran los más sobresalientes, tanto en datos como en la metodología aplicada.

En el 2007, Pavón y colaboradores(15), elaboraron un diagnóstico de las condiciones de salud en catorce colonias pertenecientes a ocho núcleos básicos de la Unidad, con el propósito de encontrar los diferentes factores de riesgo y condicionantes de la salud de la población desde una óptica integral y conocer los recursos con los que cuenta el CSUGM para resolver estos problemas. Los hallazgos más sobresalientes fueron que la mayoría de la población que correspondía al área de influencia, contaba con servicios públicos como son agua entubada (no potable), energía eléctrica y servicio de limpia pública; además ciertas viviendas estaban construidas con materiales precarios, cifra que fue mayor a la reportada por la Encuesta Nacional de Salud 2000, que menciona ser del 2% para el estado de Veracruz. El 36% de las personas presentaron sobrepeso y 12% algún grado de obesidad. En el 53% de la población se detectó sedentarismo y 24% presentó algún riesgo por sus hábitos alimentarios inadecuados. El 50% de las mujeres encuestadas mencionaron haberse realizado la prueba de la Detección Oportuna del Cáncer Cérvico-uterino hace casi más de un año a la fecha de la encuesta o bien no se lo había practicado nunca.

En referencia al grado de escolaridad de la población mayor de cuatro años, encontraron poco más de 25% de

estudiantes o personas con instrucción básica (primaria), y también poco más de 25% encontraron individuos con nivel profesional o estudiantes de este grado académico. En cuanto a la condición de alfabetismo, encontraron dentro de la población de estudio cerca de un 18% de analfabetas y 82% de alfabetos. Donde se puede hacer comparación con las cifras de La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2010, la cual revelo que el 8% de las mujeres no tiene ningún nivel de estudios. (Mujer 30. Doc.) En cuanto a la cultura de prevención o autocuidado, encontraron que 70% de la población sólo asistían al servicio médico cuando se encuentra mal o en caso de urgencia. Parte del porcentaje de personas que mencionaron no asistir al servicio de salud, expresaban inconformidad ya que en alguna ocasión habían recibido maltrato por parte del personal de salud. Y en términos económicos, aproximadamente el 61% de la población, recibían dos salarios mínimos o menos (10).

En el año 2009 Camarillo y colaboradores(16), realizaron un diagnóstico de salud con la finalidad de identificar los daños a la salud, factores condicionantes y recursos para la salud de la población de responsabilidad de un Núcleo Básico del CSUGM, pero aún no se conocen los resultados ya que se encuentran en revisión para su publicación. Con base en todo lo anterior, se pone de manifiesto la necesidad de contar con un diagnóstico situacional de salud de la población de mujeres en edad reproductiva del CSUGM; si bien es necesario realizar investigaciones, con el propósito de conocer la situación que presenta cada sociedad, ya que cada una está construida y afectada por situaciones diferentes, el enfocarse sólo al grupo de las mujeres, dentro del rango de edad que comprende de 12 a 45 años, ayudará a conocer e identificar de una forma más precisa las necesidades de este grupo.

En la actualidad, son escasos los trabajos dedicados únicamente a describir la situación de salud en mujeres de edad reproductiva. La revisión de estudios previos demuestra que los trabajos más similares al presente, sólo investigan una problemática de salud en el grupo de edad que abarca de 12 a 45 años, o varias problemáticas de salud pero sin delimitar la edad de las mujeres. En cuanto a la zona de interés, cómo se ha visto, no se ha realizado algún estudio que focalice a alguno de los grupos vulnerables, como lo es la población femenina en edad reproductiva.

Estudios sobre población femenina en edad reproductiva

En 2003, Alonso y colaboradores analizaron las características biopsicosociales y la frecuencia de relaciones sexuales en embarazadas en la Empresa Social del Estado Prudencio Padilla en Colombia, observando que el 68% de las embarazadas tienen prejuicios que influyen en la frecuencia de relaciones sexuales durante el embarazo, encontrando significancia estadística entre las ideas referentes al daño en el feto a causa de la penetración y las relacionadas con el adelanto del parto por tener relaciones sexuales durante la gestación(17).

En 2004, Colomar y colaboradores identificaron las prácticas en atención materna y perinatal en hospitales públicos de Uruguay, encontrando de importancia relevante en este estudio que la tasa de administración de corticoides a mujeres con amenaza de parto pre-termino fue igual o menor que 40%, mientras que la administración de ácido fólico antes y durante la concepción fueron menores al 35%, de igual manera el acompañamiento durante el parto y manejo activo durante el alumbramiento obtuvieron el mismo valor. Por otro lado la episiotomía y el rasurado perineal obtuvieron tasas mayores que 50 %. Finalmente se observó que el uso de técnicas inusuales y obsoletas sigue en práctica en la mayoría de los hospitales de Uruguay(18).

En 2007, Amado y colaboradores en la ciudad de Tunja, Colombia, realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar predictores psicológicos del uso de preservativos, aplicando una encuesta a 381 mujeres en edad reproductiva residentes de la zona de estudio. El instrumento evaluaba los conocimientos, motivos, situaciones sociales y estados biológicos relacionados con el uso del preservativo en la primera relación sexual y a lo largo de la misma(19).

El análisis de los datos señaló diferencias entre quienes utilizaron y no utilizaron preservativo en su primera relación, así como en quienes lo utilizaron consistentemente e inconsistentemente a lo largo de su vida sexual. En un análisis de regresión logística multivariado aportó como predictor el uso del preservativo a lo largo de la vida sexual activa al motivo "porque yo no sabían utilizarlo"(19). Fortalecido a esto, otra investigación muestra la necesidad de diseñar programas que pongan especial atención en la variable de los motivos que subyacen al uso de preservativo (10).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en conjunto con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportaron a partir de la encuesta nacional de la dinámica demográfica del año 2009, que en México las mujeres tienen en promedio 2.2 hijos durante su vida fértil, El 98% de las mujeres tienen conocimiento de al menos un método anticonceptivo pero solo el 72% los utilizan. El 45.1% de las mujeres de 15 a 49 años reportó al menos un embarazo, de los cuales el 97.3% tuvo asistencia prenatal. De cada 100 mujeres 57 se encuentran unidas, 35 son solteras y 8 están separadas, divorciadas o viudas (20).

En el estudio Sexualidad y Embarazo Adolescente en México hacen mención de que el 14% del total de nacimientos corresponden a mujeres en edad de 15 a 19 años, lo que representa un riesgo por la edad que presentan ya que conlleva a un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor probabilidad de mortalidad materno-infantil, es por ello que los nacimientos a temprana edad pueden conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida(21).

En 2010, Marques y colaboradores describieron el comportamiento de las mujeres en relación a la planificación familiar y su influencia cultural de Sao Paulo, Brasil; encontrando que las dificultades que presenta la planificación familiar radican especialmente en la información ineficaz sobre los métodos anticonceptivos, aunado a la influencia que el núcleo familiar tiene sobre el uso de los mismos, concluyendo que la planificación familiar está fuertemente influenciada por los modelos culturales y los valores tanto morales como religiosos(12).

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar la situación de salud de la población de mujeres en edad reproductiva (12–45 años) del área de influencia del CSUGM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar las conductas de salud sexual y reproductiva de la población de mujeres de 12 a 45 años.
- Describir la demanda de los Servicios de salud del CSUGM.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

El presente estudio tiene un abordaje cuantitativo, se trata de un estudio analítico, descriptivo y de corte transversal. Fundamentado en el objetivo de detallar las características que presenta la población femenina en edad reproductiva en el año 2011.

Población de estudio

El universo de estudio está conformado por la población residente del área de influencia del CSUGM, constituida aproximadamente de 30,411 personas, de la cual el 25% se encuentra conformado por la población de estudio, la población femenina en edad reproductiva de 12 a 45 años de edad.

Descripción de la muestra

La recolección de información para el presente estudio se realizó por medio de un muestreo a conveniencia, conformado por 394 mujeres en el rango de edad de 12 a 45 años, residentes del área de influencia del CSUGM.

Criterios de inclusión

- Población femenina de 12 a 45 años de edad residente del área de influencia del Centro de Salud Dr. Gastón Melo.
- Instrumentos que hayan sido llenados de manera correcta.

Criterios de exclusión

- Personas que no habiten en la residencia a encuestar, ya sea porque estén de visita o laboren ahí.

Criterios de eliminación

- Aquellos cuestionarios que estén incompletos.

Variables

La definición y operacionalización de variables se encuentra descrita en la tabla de variables en el anexo 2.

Método de obtención de datos

Se realizaron encuestas domiciliarias, utilizando una cédula modificada de micro-diagnóstico para conocer el estado de salud general de la población a estudiar, estructurada en los siguientes apartados: ficha de identificación, aspectos socioeconómicos, datos personales, estado de salud actual y métodos de planificación familiar. La modificación incorpora los apartados que profundizan y detallan los siguientes tópicos: embarazo, sexualidad, planificación familiar, prevención y diagnóstico oncogénico. En conjunto el instrumento utilizado contiene 25 ítems.

La elaboración del instrumento de está basado en la cédula de micro diagnóstico utilizada por las unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz, en la cual se agregaron ítems para ahondar más en algunos aspectos de la salud de la población femenina en edad reproductiva; que una vez conformada, se piloteó en un grupo de mujeres con características y condiciones similares a la población de estudio. Los resultados del pilotaje ayudaron a re-estructurar algunas de las preguntas utilizadas en el instrumento.

Método de procesamiento de datos y análisis de la información.

Una vez recolectada la información de interés, se utilizó como herramienta el paquete de análisis estadístico para las ciencias sociales versión 18 SPSS® (por sus siglas en ingles) para conformar la base de datos donde se capturó la información recabada. La cual una vez completada, se procedió a realizar el cálculo de frecuencias, incidencias y prevalencias. Se realizaron varios cruces de variables con el fin de detallar el comportamiento de las características de la población según edad, edad de la primera menstruación, grado máximo de estudios, edad de la primera relación sexual, ocupación y número deseado de hijos entre otras.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Distribución de la población

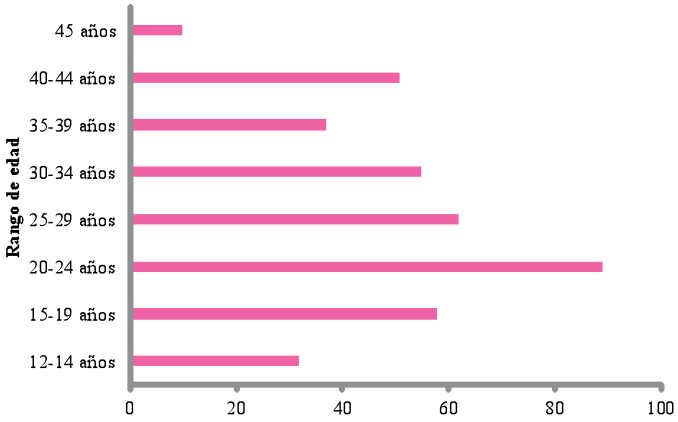
La distribución por edad de la población de estudio, 394 mujeres que participaron en el presente diagnóstico, muestra que la mayor proporción se ubica en las mujeres de 23 años, representando el 6.3% de la población, seguida por las mujeres de 40 años que conformaron el 5.1%. Además denota que el 75% de la población está conformada por mujeres de 34 años o menos, encontrando como edad mínima de 12 años, edad máxima 45 años, con una edad media de 27.09 años y una edad mediana de 26 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la población femenina en edad reproductiva del CSUGM por edad. Xalapa, Ver. 2011

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
12	11	2.8	2.8
13	10	2.5	5.3
14	11	2.8	8.1
15	12	3.0	11.2
16	12	3.0	14.2
17	10	2.5	16.8
18	12	3.0	19.8
19	12	3.0	22.8
20	18	4.6	27.4
21	17	4.3	31.7
22	18	4.6	36.3
23	25	6.3	42.6
24	11	2.8	45.4
25	12	3.0	48.5
26	14	3.6	52.0
27	14	3.6	55.6
28	16	4.1	59.6
29	6	1.5	61.2
30	17	4.3	65.5
31	9	2.3	67.8
32	11	2.8	70.6
33	9	2.3	72.8
34	9	2.3	75.1
35	13	3.3	78.4
36	7	1.8	80.2
37	8	2.0	82.2
38	4	1.0	83.2
39	5	1.3	84.5
40	20	5.1	89.6
41	9	2.3	91.9
42	10	2.5	94.4
43	5	1.3	95.7
44	7	1.8	97.5
45	10	2.5	100.0
Total	394	100.0	

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico de salud de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011.

Gráfica 1. Frecuencias de mujeres en edad reproductiva del CSUGM por grupos etáreos. Xalapa, Ver. 2011.

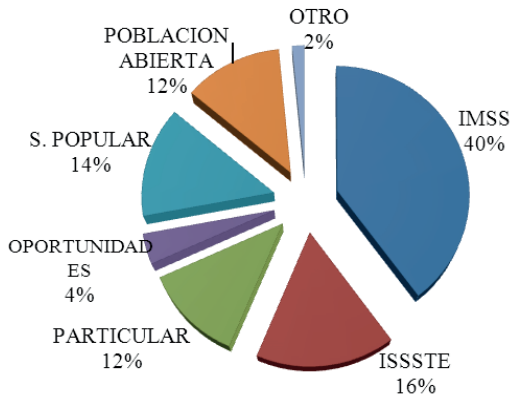


Fuente: Tabla 1 Anexo 3.

En el gráfico 1 se muestra la distribución de las mujeres en edad fértil por grupos quinquenales, en la cual se observa que el grupo con mayor porcentaje de integrantes es de 20 a 24 años de edad con el 22.6%, mientras que el grupo con menor proporción son las mayores de 45 años con un 2.5% del total; la distribución es similar entre los grupos de 15 a 19 años y de 30 a 34 años de edad, representando el 14.5% y 14% respectivamente. El grupo de entre los 12 a 14 años conforman el de menor proporción.

Acceso a los Servicios de Salud

Gráfica 2. Distribución porcentual de la población femenina en edad reproductiva por Derechohabiencia. CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

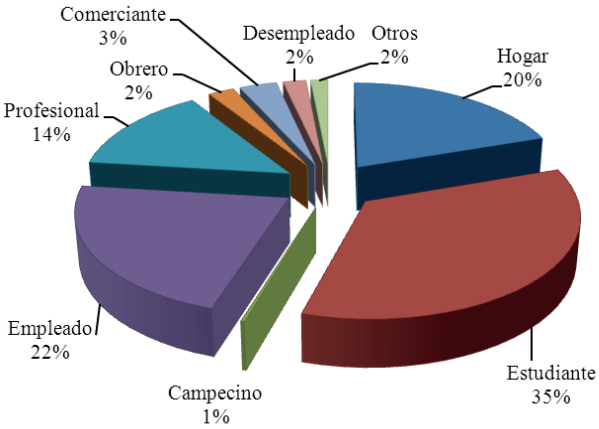


Fuente: Tabla 2, Anexo 3.

En la población de estudio se encontró que la mayor proporción de la población con derechohabiencia pertenece al IMSS con el 40%, seguida de un16% que cuentan con servicios del ISSSTE. El CSUGM abarca el 26% de la población a través del programa del Seguro Popular y los servicios a la población abierta; mientras que las personas que recurren al servicio de médico particular representan el 12%, y un 2% recurre a otros medios de atención médica (Gráfica 2).

Ocupación

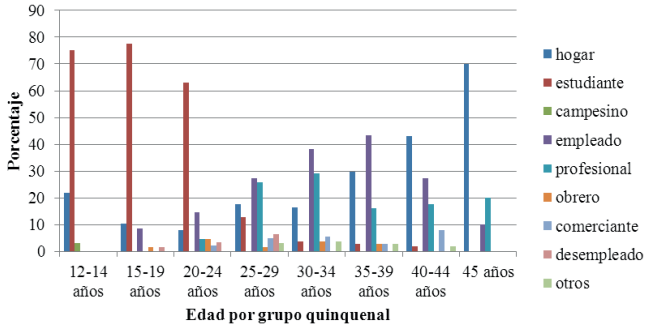
Gráfica 3. Distribución porcentual de las mujeres en edad reproductiva por Ocupación del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 4, Anexo 3.

Dentro de la población de mujeres en edad reproductiva la ocupación más representativa es la del rubro de estudiantes en un 35%, seguida por la población empleada en un 22%. El 20% de la población se dedica a las actividades del hogar, el 14% se desenvuelven en el ámbito laboral prestando servicios profesionales; y en menor porcentaje están las actividades comerciante (3%), obrero (2%) y otras ocupaciones (2%); mientras que la población de estudio dedicada a actividades campesinas es menor al 1%. El 2% de la población se encuentra desempleada (Grafica 3).

Gráfica 4. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por grupo de edad y ocupación del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

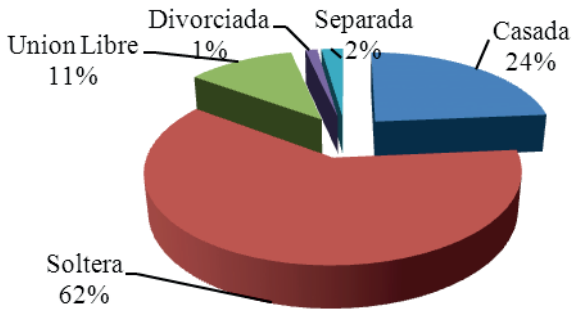


Fuente: Tabla 35, Anexo 3.

La distribución porcentual de la población de acuerdo a la ocupación en relación al grupo de edad, denota que la actividad de estudiante es la más frecuente entre el grupo de 12 a 24 años de edad, misma que decrementa a mayor edad. La ocupación de empleada inicia entre el grupo de 15 a 19 años manteniéndose en aumento hasta los 39 años. La población dedicada a la actividad campesina se encontró solo en menores a 14 años. Las mujeres que se dedican a las labores del hogar están presentes en todos los grupos, centrándose principalmente en las edades posteriores a los 40 años. La población obrera y dedicada al comercio se localiza de los 15 hasta los 44 años, con una frecuencia baja comparada con otras ocupaciones. La población desempleada es más frecuente en el grupo de 25 a 29 años, aunque se empieza a presentar desde el grupo de 15 y 19 años (Grafica 4).

Estado Civil

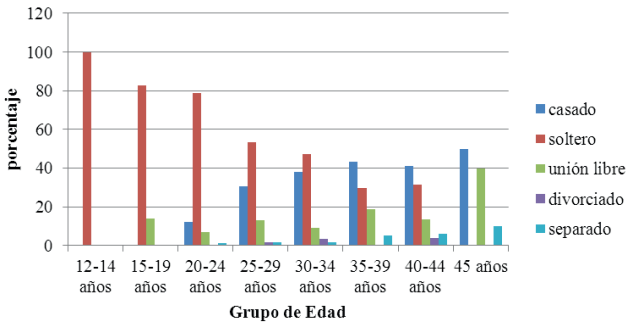
Gráfica 5. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por estado Civil del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011



Fuente: Tabla 3, Anexo 3.

Del total de las mujeres que forman parte del estudio, el 62% son solteras, mientras que las mujeres casadas ocupan el 24% de la población total. Las mujeres que viven en unión libre con su pareja representan el 11%, mientras que las mujeres separadas son el 2% y las divorciadas el 1% (Gráfica 5).

Gráfica 6. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por estado civil y grupo quinquenal de edad del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

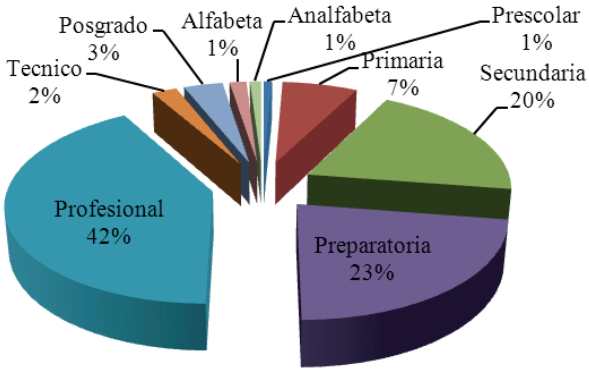


Fuente: Tabla, 28 Anexo 3.

Por grupos quinquenales, la población soltera en el grupo de 12 a 14 años representa el 100% de las mujeres mientras que a partir del grupo de 15 a 19 años, siendo adolescentes, comienzan a tener vida en pareja viviendo en unión libre, que también tiene gran representatividad este estado civil en el grupo de 45 años. En el grupo de estudio los matrimonios y las separaciones se comienzan a dar a partir de los 20 años. Los divorcios se ven incrementados entre las mujeres de 25 hasta los 34 años y se reducen en el grupo de 35 a 39 años. En las edades comprendidas de 40 a 45 años se observa un incremento de divorcios y separaciones en mayor porcentaje este último en comparación a otras edades (Gráfica 6).

Grado Educativo

Gráfica 7. Distribución porcentual de las Mujeres en edad reproductiva por grado máximo de Estudios del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.

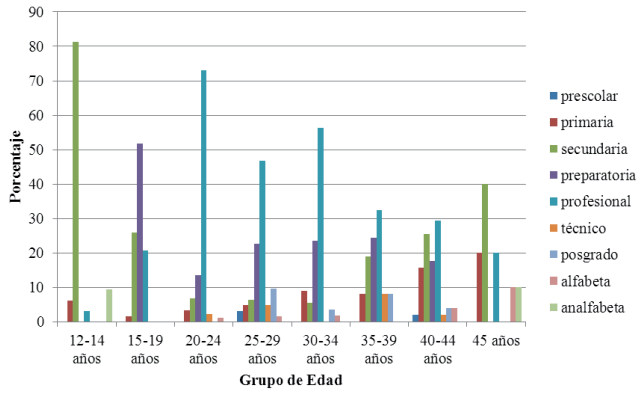


Fuente: Tabla 26, Anexo 3.

La distribución porcentual de la población por el grado máximo de estudios señala que el 42% de las mujeres cuentan con alguna formación profesional, el 23% solo cuenta con preparatoria, el 20% tiene estudios de secundaria, mientras que el 7% de la población solo cuenta con primaria.

La población que no tiene conocimientos de lectura y escritura abarca el 1%, al igual que la población mayor de 15 años sin algún grado de estudio. Por otro lado la formación de postgrado estuvo presente en el 3% y la de grado técnico en el 2% (Grafica 7).

Gráfica 8. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva del por nivel de escolaridad máxima y grupos quinquenales de edad del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011



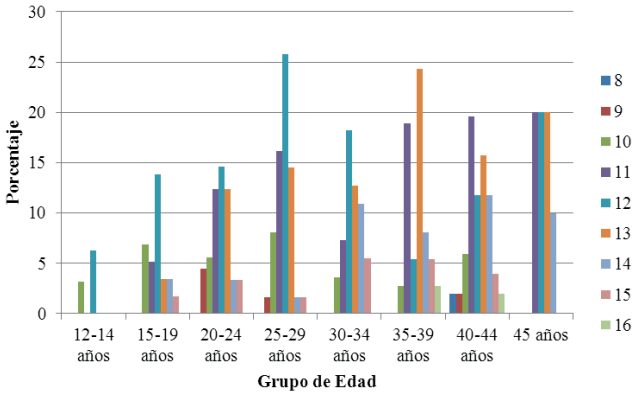
Fuente: Tabla, 31 Anexo 3.

De acuerdo con la distribución de la población por grado de estudio y grupo etario, se aprecia que más del 80% de la población entre 12 y 14 años se encuentra estudiando o cuenta con la formación secundaria, en el grupo de 15 a 19 años el 50% cursan o tienen mínimo la formación preparatoria, mientras que la formación profesional es más frecuente en las edades entre los 20 y 34 años. La población alfabeta y analfabeta se centró principalmente en la población de 45 años (Grafica 8).

Conductas de salud sexual y reproductiva

La edad promedio de la primera menstruación, en la población que conforma el presente estudio fue de 12 años, teniendo un rango que abarcó desde los 8 hasta los 16 años como edad mínima y máxima respectivamente, y una edad media de 14 años.

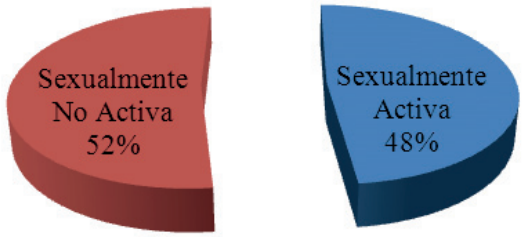
Gráfica 9. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por grupo de edad e inicio de su primera menstruación. CSUGM, Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla, 12 Anexo 3.

La distribución de la edad de inicio de la vida fértil denota una gran diversidad, identificando que en su mayoría oscila entre los 11 y 13 años, de igual manera se describe la aparición precoz de la primera menstruación en edades tempranas, próximas a los 10 años de edad en la población entre 12 y 29 años principalmente (Grafica 9). La población de mujeres que no respondió al ítem referente a este dato fue del 65%.

Gráfica 10. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva del que declararon tener una vida Sexual Activa del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.

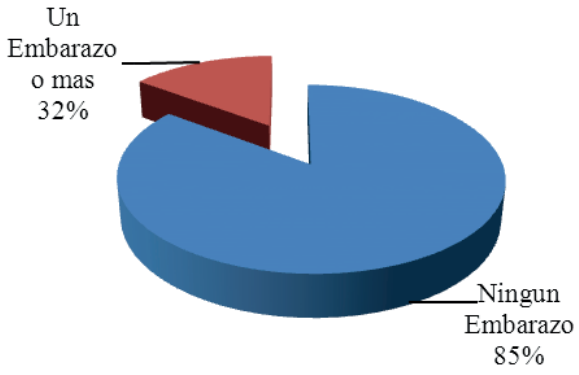


Fuente: Tabla, 14 Anexo 3.

Dentro de la población de estudio el 48% declaró tener una vida sexualmente activa, presentando un promedio de edad de inicio de vida sexual de 19.15 años, con un rango mínimo de 13 años y máximo de 30 años (Gráfica 10).

Embarazo

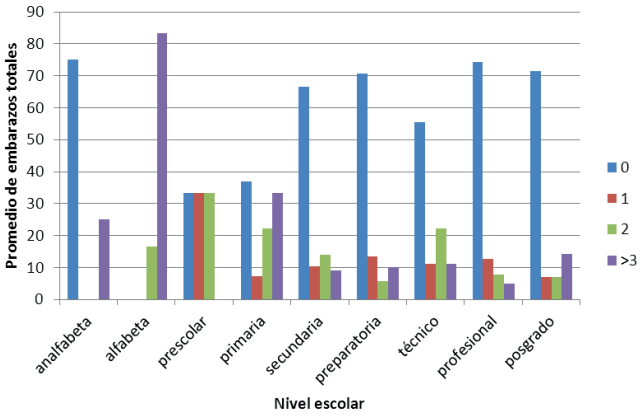
Gráfica 11. Distribución porcentual de Mujeres en edad reproductiva que han tenido por lo menos un Embarazo. CSUGM, Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla, 6 Anexo 3.

El 32% de la población de mujeres de estudio ha tenido por lo menos un embarazo, en cuanto al numero de embarazos el 11% del total ha tenido solo un embarazo, el 10.2% dos embarazos y el 10.7% ha tenido 3 o más. Teniendo en promedio 0.72 embarazos por mujer en el área de influencia del CSUGM (Gráfica 11).

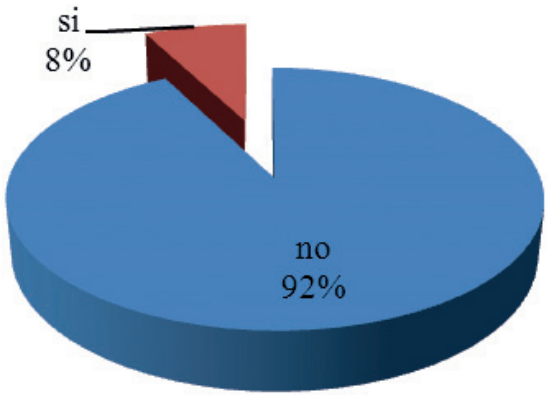
Gráfica 12. Promedio de embarazos de las mujeres en edad reproductiva por grado de estudios del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 38, Anexo 3.

El promedio de embarazos en el grupo de estudio es de 2.2 embarazos, con un número máximo de 3 embarazos, situación que se presentó principalmente en la población que cuenta solo con estudios de primaria, al igual que en la población alfabeta y analfabeta. La mayoría de mujeres que tuvieron 2 embarazos tienen solo educación prescolar, primaria y técnica. Las mujeres que han tenido un solo embarazo, se mantienen constante en todos los niveles académicos. Se puede observar que en los grados superiores como son, profesional y posgrado, se presentan un menor número de embarazos (Gráfico 12).

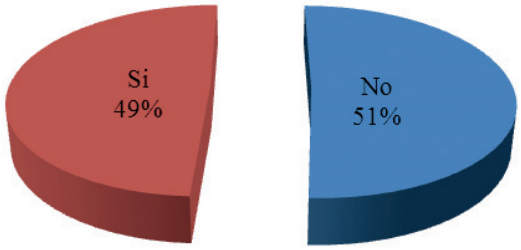
Gráfica 13. Distribución porcentual de Mujeres en edad reproductiva que refieren haber tenido por lo menos un aborto, CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 8, Anexo 3.

De las 128 mujeres que han tenido por lo menos un embarazo, el 8% refirió haber tenido por lo menos 1 aborto (Gráfica 13). Se encontró que las mujeres que han tenido entre 4 y 6 embarazos son las que presentaron un mayor número de abortos (tabla 36, anexo 3).

Gráfica 14. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva que han tenido por lo menos un embarazo según práctica de la lactancia materna del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.

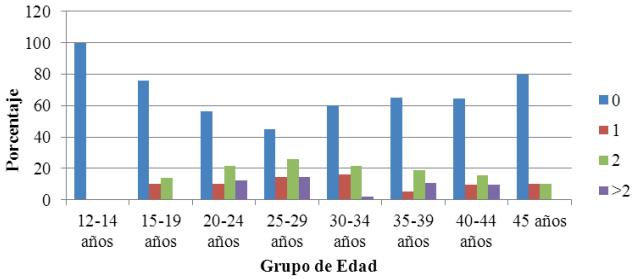


Fuente: Tabla 11, Anexo 3.

Del número total de mujeres que han estado embarazadas (128), el 49% ha practicado la lactancia materna (Gráfica 14).

Planificación Familiar

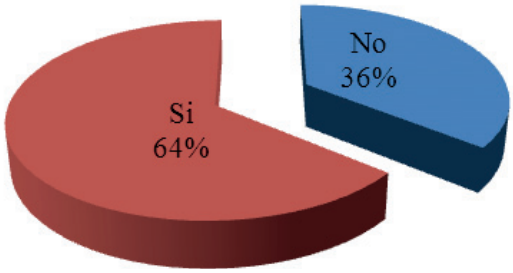
Gráfica 15. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por número de hijos que planea tener y grupo de edad. CSUGM, Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 30, Anexo 3.

En la gráfica 15 se puede observar que las mujeres que desean tener más de 2 hijos comprenden las edades de 20 a 44 años. En todas las edades se encuentran mujeres que refieren que su número ideal de hijos es cero. Mientras que el grupo de 25 a 29 años fue el que más declaró desear tener 2 hijos o más. La media de número de hijos que desean tener las mujeres en el estudio es de 0.71 hijos, que abarca un rango mínimo de 0 y máximo de 6.

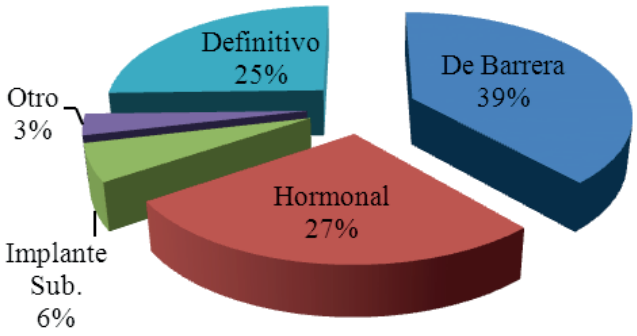
Gráfica 16. Distribución porcentual de las mujeres en edad reproductiva que son sexualmente activas según uso de algún método anticonceptivo del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011



Fuente: Tabla 16, Anexo 3.

La distribucion por uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad reproductiva que declararon ser sexualemte activas, señala que el 64% utiliza alguno (Gráfica 16).

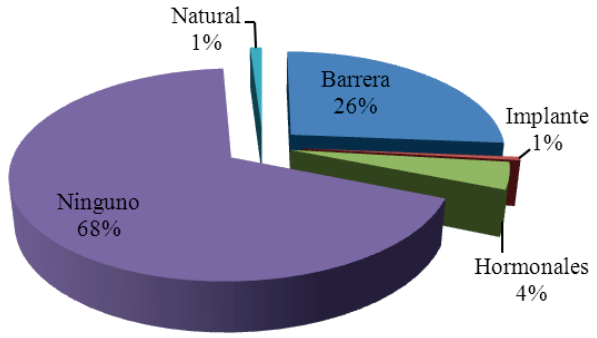
Gráfica 17. Distribución porcentual de la población femenina en edad reproductiva por tipo de Métodos anticonceptivos que refiere utilizar del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 17, Anexo 3.

De la proporción de mujeres que señaló utilizar algun método anticonceptivo, el 39% corresponde a métodos de barrera tales como el preservativo o el diafragma, el 27% declaró utilizar algun método hormonal como son los parches, pildoras o inyecciones, el 25% mencionó utilizar algun método del tipo definitivo como la salpingoclacia, un 6% utiliza el implante subdermico y el 3% utiliza otros métodos (Gráfica 17).

Gráfica 18. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva por tipo de método anticonceptivo utilizado en su primera relación sexual del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.

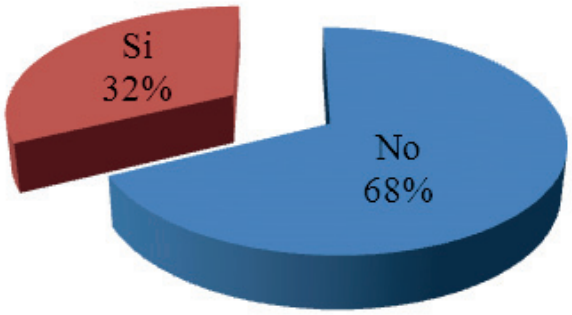


Fuente: Tabla 18, Anexo 3.

La distribución de la población de mujeres en edad reproductiva que son sexualmente activas conforme al método anticonceptivo utilizado en la primera relacion sexual muestra que el 68% de mujeres no utilizaron algun método, mientras que el método mas utilizado fueron los de barrera como el condón, seguido por los métodos hormonales que fueron utilizados por el 4% de la población (Grafica 18).

Prevencion oncogénica

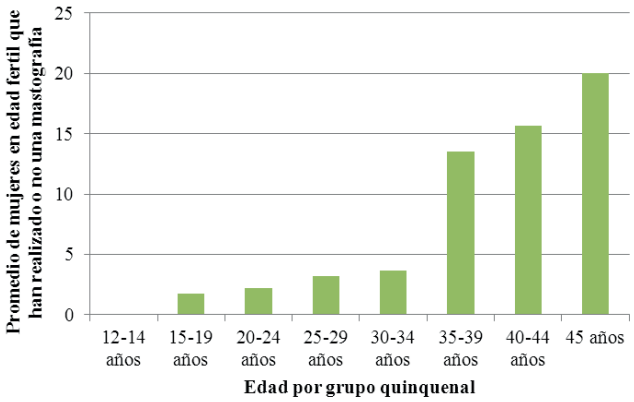
Gráfica 19. Distribución porcentual de Mujeres en edad reproductiva que se realiza Auto-exploración de mamas una vez al mes del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 22, Anexo 3.

En la gráfica 19 se presenta la población de mujeres en edad reproductiva que se realiza la auto-exploración de mamas, representado un 32% en comparación con las que no se la realizan siendo de un 68% del total de la población.

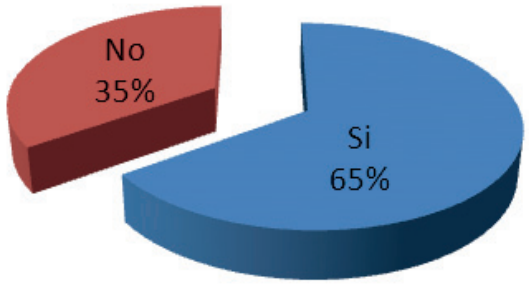
Gráfica 20. Distribución porcentual de las mujeres en edad reproductiva que se han realizado la mastografía en el último año según grupos quinquenales de edad del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011



Fuente: Tabla 37, Anexo 3.

De acuerdo a la gráfica 20, se presenta la población femenina en edad fértil que se ha realizado un estudio de mastografía en el último año según grupo etáreos, las que si se han realizado una mastografía están representadas en su mayoría por el grupo de 45 años. El comportamiento de esta gráfica muestra que a mayor edad mayor es el porcentaje de mujeres que se realizan la mastografía.

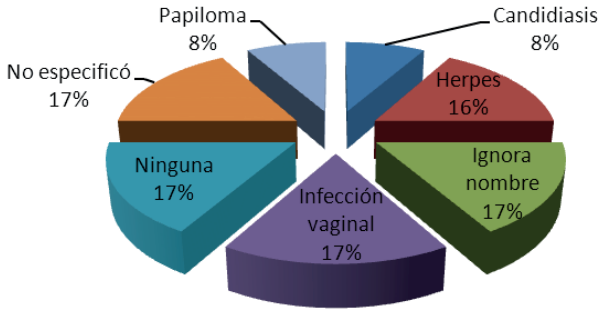
Gráfica 21. Distribución porcentual de Mujeres en edad reproductiva sexualmente activas que refieren se realizaron del Papanicolaou en el último año, CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 27, Anexo 3.

La gráfica 21 muestra el porcentaje de mujeres sexualmente activas que se han realizado el Papanicolaou en el último año, representando el mayor porcentaje las mujeres que si se lo han practicado con un 65% y con un 35% las que aún no se lo realizan.

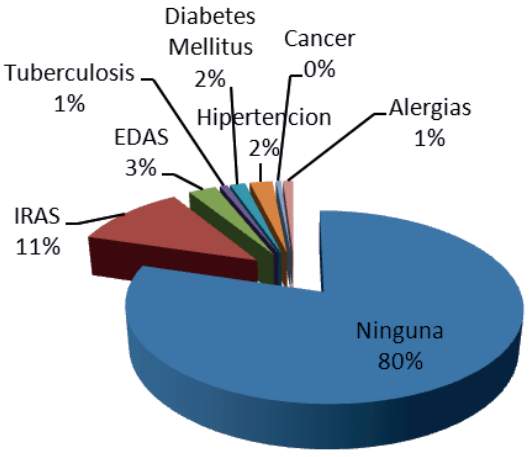
Gráfica 22. Distribución porcentual de la población de mujeres en edad reproductiva que padeció una enfermedad de transmisión sexual del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011



Fuente: Tabla 21, Anexo 3.

De acuerdo a la gráfica 22, el 83% de la población le ha sido diagnosticada alguna ETS, se puede apreciar que las enfermedades de transmisión sexual más representativas son las infecciones vaginales y otras que no fueron especificadas, incluyendo las que ignoran el nombre con un 17% cada una, en comparación con las que menos se encontraron dentro de la población femenina en edad reproductiva siendo la Candidiasis y el Papiloma con un 8%.

Tabla 23. Distribución porcentual de mujeres en edad reproductiva según enfermedades referidas del CSDGM, Xalapa, Ver. 2011.

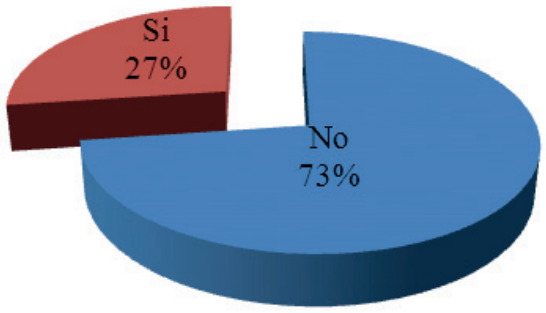


Fuente: Tabla 5, Anexo 3.

La Gráfica 23 muestra que al 80% de la población no refirieron padecer alguna enfermedad, del 20% restante las infecciones respiratorias agudas fueron las más significativas representando el 11% de la población de mujeres en edad reproductiva.

Demanda de los Servicios de salud del CSUGM

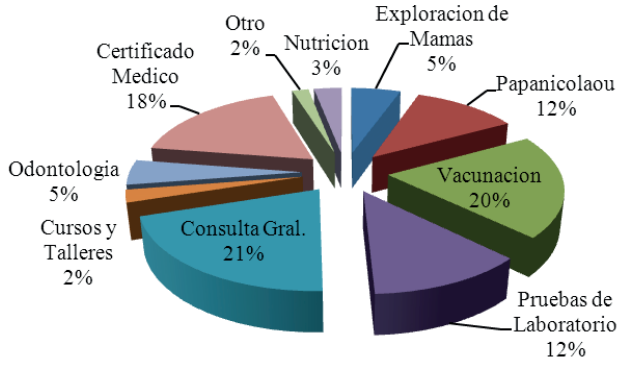
Gráfica 24. Distribución porcentual de Mujeres en edad reproductiva por utilización de los servicios de la unidad del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 24, Anexo. 3.

En la Gráfica 25 se muestra que la mayor parte de la población femenina del área de influencia del CSUGM no utiliza los servicios de salud que ofrece la unidad, es decir no acude por ningún servicio, representando un 73%.

Gráfica 25. Distribución porcentual de las Mujeres en edad reproductiva por tipo de servicio que acude al CSUGM. Xalapa, Ver. 2011.



Fuente: Tabla 25, Anexo 3.

La Gráfica 25 muestra que las mujeres en edad reproductiva del área de influencia del CSUGM, que utilizan los servicios que oferta la unidad (27%), acuden principalmente a los servicios de consultas generales y vacunación representada con un 41% de la población en comparación con los servicios de nutrición, cursos,

talleres y otros a lo que acuden menos, siendo un 7% de la población de estudio.

HALLAZGOS

En el desarrollo de este trabajo también se presentaron situaciones no contempladas en este estudio, que fueron manifestadas por la población, como el hecho de que no acuden a los servicios que oferta el CSUGM, a pesar de pertenecer al área de responsabilidad. Entre los motivos manifestados se identificaron: mal trato por parte de los prestadores de los servicios de salud; dificultades de acceso y desplazamiento en la unidad, ya que la estructura del edificio no permite el acceso al primer piso para la población discapacitada y de la tercera edad; la actitud de los trabajadores hacia las personas de la tercera edad, manifestaron estar descontentas por no proporcionarles la ayuda necesaria para el acceso. Por estos motivos la población expresó que desistieron en acudir a la búsqueda y utilización de los servicios de dicho centro de salud.

DISCUSIÓN

En relación a los resultados obtenidos, en el presente trabajo se encuentran algunas similitudes y diferencias con otros estudios realizados, con los cuales podemos hacer las siguientes comparaciones.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, con un 19% a las mujeres que han tenido un hijo, a las que han tenido dos hijos con 22% y a más de dos con 28%, mientras que en la población estudiada encontramos que las mujeres que han tenido un hijo representan el 11%, las que han tenido dos hijos son el 10% y las que han tenido más de dos son un 10% de la población en edad reproductiva, la mayor proporción de las mujeres de este estudio han tenido menos número de hijos a diferencia de los resultados del Censo donde la mayoría se concentran en más de 2 hijos(4).

Por su parte, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2009, el 60% de la población de mujeres se encuentra casada, el 30% es soltera y el 10% divorciada(11), comparando con el CSUGM encontramos que el 24% representa a la población de mujeres casadas, el 62% se encuentran solteras y el 1% divorciadas. Dentro de la misma encuestas se analizaron a las mujeres que utilizan métodos hormonales representado con el 12.5% de la población(11)y en el CSGM se encontró que las mujeres que utilizan métodos hormonales son el 27% de la población. También encontraron que el 38% de las adolescentes mencionaron que su pareja usó condón en la primera relación sexual y con un 56.6% las mujeres que declararon no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual(11), en el presente estudio destacan estas mismas características con un 26% las adolescentes que si usaron condón en su primera relación sexual, mientras que las que no usaron ningún método fueron del 68%. El 41% de las mujeres veracruzanas en edad fértil declararon que dos es el número de ideal de hijos que desean tener y en nuestro estudio descubrimos que esto se presenta en menor porcentaje, el 25.8% de las mujeres de estudio hicieron esta misma declaración del número ideal de hijos.

En el Diagnóstico de las condiciones de salud del "embarazo en la adolescencia algunos factores biopsicosociales", el 50% de las mujeres encuestadas mencionaron haberse realizado la prueba de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino(22) y en el CSUGM la situación se contrapone, ya que es la menor proporción de mujeres que no se ha practicado la prueba del Papanicolaou, que corresponde al 35% de la población de estudio.

En el estudio " Sexualidad y Embarazo Adolescente en México"(21), encontraron que el 14% del total de los nacimientos corresponden a las mujeres en el rango de edad de 15 a 19 años, mientras que los resultados obtenidos en el CSUGM, difieren en una proporción menor, la cual es del 2.5% de nacimientos en el mismo rango del grupo de edad.

En el trabajo sobre la Dinámica Poblacional que realizó INEGI y CONEVAL en el 2009(11), el 72.5% de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo, mientras que en la población en edad reproductiva del CSUGM fue del 64%, en ambos resultados se encuentra la mayor proporción de mujeres.

En la "Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2010"(23), la población que no tiene ningún nivel de estudios es representado por el 8%, mientras que en nuestro estudio encontramos a la población analfabeta en un 3% de la población en edad reproductiva.

En los resultados obtenidos de la presente investigación, se encontró una gran diversidad de información relevante, la cual permitió profundizar diferencialmente las situaciones que presentaba la población femenina en edad reproductiva del CSUGM como lo fue, la

presencia de mujeres a las que previamente se les había diagnosticado alguna enfermedad de transmisión sexual pero ellas desconocían el nombre de la misma, de igual manera se desglosó la frecuencia de abortos según el numero de embarazos, obteniendo que el 54% de las mujeres que han tenido 4 embarazos han tenido un aborto. Al igual que el describir la edad promedio de la primera menstruación, siendo esta de 12 años, al igual que su comportamiento a través de los grupos etarios.

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo se pone de manifiesto la situación de salud que guarda la población de mujeres del CSUGM, lo que permitirá reorientar las acciones de salud a este grupo poblacional que es de gran representatividad en el área de influencia.

Con base en los resultados obtenidos se concluye que las características sociodemográficas de la población de mujeres en edad reproductiva del CSUGM se caracterizan por ser una población adulta, con una edad promedio de 27 años identificando que el mayor porcentaje de esta población está situada en el grupo quinquenal de 20 a 24 años. En su mayoría son mujeres en edad reproductiva solteras, estudiantes y que cuentan con un alto nivel de instrucción escolar, principalmente de nivel de licenciatura o que se encuentran cursándolo.

En cuanto a las conductas de salud sexual y reproductiva de la población de mujeres en edad reproductiva se concluye que la edad promedio de la menarquia es de 12 años, casi la mitad de la población en edad reproductiva es sexualmente activa (48%) y la gran mayoría, el 64%, utiliza algún método anticonceptivo. Una tercera parte de la población ha tenido por lo menos un embarazo, el 8% de ellas ha tenido por lo menos un aborto y el 30% tiene por lo menos un hijo vivo actualmente. En cuanto al número de hijos, tienen en promedio 2.12 hijos. La mayoría de las mujeres no desea tener hijos (64%). Por su parte, las acciones preventivas en cuanto a la detección de cáncer de mama y cérvico uterino, estas se encuentran en posiciones diferentes entre la población de mujeres en edad reproductiva, ya que el 30% de las mujeres no se realizó el Papanicolaou en el último año y el 70% no se realiza auto-exploración de mamas, identificando así estas actividades como áreas de oportunidad para posicionar las acciones y campañas preventivas en la población del área de influencia.

Por su parte, en lo que respecta a la demanda de los servicios de salud del CSUGM, se identifica que solo una pequeña proporción de la población de mujeres en edad reproductiva hace uso de estos (27%), aun cuando en la unidad se ofertan diversos servicios para esta población. La población que si acude a la unidad, demanda principalmente la consulta general (21%).

Finalmente se concluye que se cumplió la totalidad de los objetivos planteados, permitiendo así la identificación de las condiciones sociodemográficas y conductuales presentes en la población femenina en edad reproductiva, describiendo sus principales problemas y necesidades, mismas que deben ser cubiertas por los servicios de salud del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo", para mejorar la calidad de vida en este importante grupo poblacional.

RECOMENDACIONES

Planificar actividades de difusión para mejorar la promoción y cobertura de los servicios de planificación familiar.

Mejorar el acceso a los servicios de salud en la unidad, para las personas con alguna discapacidad y adultos mayores.

Capacitar al recurso humano del CSUGM para mejorar el trato que se le da a los usuarios buscando los estándares de calidad de la atención de los servicios de salud.

Planificar y promover los cursos y talleres organizados por el CSUGM en relación a la prevención oncogénica, enfermedades de transmisión sexual y planificación familiar para la población en general, grupos y asociaciones del área de influencia.

Hacer modificaciones a cédula de micro diagnóstico para enfatizar aspectos de la salud de la mujer.

Desarrollar líneas de investigación en torno a la salud de la mujer que permitan conocer a profundidad tópicos y/o factores asociados a cuestiones de embarazos, abortos, baja práctica de acciones oncogénicas, entre otros.

Actualizar cada año el diagnostico situacional de salud de la población en edad reproductiva así como dar apertura a la realización de diagnósticos de otros grupos de la población, por género y grupos etáreos.

Finalmente se recomienda socializar los resultados de

esta investigación para reorientar acciones y estrategias de salud de la mujer de manera conjunta con todo el personal de salud, así como en otros espacios educativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apodaca B, Mendoza G. Salud de la mujer-salud reproductiva en la frontera México-Estados Unidos. Organizacion Panamericana de la Salud. 2002:70.

2. Matzumura J, Ayala, R, Aguilar, G, Gutiérrez, H. El diagnóstico situacional en salud materno-infantil: guía metodológica. Rev Per Obst Enf. 2008;4(1):56-68.

3. SSA SdS. Guía Metodológica básica para la Atención Médica Familiar 2000. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DGUZCvx7o2EJ:transparencia.esonora.gob.mx/NR/rdonlyres/426D7FF9-79BB-4B9A-BCB6-5805961B4939/58446/ManualOrgJs12010Julio.doc+Gu%C3%ADa+Metodol%C3%B3gica+b%C3%A1sica+para+la+Atenci%C3%B3n+M%C3%A9dica+Familiar+2000&hl=es&gl=mx [cited 2012 09/01/2012].

4. INEGI INdEyG. Mujeres y hombres en México 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2010:4.

5. OMS OMdlS. Salud de la mujer. http://www.who.int/topics/womens_health/es/2011 [22/11/2011].

6. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Obervatorio de salud de la mujer. 2008:46.

7. Papalia E, Wendkos, S, Duskin, R. Desarrollo humano. Novena edición ed. Mëxico: McGraw-Hill; 2005. 785 p.

8. OMS OMdlS. ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? http://www.who.int/features/qa/56/es/index.html: OMS; 2007 [22/11/2011].

9. Hernández B, Haene, J, Barquera, S, Monterrubio, E, Rivera, J, Shamah, T, Sepúlveda, J, Haas, J, Campirano, F. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2003;14(4):235-45.

10. OMS OMdlS. Salud de la mujer. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html2009 [22/11/2011].

11. INEGI INdEyG. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf2011.

12. Da Silva M, Goncalves I, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar. Investigación y educación en enfermeria. 2010;28(2):195-203.

13. De Péres G, Morales A, Varela Y. El programa de salud reproductiva en México. Alcances y desafíos. Gazeta médica mexicana. 2000;136(3):1-7.

14. Salud OPdl. Salud sexual y reproductiva. http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm2000 [11/01/2012].

15. Aguirre M, Isunza A, Antonio F, Vargas Z. Diagnóstico de las situaciones de salud de la población del área de influencia del Centro de Salud Gastón Melo. http://www.uv.mx/msp/productividad/documents/coleccion3.pdf2007 [11/01/2012].

16. Camarillo G, López N, Rivera D. Diagnóstico de Salud del Núcleo Básico no. 4 del Centro de Salud Urbano Dr. Gaston Melo, municipio de Xalapa, Veracruz. 2009. En revisión. 2009.

17. Alonso L, Pérez M, Arias C, Figueroa N, Gamarra C, Martínez A, et al. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2004;18:8-19.

18. Colomar M, Belizán M, Cafferata M, Labandera A, Tomasso G, Althabe F, et al. Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay. Ginecol Obstet Mex. 2004;72(9):455-65.

19. Amado M, Vega B, Jiménez M, Piña J. Factores que influyen en el uso de preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. Acta Colombiana de Psicología. 2007;10(002):143-51.

20. Amado M, Vega, B, Jiménez, C, Piña, J. Factores

que influyen en el uso inconsistente de preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. Acta Colombiana de Psicología. 2007;15(2):143-51.

21. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de población. 2003;35:32.

22. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, Medina Vicente L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005;21:0-.

23. INEGI INdEyG. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. ENOE 2010. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2010/ENOE_2010.pdf2010 [11/01/2012].

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección.

Anexo 2. Tabla de variables.

Anexo 3. Tablas de resultados.

Anexo 4. Gráficas.

ANEXO 1. INSTRUMENTO

Número de integrante:			
1. No. total de embarazos			
2. No. de nacidos vivos			
2.1. Ha tenido algún aborto	No	Si	¿Cuántos?
2.2. No. de hijos vivos actualmente			
3. No. de hijos que planea tener			
4. ¿Durante los últimos 5 años, ha tenido embarazos? (en caso negativo pase a P. 5)	No	Sí	
4.1 ¿Cuántos embarazos ha tenido en los últimos 5 años?			
4.2. Qué tipo de partos tuvo ( ) Normal ( ) Cesárea programada ( ) Cesárea de emergencia ( ) Está embarazada (llene además el apartado de mujeres embarazadas)			
4.3. ¿Cuántos días o meses después del parto acudió a revisión en algún centro de salud? ____ Días ( ) No sabe ____ Meses ( ) No acudió ____ Semanas			
4.4. Dio pecho (lactancia materna)	No	Si	
5. Edad 1ª. Menstruación			
6. Edad 1ª. Relación sexual			
7.Vida sexual activa	No	Si	
8. No. Parejas sexuales			
9. Usa algún método de Planificación familiar (En caso de responder no pase a P.11)	No	Si	9.1 ¿Cuál? ( )Condón ( )Píldoras ( )Parches ( )Implante Subdérmico ( ) Otro
9.2. ¿Cuánto tiempo lleva usado este método anticonceptivo?			
9.3 ¿Usaba algún método antes de este?	No	Sí ¿cuál?	
10. ¿Qué método anticonceptivo utilizó en su 1ª relación sexual?			
11. Actualmente, al tener relaciones sexuales ¿exige el uso de preservativo?	No	Si	
12. Le han diagnosticado alguna ITS (últimos 12 meses)	No	Si ¿Cuál?	
13. Se ha realizado el Papanicolaou (últimos 12 meses)	No	Si	
14. Se realiza 1 vez al mes la exploración de mamas	No	Si	
15. Se ha realizado algún ultrasonido de mamas (últimos 12 meses)	No	Si	
16. Se ha realizado alguna mastografía (últimos 12 años)	No	Si	
17. Acude al Centro de Salud Gastón Melo por algún servicio |	No	Si	
17.1. Servicios por los que acude (puede marcar más de uno):			
( ) Exploración de mama ( ) Papanicolaou ( ) Nutrición ( ) Vacunación ( ) Pruebas de laboratorio ( ) Consulta general	( ) Cursos y talleres ( ) Psicología ( ) Odontología ( ) Estimulación temprana ( ) Certificado médico ( ) Otro, ¿cuál?		

ANEXO 2. TABLA DE VARIABLES.

Clasificación	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Servicios de salud	Derechohabiencia	Persona cuyos derechos se derivan de otra.	Servicios de salud al que tiene acceso la población habitante del área de influencia según institución de salud.	Nominal	1- IMSS 2- ISSSTE 3- Seguro Popular 4- Servicio Médico Privado 5- Oportunidades
	Acude al CSUGM	Asiste a atención médica al CSUGM.	Cuáles son los servicios por los que acude al CSUGM.	Nominal	Exploración de mamas Papanicolaou Nutrición Vacunación Pruebas de Laboratorio Consulta General Cursos y Talleres Psicología Odontología Estimulación Temprana Certificado Medico Otros No acude
Características personales	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Tiempo, en años cumplidos, a partir del nacimiento del individuo encuestado.	Discreta	1 año, 2 años, 3 años. . .
	Estado civil	Estado civil de todos los mexicanos y extranjeros residentes en el territorio nacional, por cuanto concierne a su nacimiento, adaptación, arrogación, reconocimiento, matrimonio y fallecimiento.	Estado actual de vida en pareja.	Nominal	1- Casado 2- Soltero 3- Unión Libre 4- Divorciado 5- Viuda 6- Separados
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel máximo de estudios de la persona encuestada.	Ordinal	1- Preescolar 2- Primaria 3- Secundaria 4- Preparatoria 5- Profesional 6- Técnico 7- Postgrado 8- Alfabeta 9- Analfabeta
	Trabajo	Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a capital.	Trabajo, empleo u oficio que desempeña el entrevistado.	Nominal	1- Hogar 2- Estudiante 3- Campesino 4- Empleado 5- Profesional 6- Obrero 7- Artesano 8- Comerciante 9- Desempleado 10- Otro
Enfermadas	Padecimientos	Acción de padecer o sufrir un daño, injuria o enfermedad.	Enfermedad(es) que refiere padecer el encuestado.	Nominal	1- IRAS 2- EDAS 3- Tuberculosis 4- Diabetes 5- Mellitus 6- Hipertensión Arterial 7- Cáncer 8- Otras

	Enfermedad de transmisión sexual	Enfermedades infecciosas también llamadas venéreas que son generalmente transmitidas por contacto íntimo sexual.	Enfermedades de transmisión sexual que se le han diagnosticado a la entrevistada.	Nominal	Respuesta abierta
Salud reproductiva	Número total de embarazos	Estado en el que se halla una mujer gestante.	Número de embarazos que ha tenido la encuestada.	Discreta	Numeral
	Hijos nacidos vivos	Todo producto de la concepción proveniente de un embrazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida.	Número de hijos que han nacido vivos.	Discreta	Numeral
	Abortos	Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas.	Ha tenido algún aborto.	Discreta	Numeral
	Hijos vivos actualmente	Descendientes directos que aún viven.	Número de hijos que viven actualmente.	Discreta	Numeral
	Hijos que planea tener	Planificación del número de descendientes y el tiempo entre cada uno de ellos.	Número de hijos que planeo tener la encuestada.	Discreta	Numeral
	Numero de embarazos en los últimos 5 años	Estado en el que se halla una mujer gestante.	Número de embarazos que ha tenido en los últimos 5 años.	Discreta	Numeral
	Tipo de parto	Proceso en el que el feto es expulsado del vientre de una hembra vivípara.	Tipo de parto en el que la mujer encuestada tuvo a sus hijos.	Nominal	Normal Cesárea programada Cesárea de Emergencia aun gestante
	Lactancia materna	La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.	La encuestada dio pecho a su hijo.	Nominal	Si No
	Edad de la menarquia	Edad de aparición de la primera menstruación.	Edad del primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual.	Discreta	Numeral
	Inicio de la vida sexual	Edad en que se da la primera relación sexual.	Edad en que la encuestada tuvo la primera relación sexual.	Discreta	Numeral
	Vida sexual activa	Es mantener en una condición activa la frecuencia de las relaciones sexuales.	La encuestada tiene vida sexual activa.	Nominal	si no
	Método de planificación familiar	Uso de alguna forma de control de natalidad usado por cada individuo.	Método Anticonceptivo que utiliza la encuestada.	Nominal	Condón Píldoras Parches Implante Su dérmico Otro
	Tiempo de uso del meto de planificación familiar	Es el tiempo en que se ha usado alguna forma de control de natalidad.	Tiempo que lleva utilizando el método de planificación familiar.	Discreta	Numeral

	Método anticonceptivo en la primera relación sexual	Uso de alguna forma de control de natalidad usado por cada individuo en su primera relación sexual.	Método Anticonceptivo que utilizo en su primera relación sexual.	Nominal	Condón Píldoras Parches Implante Su dérmico Otro
	Uso de preservativo	Es la acción que se lleva a cabo, cuando un hombre o mujer utiliza un método de planificación familiar de tipo de barrera.	Preguntando a la mujer en estudio si le exige a su pareja el uso de preservativo.	Nominal	Si no
	Papanicolaou	Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvido uterino.	Se ha realizado la prueba del Papanicolaou en el último año.	Nominal	si no
	Autoexploración de mamas	Método de detección oportuna de cáncer de mama atravesó de la autoexploración de las glándulas mamarias.	Se realiza la encuestada autoexploración de mamas una vez al mes	Nominal	si no
	Mastografía	Estudio Radiológico de las mamas.	Se ha realizado alguna mastografía en el último año	Nominal	si no

ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de edad por grupo etario de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

Edad	Frec.	%	% Acumulado
12 a 14 años	32	8.12	8.12
15 a 19 años	58	14.72	22.84
20 a 24 años	89	22.58	45.43
25 a 29 años	62	15.73	61.16
30 a 34 años	55	13.95	75.12
35 a 39 años	37	9.39	84.51
40 a 44 años	51	12.94	97.46
45 años	10	2.53	100
	394	100	

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 2. Derechohabiencia de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

Derechohabiencia	Frec.	%
IMSS	157	39.8
ISSSTE	65	16.5
PARTICULAR	47	11.9
OPORTUNIDADES	15	3.8
S. POPULAR	55	14.1
POBLACION ABIERTA	49	12.4
OTRO	6	1.5
		100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 3. Estado civil de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

Estado civil	Frec.	%
Casado	93	23.60
Soltero	242	61.42
Unión libre	45	11.42
Divorciado	5	1.26
Separados	9	2.28
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 4. Ocupación de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

Ocupación	Frec.	%
Hogar	78	19.79
Estudiante	137	34.77
Campesino	1	0.25
Empleado	87	22.08
Profesional	55	13.95
Obrero	9	2.28
Comerciante	13	3.29
Desempleado	8	2.03
Otros	6	1.52
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 5. Enfermedades las de mujeres en edad reproductiva del CSUGM, Xalapa, Ver. 2011

Enfermedad	Frec.	%
Ninguna	314	79.69
IRAS	45	11.42
EDAS	11	2.79
Tuberculosis	3	0.76
Diabetes Mellitus	6	1.52
Hipertensión	9	2.28
Cáncer	2	0.50
Alergias	4	1.01
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 6. Embarazos de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de Embarazos	Frec.	%
Ningún Embarazo	266	67.51
1	46	11.67
2	40	10.15
3 o mas	42	10.65
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 7. Hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de hijos nacidos vivos	Frec.	%
0	273	69.28
1	45	11.42
2	44	11.16
3	21	5.33
4	7	1.77
5	2	0.50
6	1	0.25
9	1	0.25
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 8. Mujeres en edad reproductiva que han tenido por lo menos un aborto del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Aborto	Frec.	%
No	364	92.4
Si	30	7.6
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 9. Número de abortos de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de abortos	Frec.	%
Ninguno	364	92.4
1	26	6.6
2	4	1.0
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 10. Número de hijos que planean tener las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de Hijos	Frec.	%
Ninguno	252	64.0
1	41	10.4
2	71	18.0
3	26	6.6
4	1	.3
5	2	.5
6	1	.3
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 11. Mujeres en edad reproductiva que han estado embarazadas y dieron pecho. Xalapa, Ver. 2011

Dio pecho	Frec.	%
No	65	50.78
Si	63	49.21
	128	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 12. Edad de la primera menstruación de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Edad	Frec.	%	% acumulado
8	1	.3	0.3
9	6	1.5	1.8
10	19	4.8	6.6
11	49	12.4	19.0
12	59	15.0	34.0
13	48	12.2	46.2
14	22	5.6	51.8
15	12	3.0	54.8
16	2	.5	55.3
No contesto	176	44.7	100.0
	394	100.0	

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 13. Edad de la primera relación sexual de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Edad de la primera relación sexual			
Edad	Frec.	%	% Acumulado
13	2	.5	0.5
14	1	.3	0.8
15	5	1.3	2.0
16	17	4.3	6.3
17	29	7.4	13.7
18	45	11.4	25.1
19	27	6.9	32.0
20	21	5.3	37.3
21	9	2.3	39.6
22	9	2.3	41.9
23	6	1.5	43.4
24	7	1.8	45.2
25	4	1.0	46.2
26	3	.8	47.0
28	3	.8	47.7
30	2	.5	48.2
No contesto	204	51.8	100
	394	100.0	

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 14. Vida sexual de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Vida sexual	Frec.	%
Sexualmente Activa	190	48.22
Sexualmente No Activa	204	51.78
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 15. Número de parejas sexuales de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Parejas	Frec.	%
Ninguna	8	2.0
1 pareja	75	19.0
2 parejas	58	14.7
3 parejas	16	4.1
4 parejas	4	1.0
16 parejas	1	.3
No respondió	232	58.9
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 16. Uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Utilizan método de planificación familiar	Frec.	%
No	68	35.78
Si	122	64.21
	190	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 17. Métodos de planificación familiar usados por las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Método utilizado	Frec.	%
Barrera	47	38.52
Hormonal	33	27.04
Implante Sub.	7	5.73
Otro	4	3.27
Definitivo	31	25.40
	122	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 18. Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual de las mujeres del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Método	Frec.	%
Barrera	50	26.31
Implante	1	0.52
Hormonales	8	4.21
Ninguno	129	67.89
Natural	2	1.05
	190	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 19. Mujeres en edad reproductiva que exigen el uso del preservativo a su pareja del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Exige	Frec.	%
No	127	32.2
Si	70	17.8
No respondió	197	50.0
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 20. Mujeres en edad reproductiva que les han diagnosticado alguna ITS del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Le han diagnosticado alguna ITS	Frec.	%
no	193	49.0
si	12	3.0
No respondió	189	48.0
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 21. Nombre de las ITS que presenta la población femenina en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Enfermedad	Frec.	%
Candidiasis	1	8.33
Herpes	2	16.66
Ignora nombre	2	16.66
Infección vaginal	2	16.66
Ninguna	2	16.66
No especifico	2	16.66
Papiloma	1	8.33
	12	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 22. Mujeres en edad reproductiva que se realizan la exploración de mamas una vez al mes del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Se realiza exploración de mamas	Frec.	%
No	267	67.8
Si	127	32.2
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 23. Mujeres en edad reproductiva que se han realizado alguna mastografía del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Se ha realizado alguna mastografía	Frec.	%
no	372	94.4
si	22	5.6
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 24. Mujeres en edad reproductiva que asisten al CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Acude	Frec.	%
No	287	72.8
Si	107	27.2
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 25. Servicios más frecuentes a los que asisten las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Servicio	Frec.	%
Exploración de Mamas	9	5.48
Papanicolaou	19	11.58
Vacunación	33	20.12
Pruebas de Laboratorio	20	12.19
Consulta Gral.	34	20.73
Cursos y Talleres	4	2.43
Odontología	8	4.87
Certificado Medico	29	17.68
Otro	3	1.82
Nutrición	5	3.04
	164	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 26. Escolaridad de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Escolaridad	Frec.	%
Prescolar	3	0.76
Primaria	27	6.85
Secundaria	78	19.80
Preparatoria	89	22.59
Profesional	164	41.62
Técnico	9	2.28
Posgrado	14	3.55
Alfabeto	6	1.52
Analfabeta	4	1.02
	394	100

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 27. Proporción de mujeres en edad reproductiva que se realizaron el Papanicolaou en el último año del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Se realizó el Papanicolaou	Frec.	%
No	270	68.5
Si	124	31.5
	394	100.0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 28. Distribución de mujeres en edad reproductiva por grupo etario y estado civil del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

rango de edad	Frec.	Casado	% de casados	Solteros	% de solteros	Unión libre	% de Unión Libre	Divorciado	% Divorcios	Separado	% de Separados
12-14 años	32	0	0	32	100	0	0	0	0	0	0
15-19 años	58	0	0	48	82.75	8	13.79	0	0	0	0
20-24 años	89	11	12.35	70	78.65	6	6.74	0	0	1	1.12
25-29 años	62	19	30.64	33	53.22	8	12.90	1	1.61	1	1.61
30-34 años	55	21	38.18	26	47.27	5	9.09	2	3.63	1	1.81
35-39 años	37	16	43.24	11	29.72	7	18.91	0	0	2	5.40
40-44 años	51	21	41.17	16	31.37	7	13.72	2	3.92	3	5.88
45 años	10	5	50	0	0	4	40	0	0	1	10

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 29. Distribución por grupo etario y número de hijos nacidos vivos de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	Ningún hijo	%	1 hijo	%	2 hijos	%	>2 hijos	%
12-14 años	32	32	100	0	0	0	0	0	0
15-19 años	58	55	94.82	3	5.17	0	0	0	0
20-24 años	89	75	84.26	10	11.23	4	4.49	0	0
25-29 años	62	42	67.74	14	22.58	3	4.83	3	4.83
30-34 años	55	36	65.45	6	10.90	7	12.72	6	10.90
35-39 años	37	19	51.35	4	10.81	10	27.02	4	10.81
40-44 años	51	15	29.41	4	7.84	19	37.25	13	25.49
45 años	10	3	30	1	10	3	30	3	30

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 30. Distribución de las mujeres en edad reproductiva por número deseado de hijos del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	No desea tener hijos	%	Desea tener 1 hijo	%	Desea tener 2 hijos	%	Desea tener más de 2 hijos	%
12-14 años	32	32	100	0	0	0	0	0	0
15-19 años	58	44	75.86	6	10.34	8	13.79	0	0
20-24 años	89	50	56.17	9	10.11	19	21.34	11	12.35
25-29 años	62	28	45.16	9	14.51	16	25.80	9	14.51
30-34 años	55	33	60	9	16.36	12	21.81	1	1.81
35-39 años	37	24	64.86	2	5.40	7	18.91	4	10.81
40-44 años	51	33	64.70	5	9.80	8	15.68	5	9.80
45 años	10	8	80	1	10	1	10	0	0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 31. Distribución del grado máximo de estudios por grupo etario de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	Prescolar	%	Primaria	%	Secundaria	%	Preparatoria	%	Profesional	%	Técnico	%	Postgrado	%	Alfabeto	%	Analfabeta	%
12-14 años	32	0	0	2	6.25	26	81.25	0	0	1	3.125	0	0	0	0	0	0	3	9.37
15-19 años	58	0	0	1	1.72	15	25.86	30	51.72	12	20.68	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24 años	89	0	0	3	3.37	6	6.74	12	13.48	65	73.03	2	2.24	0	0	1	1.12	0	0
25-29 años	62	2	3.225	3	4.83	4	6.45	14	22.58	29	46.77	3	4.83	6	9.677	1	1.612	0	0
30-34 años	55	0	0	5	9.09	3	5.45	13	23.63	31	56.36	0	0	2	3.63	1	1.81	0	0
35-39 años	37	0	0	3	8.10	7	18.91	9	24.32	12	32.43	3	8.108	3	8.108	0	0	0	0
40-44 años	51	1	1.96	8	15.68	13	25.49	9	17.64	15	29.41	1	1.96	2	3.92	2	3.92	0	0
45 años	10	0	0	2	20	4	40	0	0	2	20	0	0	0	0	1	10	1	10

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 32. Distribución de las mujeres en edad reproductiva según edad de la primera menstruación por grupo etario del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	8 años	%	9 años	%	10 años	%	11 años	%	12 años	%	13 años	%	14 años	%	15 años	%	16 años	%	No responde	%
12-14 años	32	0	0	0	0	1	3.12	0	0	2	6.25	0	0	0	0	0	0	0	0	29	90.62
15-19 años	58	0	0	0	0	4	6.89	3	5.17	8	13.79	2	3.44	2	3.44	1	1.72	0	0	38	65.51
20-24 años	89	0	0	4	4.49	5	5.61	11	12.35	13	14.60	11	12.35	3	3.37	3	3.37	0	0	39	43.82
25-29 años	62	0	0	1	1.61	5	8.06	10	16.12	16	25.80	9	14.51	1	1.61	1	1.61	0	0	19	30.64
30-34 años	55	0	0	0	0	2	3.63	4	7.27	10	18.18	7	12.72	6	10.90	3	5.45	0	0	23	41.81
35-39 años	37	0	0	0	0	1	2.70	7	18.91	2	5.40	9	24.32	3	8.108	2	5.405	1	2.702	12	32.43
40-44 años	51	1	1.96	1	1.961	3	5.88	10	19.60	6	11.769	8	15.68	6	11.76	2	3.92	1	1.96	13	25.49
45 años	10	0	0	0	0	0	0	2	20	2	20	2	20	1	10	0	0	0	0	3	30

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 33. Distribución de enfermedades según número de parejas sexuales de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de parejas sexuales	Frec.	Ninguna	%	Candidiasis	%	Herpes	%	Ignora el nombre	%	Infección vaginal	%	Papiloma	%	No respondió	%
0	8	6	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25
1	75	68	90.66	0	0	0	0	1	1.33	1	1.33	1	1.33	4	5.33
2	58	51	87.93	0	0	1	1.72	1	1.72	2	3.44	2	3.44	1	1.72
3	16	15	93.75	1	6.25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	4	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No respondió	232	48	20.68	0	0	1	0.43	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 34. Distribución del uso de método de planificación familiar por grupo etario de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	Si usa	%	No usa	%	No respondió	%
12-14 años	32	0	0	0	0	32	100
15-19 años	58	7	12.06	8	13.79	43	74.13
20-24 años	89	14	15.73	29	32.58	46	51.68
25-29 años	62	13	20.96	27	43.54	22	35.48
30-34 años	55	17	30.90	17	30.90	21	38.18
35-39 años	37	9	24.32	15	40.54	13	35.13
40-44 años	51	18	35.29	20	39.21	13	25.49
45 años	10	1	10	6	60	3	30

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 35. Distribución de ocupación según grupo etario de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	Hogar	%	Estudiante	%	Campesino	%	Empleado	%	Profesional	%	Obrero	%	Comerciante	%	Desempleado	%	Otros	%
12-14 años	32	7	21.87	24	75	1	3.125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 años	58	6	10.34	45	77.58	0	0	5	8.62	0	0	1	1.72	0	0	1	1.72	0	0
20-24 años	89	7	7.86	56	62.9	0	0	13	14.60	4	4.49	4	4.49	2	2.24	3	3.37	0	0
25-29 años	62	11	17.74	8	12.90	0	0	17	27.41	16	25.80	1	1.61	3	4.83	4	6.45	2	3.22
30-34 años	55	9	16.36	2	3.63	0	0	21	38.18	16	29.09	2	3.63	3	5.45	0	0	2	3.63
35-39 años	37	11	29.72	1	2.70	0	0	16	43.24	6	16.21	1	2.70	1	2.70	0	0	1	2.70
40-44 años	51	22	43.13	1	1.96	0	0	14	27.45	9	17.64	0	0	4	7.84	0	0	1	1.96
45 años	10	7	70	0	0	0	0	1	10	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 36. Distribución de número de abortos según número de embarazos de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Número de embarazos	Frec.	1 aborto	%	2 abortos	%
1	46	7	15.21	1	2.17
2	40	3	7.5	1	2.5
3	23	8	34.78	1	4.34
4	13	7	53.84	1	7.69
5	4	2	50	0	0
6	1	0	0	0	0
9	1	0	0	0	0

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 37. Distribución de la realización de mastografía por grupo etario de mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

Rango de edad	Frec.	No se ha realizado	%	Si se ha realizado	%
12-14 años	32	32	100	0	0
15-19 años	58	57	98.27	1	1.72
20-24 años	89	87	97.75	2	2.24
25-29 años	62	60	96.77	2	3.22
30-34 años	55	53	96.36	2	3.63
35-39 años	37	32	86.48	5	13.51
40-44 años	51	43	84.31	8	15.68
45 años	10	8	80	2	20

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

Tabla 38. Distribución de número de embarazos según grado máximo de estudios de las mujeres en edad reproductiva del CSUGM. Xalapa, Ver. 2011

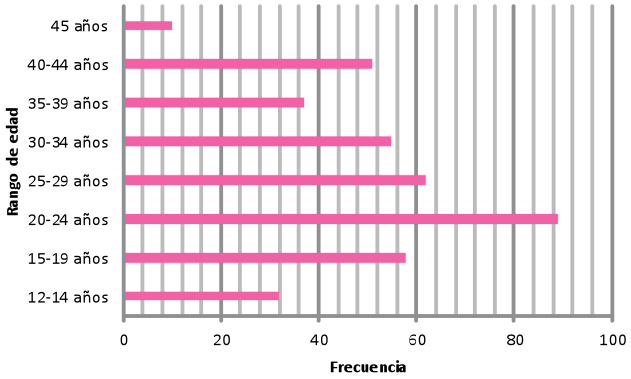
Distribución de número de embarazos según grado máximo de estudios																		
Número de hijos	Prescolar	%	Primaria	Frec.	secundaria	%	preparatoria	%	profesional	%	técnico	%	posgrado	%	alfabeto	%	analfabeta	%
0	1	33.33	10	37.03	52	66.66	63	70.78	122	74.39	5	55.55	10	71.42	0	0	3	75
1	1	33.33	2	7.40	8	10.25	12	13.48	21	12.80	1	11.111	1	7.14	0	0	0	0
2	1	33.33	6	22.22	11	14.10	5	5.61	13	7.92	2	22.22	1	7.14	1	16.66	0	0
>3	0	0	9	33.33	7	8.97	9	10.112	8	4.87	1	11.11	2	14.28	5	83.33	1	25

Fuente: Elaboración Propia. Base de datos de diagnóstico específico de la población en edad reproductiva del CSUGM, 2011

ANEXO 4. GRÁFICAS.

DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL

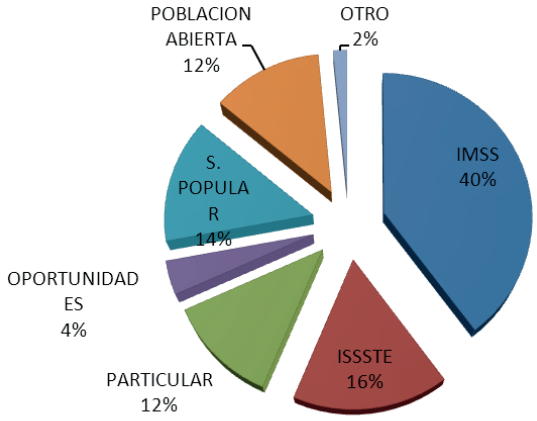
Grafica 1. Frecuencias de edad por grupo quinquenal de mujeres en edad fértil



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

En el gráfico se muestra la distribución de las mujeres en edad fértil por grupos quinquenales que conforman el grupo de estudio, el cual fue conformado por 394 mujeres. En el grafico se observa que el grupo con mayor número de integrantes esta en las edades comprendidas entre los 20 a 24 años de edad con el 22.6%, mientras que el grupo con menor número son las mujeres de 45 años en un porcentaje de 2.5%; y una distribución similar entre los grupos de 15 a 19 años con el grupo de 30 a 34 años de edad, los cuales representan el 14.5% y 14% respectivamente. El grupo de las edades entre los 12 a 14 años conforman el de menor distribución entre la población más joven con un 8.1%. La media de la población femenina en edad reproductiva es de 27.1 años.

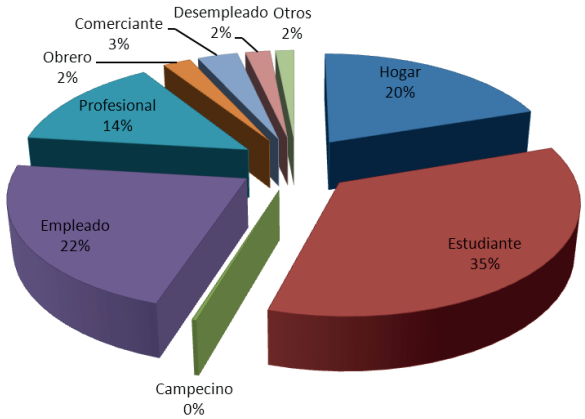
Grafica 2. Proporción de Derechohabiencia en mujeres de edad fértil.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

En la población de estudio correspondiente al área de responsabilidad del CSUGM, se encontró que la derechohabiencia más alta pertenece al IMSS con el 40% y un 4% al programa de IMSS Oportunidades, los servicios de ISSSTE es el 16%. El CSUGM abarca el 26% de la población a través del programa del Seguro Popular y los servicios a la población abierta; mientras que las personas que recurren al servicio de médico particular es el 12%, y un 2% recurre a otros medios de atención médica.

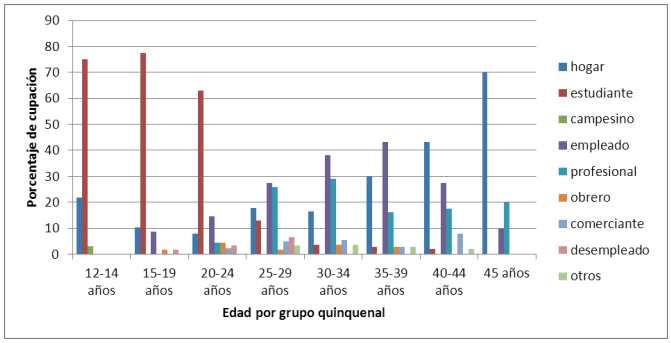
Gráfica 3. Proporción de ocupación.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Dentro de la población de mujeres en edad reproductiva la ocupación más abundante es la del rubro de estudiantes en un 35%, seguida por la población empleada en un 22%. El 20% de la población se dedica a las actividades del hogar, el 14% se desenvuelven en el ámbito laboral prestando servicios profesionales; y en menor porcentaje se dedica a actividades de comercio (3%), obrero (2%) y otras ocupaciones (2%); mientras que la población de estudio dedicada a actividades campesinas es menor al 1%, mientras que la población desempleada ocupa el 2%.

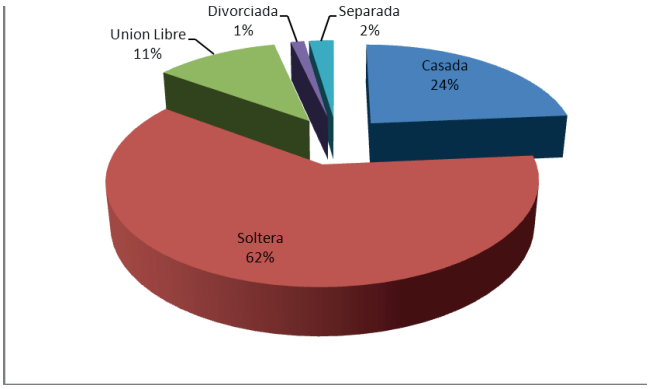
Grafica 4. Porcentaje de mujeres de acuerdo con su ocupación por grupo quinquenal de edad.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

La distribución de acuerdo a la ocupación en relación al grupo de edad, denota que la población estudiante es la más frecuente entre los 12 a 24 años, misma que decrementa en edades posteriores. La población empleada inicia entre los 15 y 19 años manteniendo hasta los 39 años. La población dedicada a la actividad campesina se encontró en menores a 14 años. Las mujeres que se dedican a las labores del hogar están presentes en todos los grupos, centrándose principalmente en las edades posteriores a los 40 años. La población obrera y dedicada al comercio se localiza de los 15 hasta los 44 años, con una frecuencia baja comparada con otras ocupaciones. La población desempleada oscila entre los 15 y los 19 años.

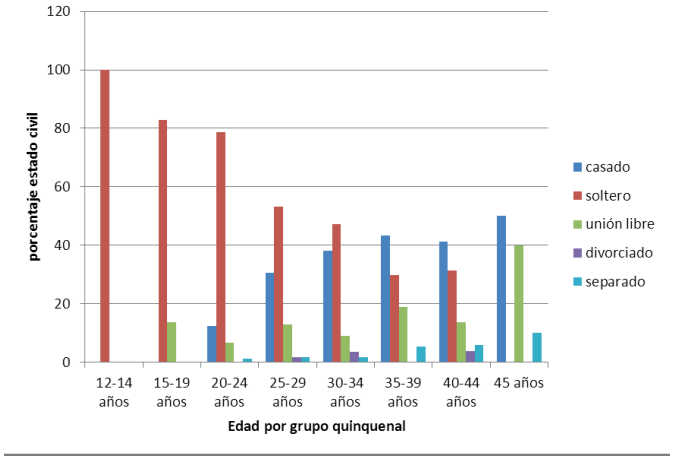
Gráfica 5. Estado Civil de la población de estudio.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Las mujeres que forman parte del estudio, el 62% son solteras, estado civil que puede estar relacionado por el alto numero de estudiantes, mientras que las mujeres casadas ocupan el 24% de la población total. Las mujeres que viven en unión libre con su pareja representan el 11%, mientras que las mujeres separadas son el 2% y las divorciadas el 1%.

Gráfica 6. Porcentaje de mujeres de acuerdo al estado civil por grupo quinquenal de edad.

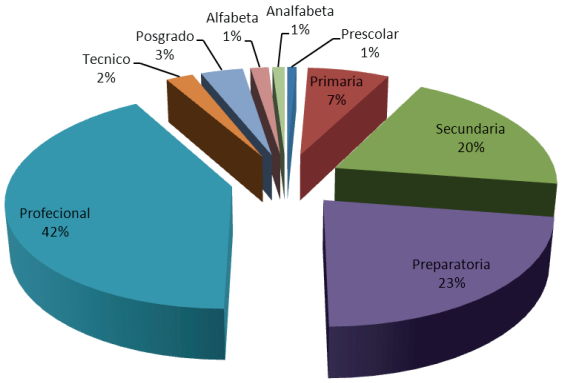


Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Por grupos quinquenales, la población únicamente soltera se localiza en el grupo de 12 a 14 años, mientras que a partir de los 15 años las adolescentes comienzan a tener vida en pareja viviendo en unión libre, con una

alta frecuencia a los 45 años. En el grupo de estudio los matrimonios y las separaciones se comienzan a dar a partir de los 20 años. Los divorcios entre las mujeres de 25 a 29 años presentan un incremento hasta los 34 años y se reducen en el grupo de 35 a 39 años. En las edades comprendidas de 40 a 45 años se observa un incremento de divorcios y separaciones en mayor porcentaje este último en comparación a otras edades.

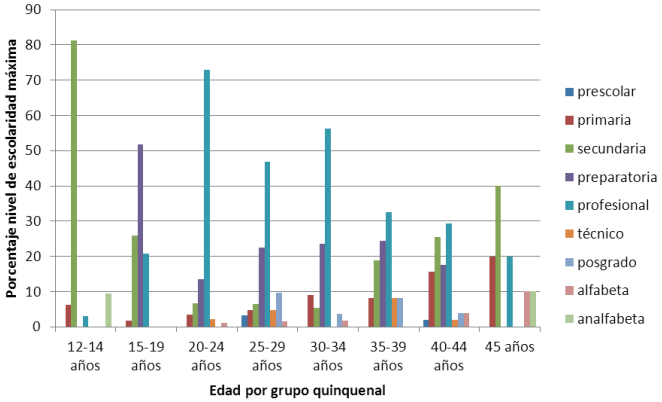
Gráfica 7. Grado máximo de estudios en la población de estudio.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

La distribución del grado máximo de estudio señala que el 42% de las mujeres cuentan con alguna formación profesional, el 23% solo cuenta con formación preparatoria, el 20% tiene estudios de secundaria, mientras que el 7% de la población solo cuenta con primaria. La población que no tiene conocimientos de lectura y escritura abarca el 1%, al igual que la población sin algún grado de estudio. Por otro lado la formación de postgrado estuvo presente en el 3% y la de grado técnico en el 2%.

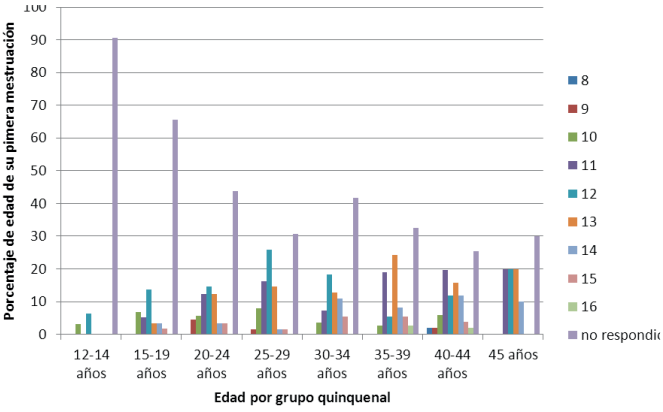
Gráfica 8. Porcentaje de mujeres de acuerdo a su nivel de escolaridad máxima por grupos quinquenales de edad.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Desacuerdo con la deserción del grado de estudio por grupo de edad, se aprecia que más de 80% de la población entre 12 y 14 años se encuentra estudiando o cuenta con la formación secundaria, en el grupo de 15 a 19 años el 50% cursan o tienen mínimo la formación preparatoria, la formación profesional es más frecuente en las edades entre los 20 y 34 años.

Gráfica 9. Porcentaje de mujeres de acuerdo a la edad de su primera menstruación por grupo quinquenal de edad.

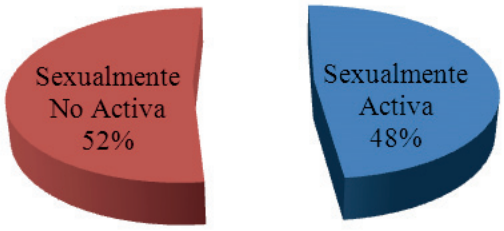


Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

La distribución de la edad de inicio de la vida fértil en relación con los grupos de edad denota una gran diversidad, estado en su mayoría oscilante entre los 11 y 13 años. La población de mujeres que no respondieron fue elevada en comparación con la población que si

respondió, dando una media de edad de menarquia de 12.12 años.

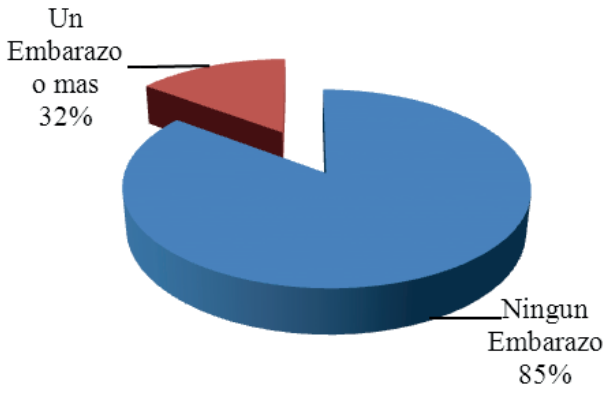
Gráfica 10. Proporción de mujeres que declararon tener una vida sexual activa.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Dentro de la población estudiada el 52% declaro ser sexualmente activa y el promedio de edad de la primera relación sexual es de 19.15 años de edad, con un rango mínimo de 13 años y máximo de 30 años.

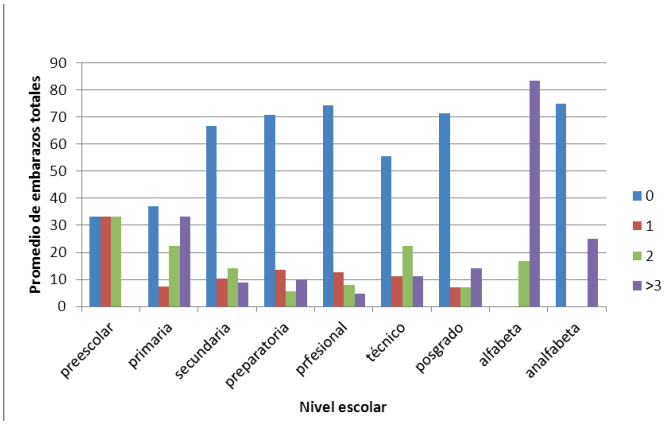
Gráfica 11. Proporción de mujeres que han tenido por lo menos un embarazo.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

El 32% de la población de mujeres ha tenido por lo menos un embarazo, el cual representa un promedio de 0.72 embarazos del total de la población analizada.

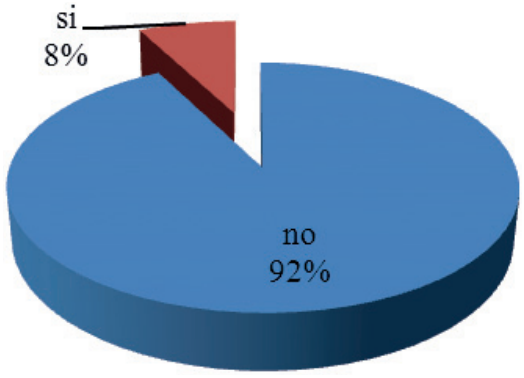
Gráfica 12. Promedio de embarazos totales de acuerdo al grado de estudios de las mujeres.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

El promedio de embarazos que se ha dado en el grupo de estudio es de 2.2 embarazos. La frecuencia de más de 3 embarazos, se dio en la población con estudios de primaria, al igual que en la población alfabeta y analfabeta. La mayoría de mujeres que tuvieron 2 embarazos tienen solo educación prescolar, primaria y técnica. Las mujeres que han tenido un solo embarazo, se mantienen constante en todos los niveles académicos. Se puede observar que en los grados superiores como son, profesional y posgrado, presentan un menor número de embarazos.

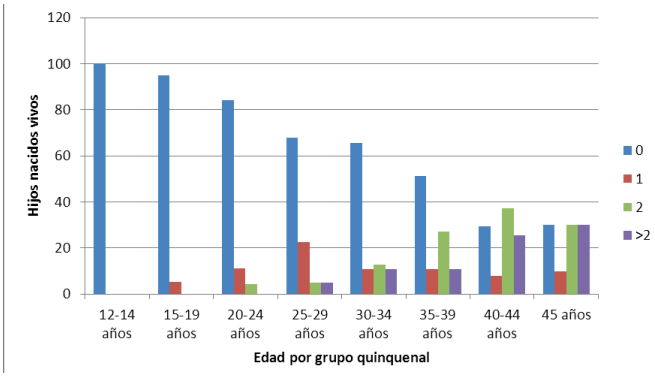
Gráfica 13. Proporción de mujeres que han tenido un aborto.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

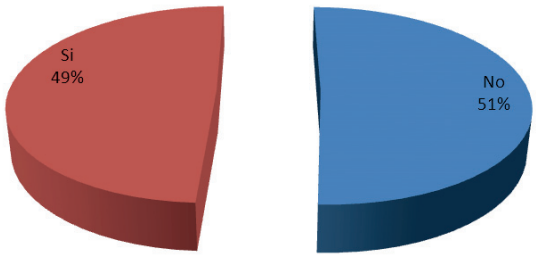
Del total de la población estudiada el 8% declaro haber tenido por lo menos 1 aborto.

Gráfica 14. Porcentaje de mujeres de acuerdo a sus hijos nacidos vivos por grupo quinquenal de edad.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

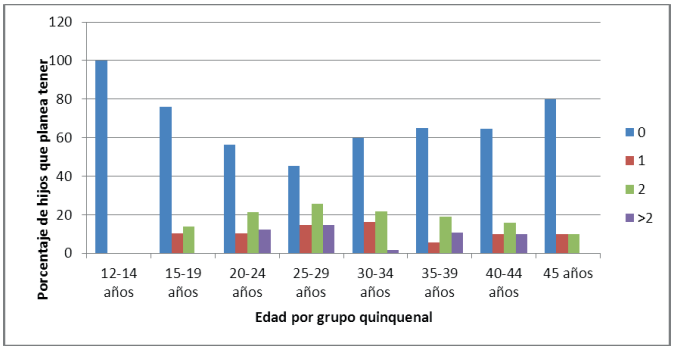
Gráfica 15. Porcentaje mujeres que han dado lactancia materna.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Del número total de mujeres, el 49% ha practicado la lactancia materna.

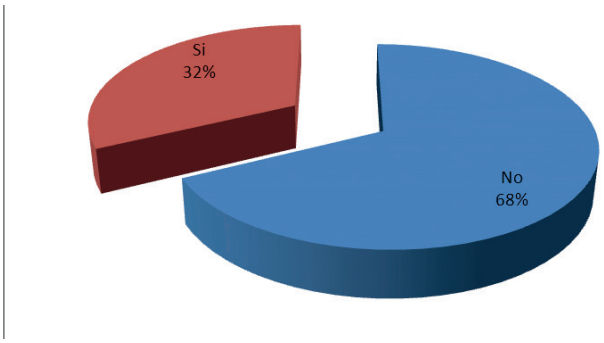
Gráfica 16. Porcentaje de mujeres de acuerdo con los hijos que planea tener por grupo quinquenal.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

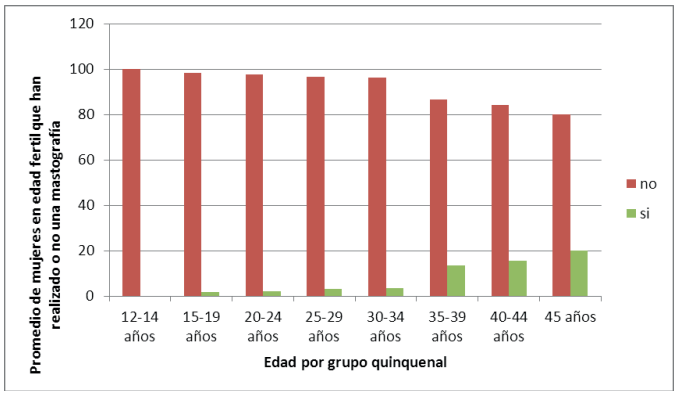
En la grafica se puede observar que las mujeres que sean tener más de 2 hijos comprenden las edades de 20 a 44 años. En todas las edades se encuentra que las mujeres su numero ideal de hijos es cero. Mientras que el grupo que planeó tener más de dos hijos es el grupo de 25 a 29 años, aunque el mismo grupo presentó el deseo de tener dos hijos. La media de hijos que desean tener las mujeres en el estudio es de 0.71 hijos, que abarca un rango mínimo de 0 y máximo de 6.

Gráfica 17. Proporción de mujeres que se realiza auto-exploración de mamas.



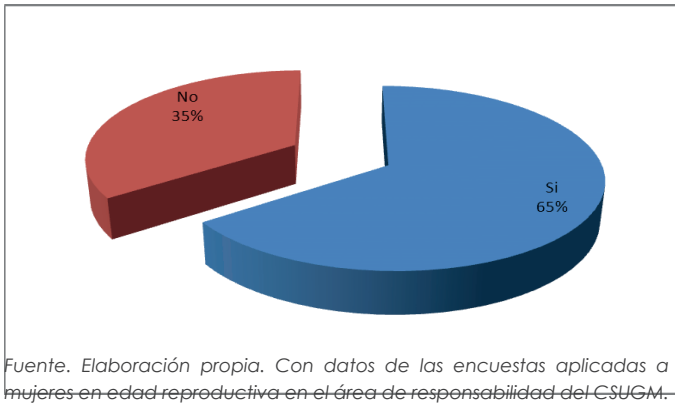
Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Gráfica 18. Promedio de mujeres que se han realizado la mastografía por grupos quinquenales de edad.



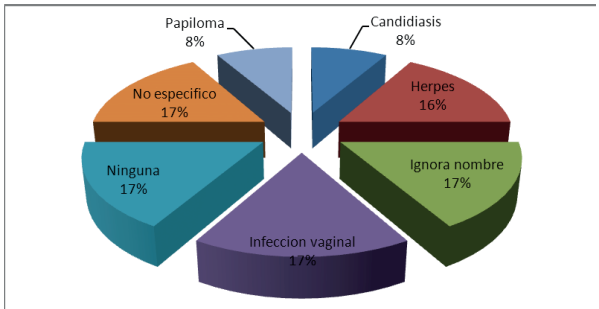
Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Gráfica 19. Mujeres Sexualmente activa que se realizaron el Papanicolaou en el último año.



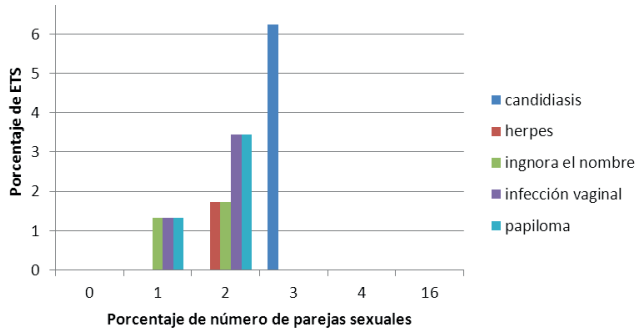
Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

20. Proporción de ETS detectadas de la población de estudio que dijo tener dichas enfermedades.

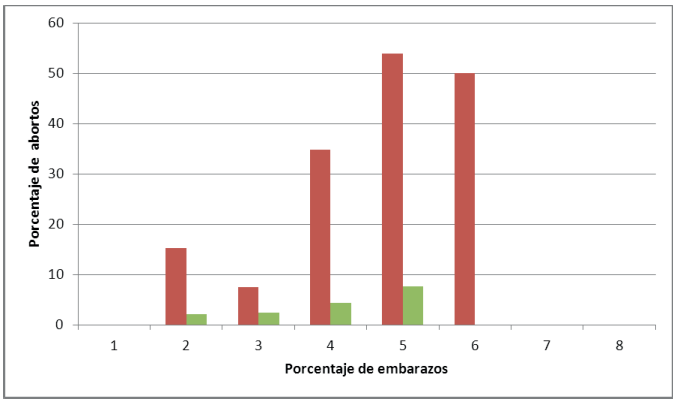


Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Gráfica 21. Porcentaje de número de parejas sexuales de acuerdo a ETS.



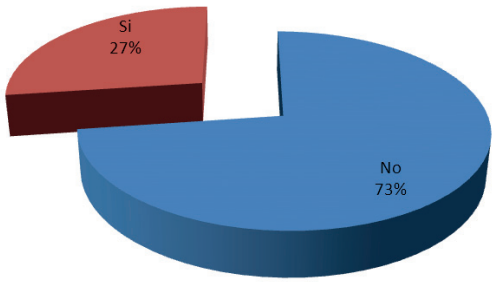
Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

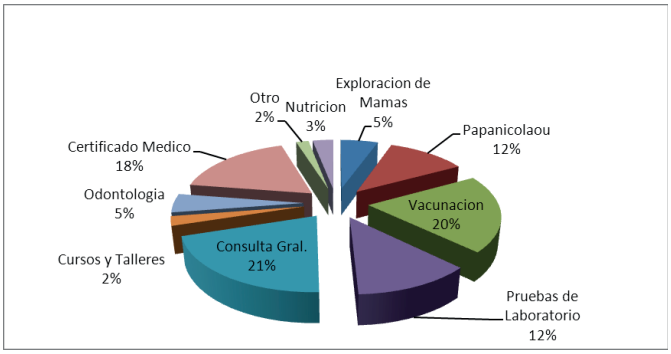
IDENTIFICAR LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CSUGM

Gráfica 23. Porcentaje de Mujeres que acuden al CSUGM.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011.

Gráfica 24. Principales servicios a los que acuden las mujeres del estudio.



Fuente. Elaboración propia. Con datos de las encuestas aplicadas a mujeres en edad reproductiva en el área de responsabilidad del CSUGM. Xalapa, 2011

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 PERTENECIENTES AL ÁREA DE INFLUENCIA CENTRO DE SALUD URBANO "DR. GASTÓN MELO" DE LA CIUDAD DE XALAPA VERACRUZ DURANTE PERIODO OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2011.

Ana Rosa García Fernández, Rosalía Hernández Cano, Pedro Pablo Castro Enriquez
Asesora Interna: *Dra. Rebeca García Román*

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, en el caso de México, se ha reportado que se ubica dentro de las primeras 12 causas de morbilidad y mortalidad (OPS).

El desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y sus complicaciones, se deben a diferentes factores que se relacionan principalmente, con el estilo de vida de las personas, tales como los inadecuados hábitos alimenticios, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y no apego a los tratamientos establecidos, entre otros. En esta investigación se describe los estilos de vida en pacientes con diabetes DM2.

Objetivo: Conocer mediante un diagnóstico situacional el estilo de vida de pacientes con DM2 pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" de la ciudad de Xalapa Veracruz durante periodo octubre-noviembre de 2011.

Material y Métodos: Es un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo de una muestra de 91 personas (6%) reportadas con DM2, dentro de la encuesta general del diagnóstico general de salud del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" de la ciudad de Xalapa Veracruz.

Resultados: el 55% de la muestra fueron mujeres, con un rango de edad entre los 21 y 96 años, siendo 60 años la edad promedio. Se encontró que sólo el 22% del total de la población lleva a cabo un estilo de vida favorable, un 59% tiene un estilo de vida poco favorable y un 19% un estilo de vida desfavorable para el control de su patología.

Conclusiones: Reforzar los conocimientos en la sobre la enfermedad, que la población de la muestra mejore la alimentación, la actividad física y la salud mental de la población con DM2 ya que el estilo de vida que llevan a cabo no es favorable para mantener el control de su enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Realizar el diagnóstico de salud de una población consiste en llevar a cabo un estudio observacional para caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la misma, con el fin de identificar necesidades y problemas en salud. De igual forma, permite la identificación y caracterización de los diferentes estratos poblacionales según sus condiciones de vida, coadyuvando a la determinación de posibles riesgos. Los resultados obtenidos apoyan a una mejor focalización de acciones de salud sobre los grupos más vulnerables de la población.

En el presente trabajo fue posible identificar la situación actual de salud en personas diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la población adscrita al Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo (CSUGM), bajo este criterio se identifican y describen los estilos de vida que presenta la población.

Este diagnóstico situacional es considerado un estudio cuantitativo trasversal que se realizó con información obtenida del diagnóstico general de la población atendida por el CSUGM, realizado conjuntamente con este proyecto, durante el periodo septiembre-noviembre de 2011, además de los datos obtenidos a través de la cédula modificada proporcionada por la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz se incluyeron datos obtenidos del instrumento para medir el estilo de vida en

diabéticos IMEVIDa (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) adaptado y validado con variables de interés para pacientes con DM.

Para el análisis del estilo de vida el instrumento toma en cuenta en su estructura: situación socio-económica actual, hábitos alimenticios, actividad física realizada, nivel de conocimiento de la enfermedad, consumo de alcohol y cigarros, así como el apego a los diferentes tipos de tratamientos prescritos. Con los resultados generados será posible plantear acciones de intervención que coadyuven a la mejora de su calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus se considera actualmente uno de los problemas de salud pública a escala mundial, afecta gran parte de la población y es estimado como una de las principales causas de mortalidad en países desarrollados y en vías de desarrollo, debido a las diversas complicaciones que se presentan en la persona enferma[1].

La DM2 se caracteriza por ser un trastorno irreversible, sin embargo puede ser prevenible y controlable, no es específica para algún sexo, rango de edad, ni para algún estatus social, pero es prevalente en sujetos con ciertas predisposiciones genéticas, sociales y físicas {Organization, 2001 #6719}. El desarrollo de la DM2, y las complicaciones, se deben a diferentes factores que se relacionan principalmente, con el estilo de vida de las personas, tales como los inadecuados hábitos alimenticios, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y apego a los tratamientos establecidos, entre otros {Organization, 2001 #6719}{Lameiras-Fernández, 2002 #8}{Lugones Botell, 2002 #3}{Muñoz, 2008 #7}{SCHWARTZMANN, 2003 #2}{Alvarez-Rosario, 2007 #2}{Dorsey, 2011 #25}{Sanabria, 2007 #1}.

De lo anterior señalado, los pacientes con DM2 generan un gasto sanitario elevado para la sociedad, ya que requieren estancias hospitalarias prolongadas, acuden más a los servicios de urgencias y consultan a un mayor número de especialistas, en relación a los costos directos se añaden los gastos indirectos como el ausentismo laboral, la incapacidad de realizar determinadas actividades en el trabajo y las discapacidades[2].

Por lo cual es necesaria la investigación del estado de salud a partir del estilo de vida que presentan, y con ello generar estrategias de control y prevención de complicaciones de la DM2.

JUSTIFICACIÓN

La DM se ha extendido alrededor de todo el mundo y se ha convertido en un problema de salud pública, en el caso de México, se ha reportado que la DM se ubica dentro de las primeras 12 causas de morbilidad y mortalidad [3].

Los trabajos desarrollados alrededor del mundo muestran la necesidad de darle seguimiento a las investigaciones relacionadas con el tema, mucho más a fondo y con más detalle, para darle secuencia a la identificación y prevención de aquellos factores asociados a los estilos de vida que no permitan una calidad de vida adecuada a personas diagnosticadas con DM2.

La época actual presenta avances de todo tipo que han brindado comodidades a los seres humanos, modificando los hábitos diarios, sin embargo se han adoptado estilos de vida no muy favorable para la salud, que de manera directa o indirecta puede favorecer aquellos factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades a largo plazo, derivado de comportamientos poco recomendables como la adopción de inadecuados hábitos alimenticios, falta de actividad física, entre otros. Esta problemática aunada al poco nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que desencadenan enfermedades crónicas degenerativas como la DM tipo 2, este desconocimiento potencializa el riesgo que enfrenta la sociedad a padecerla, vivir con ella y que se complique, así como para el desencadenamiento de complicaciones que se presentan y son evitables. Por lo que es importante que la población en riesgo conozca cuáles son los principales factores que desencadenan y agravan esta enfermedad, así como las formas en que se pueden evitar y retardar las complicaciones en caso de que ya esté presente.

El diagnostico de salud situacional de esta población en específico, nos ha permitido identificar los estilos de vida de los pacientes ya diagnosticados con DM2, lo que puede en un futuro ayudar a modifica las propuestas de acción, para evitar la aparición de complicaciones, y así

---

a López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguia-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en validación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública mex. 2003; 45(4):259-68.

mejorar la calidad de vida de personas con DM2.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas se presenta en la vida de muchas personas, se refieren a la presencia, acumulación y latencia irreversible de una enfermedad[4], la DM se encuentra comprendida en este grupo de padecimientos.

La DM, comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.[5]

La DM es considerada un trastorno crónico, ya que desde el momento en que se presenta en el organismo, incrementa paulatinamente su morbilidad y complicaciones asociadas. Se debe a que el páncreas secreta poca cantidad de insulina, o existe una incorrecta utilidad de la misma, ya que es la hormona reguladora de la concentración de glucosa en sangre. El desenlace de la DM es una condición llamada hiperglucemia, es decir, el aumento del nivel de glucosa en la sangre y que mayormente se debe a un inadecuado control de su concentración por los mecanismos mencionados anteriormente[6].

A menudo los síntomas no son graves, o pueden estar ausentes, y en consecuencia la hiperglucemia, suficiente para causar cambios patológicos y funcionales, puede estar presente durante mucho tiempo antes de realizar el diagnóstico. Los efectos de largo plazo de la diabetes mellitus incluyen desarrollo progresivo de las complicaciones específicas de retinopatía con potencial ceguera, nefropatía, que puede provocar insuficiencia renal, o neuropatía con riesgo de úlceras de pie y su consecuente amputación, juntas de Charcot y características de disfunción autonómica, incluyendo disfunción sexual. Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, periférica vascular y cerebrovascular[7].

Trastornos metabólicos de la Diabetes Mellitus.

Existen muchos trastornos involucrados en la patología de DM entre los que se encuentran el trastorno del metabolismo de carbohidratos que consta de un aumento de la glucosa plasmática debido a la utilización periférica de glucosa, produciendo hiperglucemia, ya que aún produce energía a partir de ácidos grasos libres (gluconeogénesis) o evitan el consumo de glucosa por la insulina sustituyéndolo por su antagonista, glucagón (glucogenolisis)[8, 9].

Otro de los metabolismos es el trastorno lipídico dentro de estas se consideran las alteraciones consideradas como factor de riesgo cardiovascular y que están ligados a la presencia de DM2; los trastornos más comunes son la hipertrigliceridemia y la hiperlipidemia posprandial. Los pacientes con DM2 pueden mostrar trastornos en el perfil lipídico a pesar de encontrarse en control ya que en su mayoría cuentan con otros factores de riesgo como la obesidad y la hipertensión arterial[10, 11].

Y por último el metabolismo proteico; la insulina es considerada como una hormona anabólica la cual interviene de gran manera en el metabolismo de las proteínas disminuyendo así la proteólisis, se puede mencionar que favorece el mantenimiento del contenido proteico corporal así como la lipogénesis y la gluconeogénesis; en los pacientes con DM2 el metabolismo proteico es normal incluso en presencia de mal control metabólico[12].

TIPOS DE DIABETES

Diabetes de tipo 1

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia, DM1). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. La causa de la diabetes de tipo 1 se debe a la nula secreción de la hormona insulina, de ahí su administración para sustituir su presencia, sin embargo no se puede prevenir, solo controlar[13, 14].

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Los síntomas pueden aparecer de forma súbita[14, 15] o de manera paulatina y ser silenciosa.

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud durante 2011, en el mundo hay más de 346 millones de personas de diabetes, se calcula que en 2004 3.4 millones de personas fallecieron por consecuencias del exceso de azúcar en sangre[6].

Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se conoce como un factor determinante para desarrollarlo, el hecho de tener un peso corporal excesivo y a la inactividad. Se estima que para el año 2030 en el mundo habrá 300 millones de pacientes enfermos, pues ya que cada año se diagnostican alrededor de 100 mil nuevos casos[16]. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006 la prevalencia de diabéticos en Veracruz es de 15.15%, tomando un promedio de la prevalencia de 8.6% adultos y 21.7% adultos mayores [3, 17-19].

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse clínicamente cuando han aparecido complicaciones [20] pero sobretodo y de manera confiable, a través de métodos de laboratorio.

Diagnóstico

En el año 2003, la Sociedad Americana de Diabetes estableció tres criterios, considerando criterio diagnóstico la presencia de cualquiera de ellos[21]:

- Síntomas de diabetes asociados a una medición de glucemia superior a 200 mg/dL (11,1mmol/L) en cualquier momento del día, y sin importancia del tiempo que la separa de una comida.
- Glucemia basal (en ayuno) superior a 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Se entiende por ayuno la ausencia de ingesta calórica en al menos 8 horas.
- Glucemia postprandial de 2 horas superior a 200mg/dL (11,1 mmol/L), tras la administración de 75 gramos de glucosa o su equivalente (este tercer criterio no se aconseja para su uso clínico habitual).

Tratamiento

Los elementos principales del tratamiento de un paciente diabético son la dieta, el ejercicio físico y la farmacoterapia. La interacción integral entre estos tres parámetros hace posible señalar que existe una adherencia por parte del sujeto. La evaluación del paciente diabético, y su respuesta ante alguna modificación en uno de estos elementos, debe realizarse teniendo en cuenta la evolución de las otras dos[22, 23].

A continuación se describe a qué se refiere cada una de los elementos que conforman el tratamiento según la NOM-015[23]:

Manejo no farmacológico

Es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación y de actividad física, que tiene como fin el control de peso y la aceleración del metabolismo para la regulación de carbohidratos.

Educación del paciente y su familia

El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento, ya que con ello se da por conocido el impacto de la enfermedad y su importancia.

Grupos de ayuda mutua

Con el propósito de incorporar de manera activa a las personas con DM2 en el autocuidado de la enfermedad, y facilitar su capacitación, se fomentará la creación de grupos de ayuda mutua, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, sobretodo incluyendo las situadas en unidades de atención a la salud.

Automonitoreo

El automonitoreo de los niveles de glucosa, es considerado un procedimiento de parte del sujeto que se denota indispensable para lograr el adecuado control de la diabetes, a través del empoderamiento del cuidado de su salud.

Manejo farmacológico

Los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Asimismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas entre otros, prescritos por el personal adecuado de acuerdo a los requerimientos de la persona con DM2.

La diabetes Mellitus ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI por su creciente magnitud como por su impacto en la enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad en las sociedades. La DM se ha convertido en uno de los más graves problemas sanitarios de nuestro tiempo. Las estimaciones indican que para el año 2030 su prevalencia alcanzará proporciones epidémicas y afectará a 366 millones de personas en todo el mundo[24].

La elevación crónica de los valores de glucosa en la sangre, incluso en ausencia de síntomas, conlleva lesiones en múltiple tejidos, de los que son especialmente sensibles los pequeños vasos de la retina, los riñones y los nervios periféricos, donde las complicaciones de la diabetes son más notables. De hecho, en prácticamente todas las sociedades desarrolladas, la DM2 se ha convertido en una de las principales causas de ceguera, amputaciones y enfermedad renal terminal[24-27].

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la NOM-015 considera que la glicemia en ayunas debe de ser 120 mg/dl. Para mantenerse en el punto ideal está vinculado a tres condiciones; el aspecto farmacológico, el ejercicio y la alimentación adecuada que se abordarán posteriormente [23, 28].

En la actualidad, la vida se ve caracterizada por el aumento en la longevidad pero no necesariamente asociada con una mejor calidad de vida. Los diversos cambios, sociales y tecnológicos, factores estresantes como; la inseguridad constante, la actividad laboral, la estructura familiar, etc. a los que estamos sometidos la mayoría de la población predispone y deteriora la calidad de vida.

La prevalencia de enfermedades crónico degenerativas no infecciosas en la mayoría de los países concluye que las medidas clásicas de la medicina no son suficientes en la mejora de la calidad de vida.[29]

Para determinar adecuadamente lo que se está tratando de analizar definiremos a continuación la diferencia entre calidad de vida y estilo de vida. De acuerdo al estudio realizado en la ciudad de La Habana en Cuba, en el cual se menciona que el concepto de calidad de vida se encuentra sujeto a diversas interpretaciones de acuerdo al círculo social en que se encuentra. Tomando en cuenta este análisis el termino calidad se refiere a cualidades o criterios que permiten valorar o apreciar los aspectos, en este caso de la vida; y en cuanto al área clínica de igual manera, es el valorar determinados procesos vitales inseparable al binomio salud-enfermedad, es entonces que la mejoría de la calidad de vida de los pacientes es uno de los objetivos principales de la atención médica[30].

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad o mediante si quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Esto se va conformando a lo largo de la historia de la vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales. Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no solo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aun más, su difusión social[31-34].

Los estilos de vida son parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: social, material e ideológico. El desarrollo de los estilos de vida saludables implica un compromiso individual y social, para satisfacer necesidades fundamentales, mejorar la calidad de vida y alcanzar el desarrollo humano y dignidad de la persona[35, 36].

Son muchos las factores que ha actuado a nivel del ambiente humanos y que determinan que una enfermedad se inicie y se desarrolle en sujetos concretos e incidan con más peso en determinados grupos poblacionales; dado entonces que el estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, resulta un objetivo importante para cualquier profesional de la salud indagar sobre las conducta de riesgo y de protección de los diferentes grupos sociales.

Los estados anímicos, las conductas y el ambiente en el que se viven influyen notoriamente sobre la salud. El actual interés por la salud ocupacional y por los riesgos medioambientales por ejemplo; ha originado programas de prevención en la contaminación del ambiente.[37]

La alimentación es uno de los rubros más importantes en los cuidados del paciente con DM; el principal objetivo de los pacientes diabéticos es controlar los niveles

glicémicos, evitando la hiperglucemia y la hipoglucemia. No existe una dieta ideal única para el tratamiento de la DM tanto como en lo que respecta a los nutrientes como a la complejidad de la dieta en las complicaciones de esta. Recordando que la dieta de una persona está basada no solo en su condición patológica (en caso de tenerla) si no también en su actividad física, nivel de estrés, actividades sociales y creencias. Un exceso de hidratos de carbono puede empeorar la glucemia; un alto aporte de grasa puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular y un gran aporte de proteínas en la dieta puede surgir como un factor de riesgo en complicaciones de la diabetes como la nefropatía diabética[12].

La alimentación de un paciente diabético debe ser como la de cualquier persona sana: equilibrada y variada es decir que incluya todos los nutrientes y grupos de alimentos en las proporciones adecuadas e hipocalórica, cuando el paciente presente problemas de sobrepeso u obesidad.[22]

Así mismo, el ejercicio físico es un componente importante en el manejo de la diabetes, de manera que puede ser utilizado para fomentar la salud y la calidad de vida de los pacientes afectados de dicha enfermedad. Aporta otra serie de efectos positivos asociados a la prevención de complicaciones, como son la mejora de la forma física, reducción del riesgo cardiovascular, disminución de la grasa corporal y, en algunos casos, la mejora del control glucémico. También produce interesantes beneficios psicológicos, de gran ayuda para facilitar la adaptación a la enfermedad.[38]

Por otro lado, el consumo de tabaco es parte de un estilo de vida no saludable para toda la población en general y el paciente diabético lo hace de manera similar. La nicotina contenida en el tabaco es la sustancia que provoca adicción y dependencia incrementa la severidad y frecuencia de las complicaciones micro y macrovasculares de los pacientes con diabetes que tienen mayor dependencia del tabaco y tres veces más probabilidades de morir de enfermedades cardiovasculares.

En personas con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la ingestión de nicotina reduce importantemente la sensibilidad a la insulina. Del mismo modo, Se ha sugerido que el tabaquismo crónico tiene un impacto directo sobre la distribución de la grasa corporal. Se ha demostrado que los fumadores crónicos sufren una función anormal en el hipotálamo relacionado con el aumento de peso y la obesidad[39].

El consumo de alcohol es un hábito presente en pacientes con diabetes que provoca ciertas reacciones en el metabolismo; es una fuente de energía pero no puede convertirse en glucosa. Es metabolizado de manera similar a los lípidos y también bloquea la gluconeogénesis. Estos factores contribuyen al desarrollo de hipoglucemia cuando se consume alcohol sin alimentos. En adultos con diabetes tipo 2, un consumo ligero o moderado de alcohol está vinculado con la reducción del riesgo de enfermedades coronarias, tal vez por el concomitante incremento del colesterol unido al LAD; mientras que el consumo excesivo puede originar aumento en la tensión arterias y ser factor para el infarto[40].

Un aspecto importante para el autocuidado del paciente diabético es la cantidad de información con la que cuenta, ya que conociendo el tipo de tratamiento y las formas en las que debe mantenerse permitirán un mejor control de la enfermedad. Una manera de informar al paciente sobre esto es la educación parea la salud, por lo que, educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general. Los objetivos de la educación terapéutica son, de manera general, asegurar que el paciente y su familiar allegado reciban una adecuada educación como parte de su tratamiento[41].

En cuanto el aspecto emocional, el paciente con diabetes se enfrenta a una serie de cambios que generan cierto desequilibrio emocional esto se debe a que la confortación con la enfermedad, los estudios y los tratamientos, muchas veces prolongados, la incertidumbre y los esfuerzos personales y familiares que se supone, producen un impacto muy significativo en la vida de las personas.

Cuando una situación es tan nueva e inesperada, importante o grave que las respuestas habituales resultan inadecuadas o insuficientes, la crisis provoca un estado de turbulencia que se acompaña de miedo, angustia, dolor, culpa, enojo y otras sensaciones displacenteras. Ante tal alteración se presenta un balance que puede significar una adaptación saludable que promueva el crecimiento personal o una respuesta desadaptativa que provoque deterioro anímico y secuelas a nivel psicológico.[42]

Se considera que los pacientes con diabetes presentan problemas psicológicos con mayor frecuencia que los sujetos sanos, pero menor que los pacientes con otras patologías crónicas. La prevalencia de depresión en la diabetes es dos a tres veces mayor que en la población general. Hasta hace poco se suponía que la depresión se desarrollaba como consecuencia de la diabetes, pero se ha constatado que se produce relativamente pronto en el curso de la enfermedad, antes incluso del inicio de las complicaciones. También se sabe que hay un mayor número de complicaciones y empeoramiento del curso de la diabetes cuando se le añade depresión, debido en parte a la peor adherencia y cumplimiento del tratamiento, en aquellos individuos con disminución del tratamiento, en aquellos individuos con disminución de la motivación, pérdida de energía, desesperanza y comportamiento autodestructivo, propios de la depresión. Esto lleva a un peor control glucémico, valorado mediante la HbA1c y al riesgo elevado de complicaciones, como retinopatía, nefropatía, hipertensión, enfermedad cardiaca y disfunción sexual[43].

Otro aspecto importante en la medición al estilo de vida es el apego al tratamiento, base importante para un buen control metabólico del paciente diabético.

Según Haynes y Rand el apego al tratamiento es "El grado en que el comportamiento de una persona — tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.[44]

MARCO EMPÍRICO

La DM es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas [23, 45].

Estilo de vida

El estilo de vida se ha definido como el modo de vivir condicionado por la conducta de cada persona así como la interacción de las condiciones socioculturales en las que se desarrolla. Se ha considerado que el estilo de vida, Se ha propuesto como un modelo de que determina la condición en que vive una población, definida por los criterios sociales y económicos [46].

Entre las características que abarca el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de conducta [46]. También se menciona que no se presenta un buen estilo de vida cuando condiciones como; cultura de procedencia, ingresos, estructura familiar, edad, capacidad física, entorno doméstico y laboral, entre otros [14, 33, 47-54].

Nutrición

El seguimiento adecuado de la nutrición en la persona con DM2 es de relevancia en el tratamiento, esta estrategia se ha prescrito con diversas finalidades entre ellas; regular las cantidades de carbohidratos consumidas y con ellos llegar a otro; apoyar a pacientes con sobrepeso o morbilidad a mantener un peso adecuado [55]. Sin embargo el cuidado de la alimentación, como lo son el desconocimiento de una dieta idónea, la poca importancia que los sistemas de salud le brindan a la dieta de los sujetos con diabetes, la dificultad que tienen los sujetos de adaptar su dieta en un nuevo estilo de vida adecuado a la enfermedad. Según Vinter-Repalust (2004) un problema común en sujetos con diabetes fue el hecho de mencionar que se sienten insatisfechos con las raciones prescritas para consumo diario, situación que tampoco ayuda a su estado emocional motivo por el cual los pacientes con DM tipo 2 [56] y por su parte Farmer y col., 2006, menciona que la población con DM en su investigación refiere la dificultad de mantener un estilo de dieta adecuado por periodos de tiempo prolongados, sin embargo implico que su valor no fue significativo [25].

Actividad física

La terapia basada en la actividad física está referida para el buen control de la DM donde tiene como función primordial mantener el metabolismo en buen funcionamiento y con ello disminuir las condiciones de hiperglucemia y así reducir los problemas que acompañan al sedentarismo, además de mantener al sujeto con una autoestima alta y pueda mejorar su rendimiento [25, 56, 57].

Metabólicamente las modificaciones que se ejerce con la actividad física, disminuyendo los niveles de glucosa al

reactivar las funciones de la insulina, sin embrago no está prescrita para todos ya que debe existir una evaluación [58].

Alcohol y tabaco

El consumo de sustancias consideradas nocivas ha sido identificadas como componente estrecho entre un estilo de vida inadecuado y la presencia de DM2, referido sobre todo al consumo de tabaco y consumo de alcohol, donde en lugar de apoyar los tratamientos establecidos, aminoran el cuadro de mantener un estilo de vida saludable, ya que existen entre otras situaciones la aparición de otras enfermedades que disminuye la calidad de vida [59, 60].

Se ha comprobado que fumar aumenta la resistencia a la insulina [61], relaciona a la persona a presentar problemas en el metabolismo de la glucosa [61], incrementa la posibilidad de padecimientos coronarios [62], de tensión arterial elevada [61], así como de colesterol High Density Level (HDL) [61], y la presencia de una muerte prematura en personas con DM2 [62].

Información sobre diabetes

La importancia de la DM es relevante para el conocimiento de aquellas personas que presentan la enfermedad, ya que les puede ayudar a mejorar su estado de salud a partir del autocuidado que se muestren, en la actualidad se pretende en mucho de los trabajos científicos, que las personas deben tener posesión de su salud, de esta misma manera la educación participativa implica que las personas conozcan las implicaciones y las posibles consecuencias que existen al presentar la enfermedad 53, 63.

Sullivan-Bolyai, et al., indica en su trabajo la eficacia de una estrategia planteada al mostrar de manera funcional la participación de padres en adolescentes con DM tipo 1 64, de igual modo Arcega-Dominguez, et al., evidencia que las personas con una educación propia donde se encarguen de su salud mejoran su control de la enfermedad disminuyendo valores de Hemoglobina Glucosilada hasta 1.8% del nivel inicial 53, por su parte Al- Khawaldeh, et al, señala que si las personas con DM2 mejoraran su comportamiento relacionado con la educación en la enfermedad, mejorarían su nivel glucémico de manera significativa 65, opinión compartida con Kalyango, et al., donde en su trabajo determino que alrededor del 40% de la población estudiada no tenía una educación referida a DM 2 66.

Emociones

Existe evidencia empírica de una relación estrecha entre el estado anímico y el adecuado estilo de vida presente en personas con DM2, las referencia indican que un nivel de depresión con sentimientos de tristeza elevan las concentraciones de glucosa, y no mejora el control glucémico, por otra parte sentimientos como susto, coraje, y gusto son referidos también en personas que de manera constante se presenta en estado glucémico elevado 67-70. En el trabajo diseñado por Robles-García, et al., demuestra que la relación entre su estado anímico y la importancia que los pacientes refieren dar a los tratamientos para su enfermedad y la relación que existe con la percepción de sí mismos ante la enfermedad es significativa (p=.000) 68, del mismo modo Cabello-Alarcón, et al, obtiene una relación estricta entre la sintomatología depresiva y las enfermedades crónicas (p=<0.05) en mujeres, así como un 40% refirió presentar complicaciones por la DM2 al sentirse deprimidos 69.

Adherencia al tratamiento farmacológico

El control de la DM además del control por dieta y ejercicio este indicado un rubro que de manera general trata de suplir o motivar la acción natural del cuerpo a través de medicamentos, esto es a partir de apoyo farmacológico 47, 71, en el tratamiento a base de fármacos son conocidos los grupos en que están clasificados de acuerdo a su tipo de administración, uno de ellos oral están clasificados por familias (sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de la □-glucosidasa, así como la tiazolidinedionas)72-74 en el segundo grupo se presentan los inyectables (insulina humana)15, 23, clasificada a su vez de acuerdo a la rapidez y duración del efecto en; rápida, intermedia y lenta 47.

La literatura a través de una infinidad recalca la importancia del apoyo que facilitan las terapias a base de fármacos, donde la actividad del fármaco estimula o incrementa la actividad de la insulina 75, solo recalcando que no se lleva a cabo solo con el consumo sino aseverando que debe ser de manera constante y precisa de acuerdo a las indicaciones prescritas 76 y con ello aminorar o no permitir el desarrollo de complicaciones 77.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer mediante un diagnóstico situacional el

estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" de la ciudad de Xalapa Veracruz durante periodo octubre-noviembre de 2011.

Objetivos específicos

- Describir las características demográficas y socioeconómicas de la población con diagnóstico de DM2 adscrita al CSUGM.
- Determinar el tipo de estilo de vida
- Correlacionar el tipo de estilo de vida con las variables demográficas y socioeconómicas.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio es la población adscrita al área de influencia correspondiente al Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo en la ciudad de Xalapa Ver., la cual corresponde a un aproximado de 30,411, durante el periodo octubre-noviembre de 2011.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó conveniencia, siendo 91 personas (9%) reportadas con DM2, dentro de la encuesta general del diagnostico general de salud del Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Personas diabéticas con diagnostico previo.
- Personas diabéticas que se encuentren a la hora de la encuesta.
- Personas diabéticas que acepten participar dentro de la misma.
- Adultos (mayores de 18 años).

Criterios de exclusión

- Personas no diabéticas.
- Personas no diagnosticadas clínicamente.
- Personas diabéticas que no se encuentren al momento de la encuesta.
- Personas diabéticas que no acepten participar en la encuesta.
- Menores de 18 años

Criterios de eliminación

- Cuestionarios que se encuentren incompletos.
- Cuestionarios que no autoricen el consentimiento informado.

MEDICIÓN DE VARIABLES

Las variables a medir estarán previstas por un instrumento semi-estructurado utilizado anteriormente y que fue diseñado exclusivamente para determinar el nivel del estilo de vida de sujetos con diabetes mellitus, en caso de los sujetos con diabetes mellitus identificados dentro del área de influencia del centro de salud, la forma en que se medirá dicha variable será a través del instrumento conocido como IMEVID (Ver anexo 1), el cual fue elaborado por López-Carmona y colaboradores en 2003 en México [78, 79], consta de 25 reactivos cerrados con 3 opciones de respuesta, dichos ítems se califican con valores de 0, 2 y 4, donde 4 corresponde al valor máximo deseable por respuesta [79]. Los ítems se encuentran agrupados en 7 subtemas, los cuales evalúan el estilo de vida general de los pacientes con diabetes mellitus; los subtemas abordados serán nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia al tratamiento. La calificación va de 0 al 100; entre mayor sea la puntuación, indica un estilo de vida más adecuado, es decir, para este caso, el valor mayor de 80 puntos equivale a un estilo de vida favorable para el control metabólico de la enfermedad, si se ubica entre 60 y 80 puntos es un estilo de vida poco favorable y si es menor de 60 puntos se clasifican con un estilo de vida desfavorable.

La validez y la confiabilidad con el que fue construido el instrumento fue determinado por sus autores, por medio de una consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach 0.91 siendo los estándares de confiabilidad de 0.84-0.96 y una consistencia externa test-retest mediante coeficiente de correlación de Spearman altas; demostrando que esta es

una herramienta útil para fines clínicos y de investigación relacionados con diabetes. El análisis exploratorio del instrumentos constaba de 41 de los cuales se identificaron los componentes principales [78, 79].

La definición, operacionalización y cruce de variables se encuentra descrita en la tabla 1 y 2 de anexo 2.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

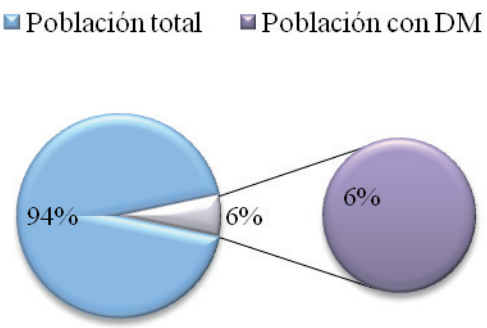
De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17 fracción 1, esta investigación se considera sin riesgo, por lo cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Así mismo se cumplió con el artículo 18, al informar al participante sobre el objetivo de la investigación[80].

RESULTADOS

De acuerdo al objetivo de describir las características demográficas y socioeconómicas de la población con diagnóstico de DM2 adscrita al CSUGM, se obtuvieron los siguientes resultados.

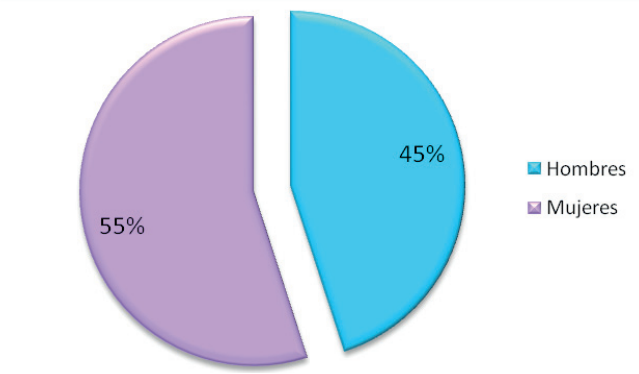
Este trabajo se desarrollo a partir del estudio "Diagnóstico de Salud General del Centro de Salud Urbano Dr. Gastón Melo", donde se reportó que el 6% de personas refirieron ser diagnosticadas con DM2 lo que corresponde a un total de 91 (Ver gráfica 1), dentro de los cuales el 55% (50 personas) eran mujeres y el 45% (41 personas) hombres (Ver gráfica 2).

Gráfica 1. Relación de población con DM2 en la población General de CSUGM



Fuente: Tabla 1. Anexo 3.

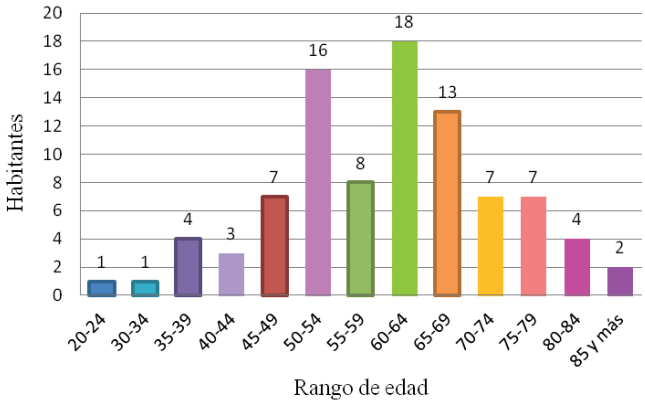
Gráfica 2. Relación de la población con DM2 por sexo



Fuente: Tabla 2. Anexo 3.

La edad mínima reportada en la población de estudio fue de 21 años y máxima de 96, siendo 60 años la edad promedio y la edad más frecuente en la que se presenta DM2 en esta población de estudio. Se observó que la mayor frecuencia de personas se encuentra en el grupo etario de 60 a 64 años (19.8%), seguido del grupo de 50 a 54 años (17.6%), y posteriormente el grupo de 65 a 69 años (14.3%). Los grupos de menor frecuencia reportada de DM tipo 2 es de 20 a 24 y de 30 a 34 años (1.1% cada uno).

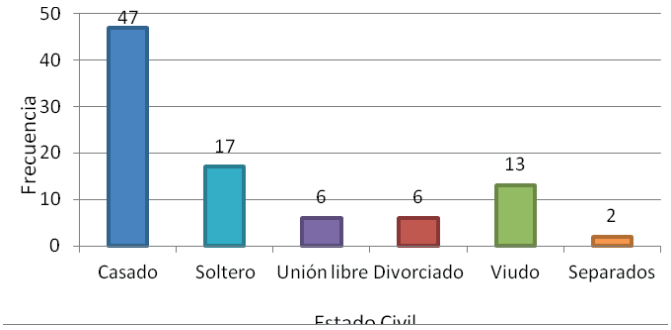
Gráfica 3. Distribución de la población con DM2 por grupos etarios



Fuente: Tabla 3. Anexo 3.

En cuanto al estado civil, la mayoría de la población con DM2 mencionó estar casada lo que corresponde a un 51,7% (Ver gráfico 4); al analizar el nivel escolar se observó que el grado de escolaridad más frecuente fueron la secundaria con 21.9% y preparatoria con 24.1%. (Ver gráfico 4)

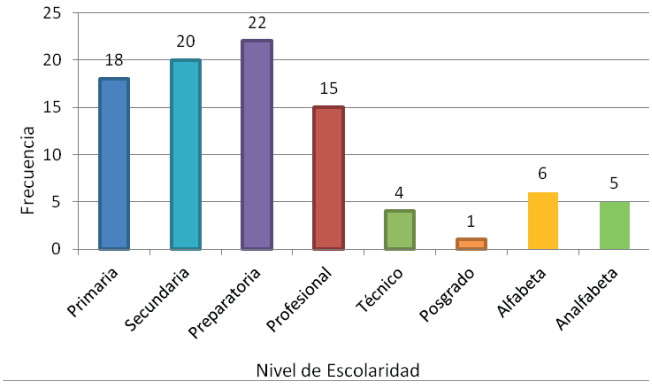
Gráfica 4. Estado civil de la población con DM2



Fuente: Tabla 4. Anexo 3.

Por otra parte, entre los datos de la población con DM2 se encontró que dicha población tiene por lo menos una escolaridad de nivel medio superior (bachillerato) con 22 personas (24%), seguidos por aquellos que alcanzaron un nivel de escolaridad de nivel secundaria (22%) y donde el 5.4% de la población refirieron no saben leer ni escribir tal como lo indica la gráfica 5.

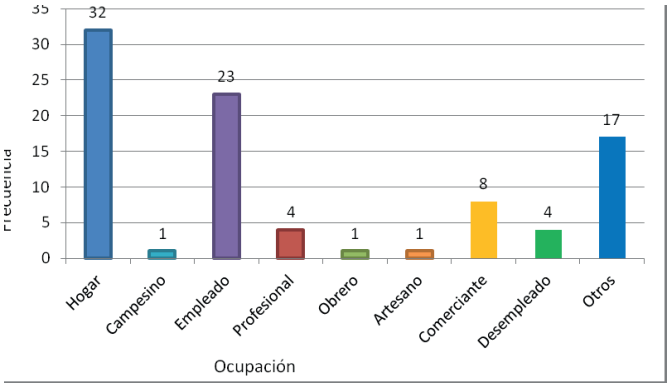
Gráfica 5. Distribución de la población con DM2 por escolaridad



Fuente: Tabla 5. Anexo 3

La población económicamente activa está representada por el 60.4% con diferentes ocupaciones, sin embargo un número significativo (39.5%) se encuentra económicamente inactiva, localizado entre los grupos desempleados y quienes realizan las labores del hogar con un total de 35% (Ver gráfica 6).

Gráfica 6: Ocupación de la población con DM2



Fuente: tabla 6. Anexo 3

ESTILO DE VIDA

De acuerdo al objetivo específico de determinar el tipo de estilo de vida tenemos los siguientes resultados:

Alimentación: La dieta y el control de la alimentación son fundamentales para el control metabólico en un paciente diabético. En la población estudiada se encontró que el consumo de frutas y verduras es muy frecuente ya que el 64,8% y el 67% de la población dijo incluirlas en su dieta diaria (Ver tabla 7).

En el consumo carbohidratos como las tortillas fue observada la respuesta "de 4 a 6 piezas" como la más frecuente (48.4%), retomando que la dieta básica de la comida mexicana está basada en maíz, chile y frijol, y la tortilla es un alimento común en las mesas mexicanas. En cuanto al consumo de pan, el 33% de la población de estudio mencionó consumir 2 piezas o más al día (Ver tabla 8).

El consumo de aditivos como la sal y el azúcar son muy comunes y en algunos casos se abusa de estos, al momento de cocinar o en el consumo de comidas rápidas, en los resultados de esta población se registró que la gran mayoría respondió que "casi nunca" acostumbra a agregarlos de manera extra a sus comidas (Ver gráfica 9).

Tabla 7. Consumo de Frutas y Verduras

Alimentos	Casi nunca		Algunos días		Todos los días	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Verduras	4	4.4	26	28.6	61	67.0
Frutas	7	7.4	25	27.5	59	64.8

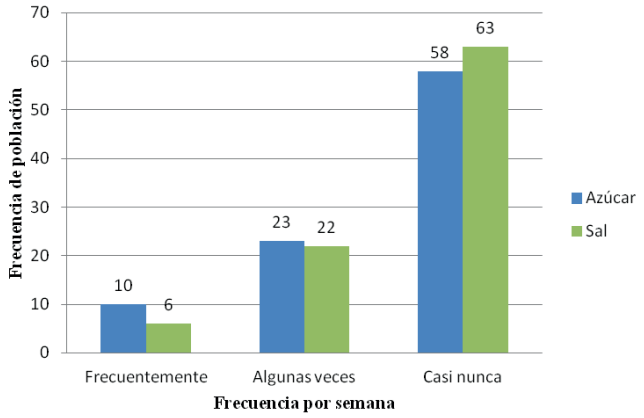
Fuente: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011

Tabla 8: Consumo de pan y tortilla

Cantidad de pan			Cantidad de tortilla		
Valoración	Frecuencia	%	Valoración	Frecuencia	%
3 o más piezas	6	6.6	7 o más piezas	8	8.8
2 piezas	24	26.4	4 a 6 piezas	44	48.4
0 a 1 pieza	61	67.0	0 a 3 piezas	39	42.9
Total	**91**	**100**	**Total**	**91**	**100**

Fuente: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011

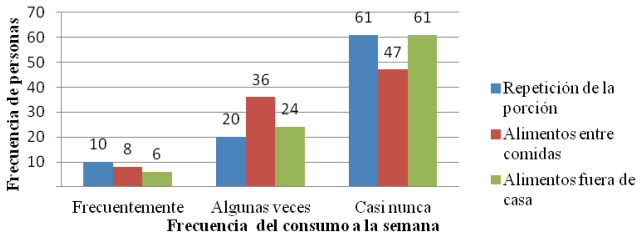
Gráfica 9. Consumo de sal y de azúcar extra



Fuente: Tabla 9. Anexo 3

En la grafica 10 se agrupan ciertos componentes que determinan los alimentos de las personas diagnosticadas con DM2, en cuanto a las raciones y el lugar donde se consumen. El dato sobresaliente es el hecho que la población reportó que "casi nunca" repiten la primera porción que les sirvieron en la comida, "casi nunca" comen fuera de casa; mientras que el dato de comer alimentos entre comidas es casi igual en la categoría de "algunas veces"(39%) sumada con la categoría "frecuentemente" (8.7%) y "casi nunca" (51.6%).

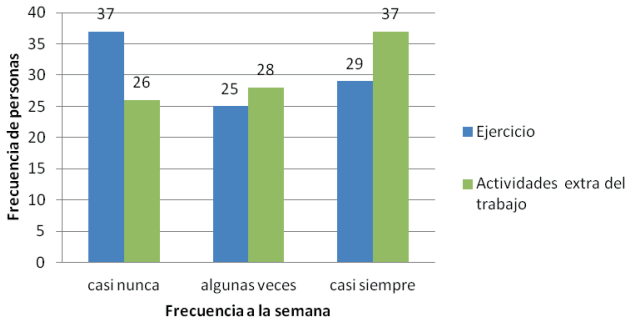
Gráfica 10. Acciones negativas en la alimentación



Fuente: Tabla 10. Anexo 3

La actividad física es un elemento primordial para mantener una condición adecuada de salud; pero es necesario hacer la diferencia que hay actividades entre las que realizamos cotidianamente y el ejercicio propiamente; como se aprecia en la gráfica 11, en el caso de la población de estudio, aunque si hubo datos de personas que practicaban algún tipo de ejercicio, la mayoría no (40.6%), sin embrago refieren realizar actividades extra laborales que no necesariamente implican realizar un ejercicio (40.6%).

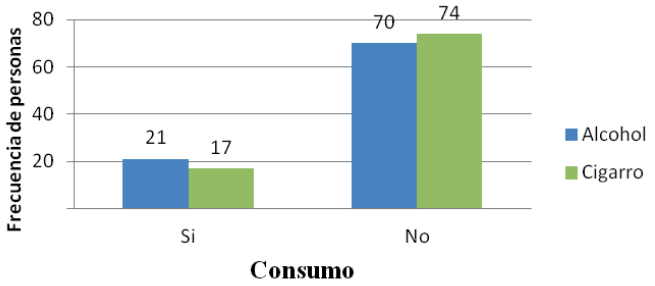
Gráfica 11. Actividad Física en población con DM2



Fuente: Tabla 11. Anexo 3

El consumo de alcohol y cigarro son dos adicciones muy conocidas y de rapida accesibilidad. Los datos obtenidos indican que el consumo de estos es muy bajo, sólo el 23% de la población consume alcohol y 18.6% cigarros (Ver grafica 12).

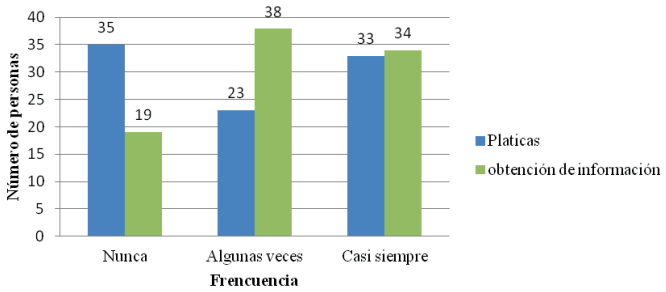
Gráfica 12. Consumo de alcohol y Cigarro en la población con DM2



Fuente: tabla 12. Anexo 3

En la gráfica 13 se puede observar que la mayor parte de la población está interesado en ir o ha asistido al menos una vez a alguna platica sobre DM, sin embargo un gran porcentaje no lo hace (38.4%), es notorio que la población procura mantenerse informado "algunas veces" (25,3%) y "casi siempre" (36,3%) acerca de la enfermedad, para mantener mejores hábitos que ayuden a mejorar sus condiciones de salud.

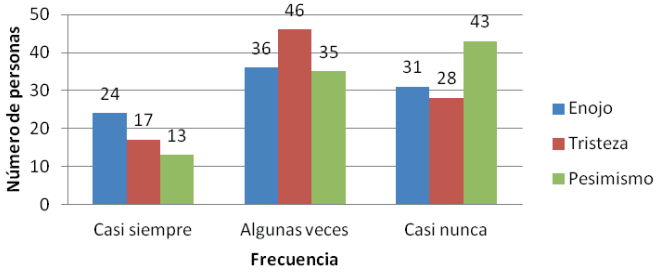
Gráfica 13. Asistencia de pláticas y obtención de información sobre DM



Fuente: Tabla 13. Anexo 3

Al estar afectado el organismo por alguna patología es común que exista una inestabilidad emocional debido a los cambios fisiológicos que se presentan, en la gráfica 14 se observó que en la población de estudio la gran mayoría ha presentado sentimientos de enojo (66%), tristeza (69.2%) e ideas pesimistas sobre su futuro (52.8%).

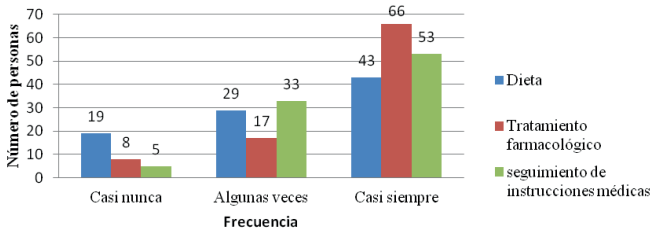
Gráfica 14. Estado emocional



Fuente: Tabla 14. Anexo 3

Para un buen control de la glucosa es importante el apego al tratamiento, la población de estudio dijo seguirlo "casi siempre" tanto la dieta, el tratamiento farmacológico y las indicaciones médicas. Sin embargo una cantidad significativa respondió que "algunas veces" y que "casi nunca" se apega al tratamiento, representando así el 52.8% que no sigue la dieta adecuadamente, el 27.5% olvida tomar sus medicamentos o aplicar su insulina y un 41.8% que no sigue instrucciones médicas de manera rigurosa (Ver gráfica 15).

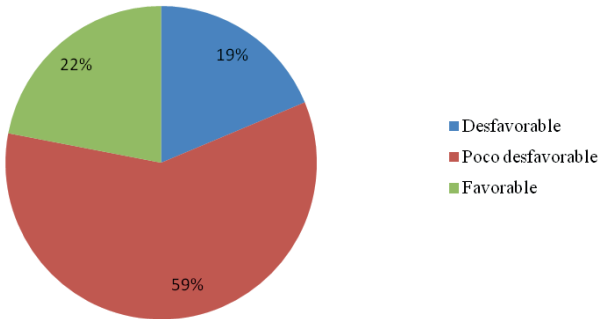
Gráfica 15. Apego al tratamiento



Fuente: Tabla 15. Anexo 3

Al integrar todos los commponentes del estilo de vida llevado por las personas con DM2 se obtuvo que sólo el 22% del total de la población lleva a cabo un estilo de vida favorable, un 59% tiene un estilo de vida poco favorable y un 19% un estilo de vida desfavorable para el control de su patología (Ver gráfica 16).

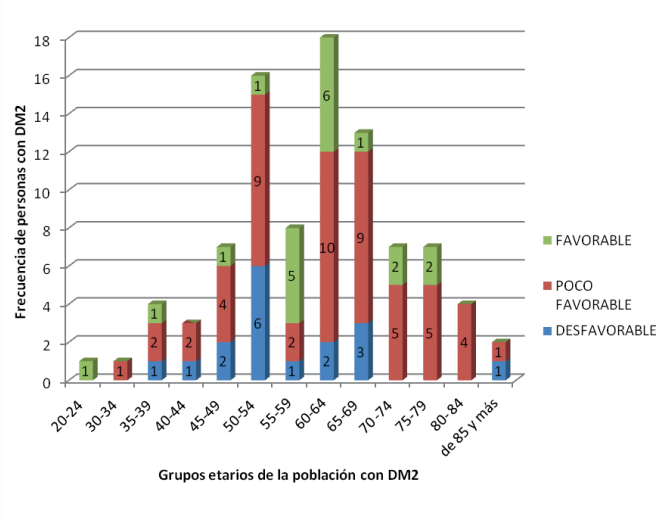
Gráfica 16. Tipo de estilo de vida en los pacientes con DM2



Fuente: Tabla 16 anexo 3

Al Correlacionar el tipo de estilo de vida con las variables demográficas y socioeconómicas se obtiene que el grupo etario con un mayor estilo de vida favorable, que corresponde al grupo de 55 a 59 años, sin embargo el grupo de edad con estilo de vida desfavorable ubicado de 50 a 54 años. Cabe mencionar que dos de los grupos etarios con la ausencia de un estilo de vida desfavorable son lo correspondientes a las edades de 70 a 74 años y de 75 a 79 años (Ver grafica 17)

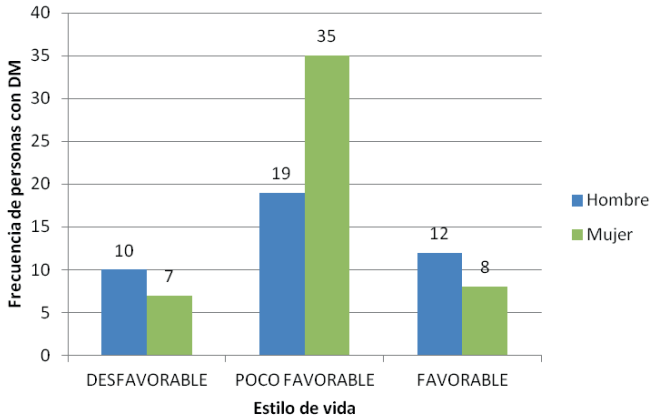
Gráfica 17. Relación de los estilos de vida por grupo etario en personas con DM2



Fuente: Tabla 17. Anexo 3

En la relacion del estilo de vida con el sexo se observó que el comportamiento del estilo de vida desfavorable en hombres es mayor que en mujeres, el poco favorable es mayor en las mujeres que en los hombres y que el estilo de vida favorable es mayor en los hombres que en las mujeres. (Ver gráfica 18)

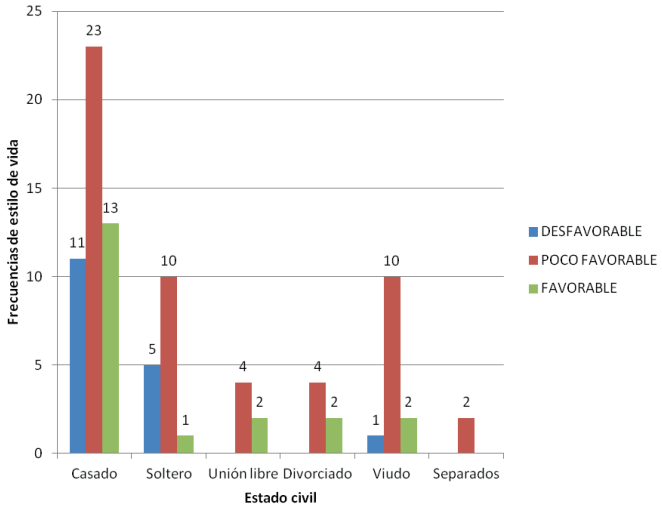
Gráfica 18. Relación del estilo de vida de acuerdo al sexo de la población con DM2



Fuente: Tabla 18. Anexo 3

En cuanto a la relación del estilo de vida con el estado civil encontramos que en las personas casadas presentan un mayor estilo de vida poco favorable y desfavorable, donde el estilo de vida favorable representó un porcentaje de 27.6% del total de casados. En las personas solteras se presenta un estilo de vida poco favorable en mayor proporción representando sólo el 6.25% las personas que tiene un estilo de vida favorable, mientras que para las personas que viven en unión libre y divorciadas no fue relevante el estilo de vida desfavorable; a su vez, en las personas separadas sólo fue frecuente el estilo de vida poco favorable (Ver gráfica 19).

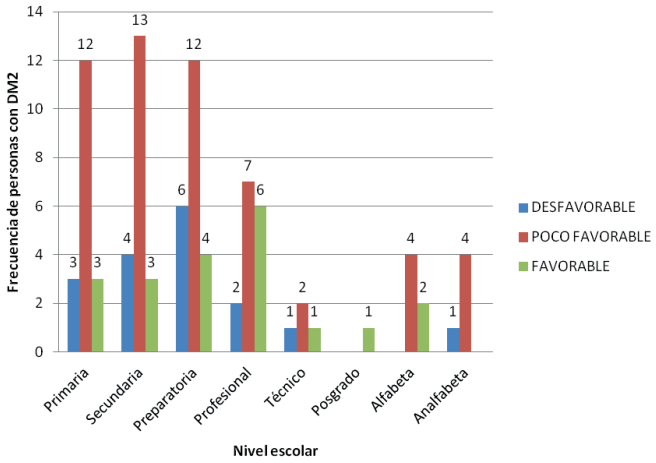
Gráfica 19. Relación del estilo de vida de personas con DM2 y su estado civil



Fuente: Tabla 19. Anexo 3

En la relación de escolaridad y estilo de vida de esta población, los resultados encontrados fueron que la población analfabeta no tiene un estilo de vida favorable predominando el estilo de vida poco favorable y desfavorable, en contra posición, las personas que expresaron tener un posgrado sólo predominó un estilo de vida favorable (Ver gráfica 20).

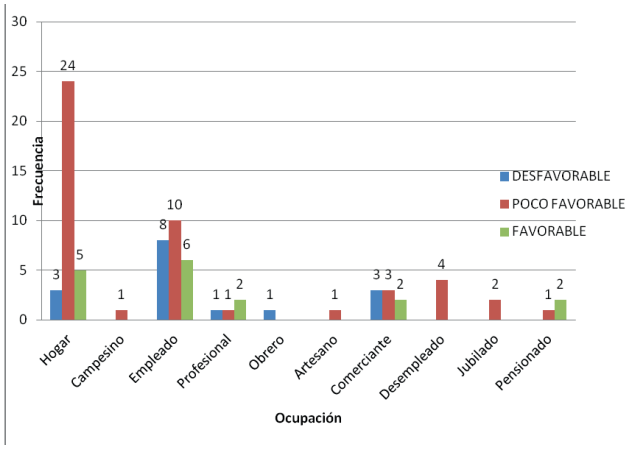
Gráfica 20. Relación de estilo de vida de personas con DM y el nivel escolar



Fuente: Tabla 20. Anexo 3

Al hacer la relación de la ocupación con el estilo de vida encontramos que los obreros tienen un estilo de vida desfavorable (100%), los campesinos, desempleados, jubilados y pensionados sólo tienen un estilo de vida poco favorable, y en la población dedicada a las labores del hogar sólo el 15% tiene un estilo de vida favorable.

Gráfica 21. Relación de estilo de vida en personas con DM y la ocupación laboral



Fuente: tabla 21. Anexo 3

DISCUSIÓN

El estilo de vida se determina por las condiciones de vida de las personas con DM2, para el caso de este diagnóstico situacional, López-Carmona, et al. (2003), realizó un estudio en población mexicana, con la finalidad de validar la construcción de un instrumento basándose en siete criterios que van ligados al estilo de vida de personas con DM2, agrupado en 25 ítems, sus resultados arrojan la validez y la confiabilidad suficiente para considerar al IMEVID, un instrumento adecuado para la identificación de las características que giran en torno al estilo de vida[52]. Posteriormente este mismo equipo replanteó su estrategia en 2004, donde certifican la validación del instrumento y se demostró la correlación de las variables dependientes con las variables independientes [51, 54].

En 2008 Bálcazar-Nava, et al., realizaron un estudio en población con DM2 basándose en el test de IMEVID, sin embargo ellos ponderaron una calificación del instrumento de manera dicotómica es decir asignaron a los valores mayor de 75 puntos una calificación de buen estilo de vida, e inadecuado estilo de 74 puntos y menos, en este estudio se utilizó la puntuación propuesta por López-Carmona, et al. (2003) donde una puntuación Menor de 60 puntos equivale a un estilo de vida desfavorable, de 60 a 80 puntos e igual a un estilo de vida poco desfavorable y mayor de 80 puntos representa un estilo de vida favorable para el control metabólico.

Por otra parte, Romero-Vázquez, et al. (2011) indicaron en su trabajo que el estilo de vida es la manera de vivir de las personas, entre sus resultados hallaron que el rango de **edad** osciló entre 30 y 59 años, con una media de 53.5 ± 6.6 años, siendo el grupo de 50 a 59 años el de mayor frecuencia con un valor de 72.7%. Vargas-Ibañez, et al., (2010) encontró en su población de estudio que la edad promedio fue 61 años, estos resultados son muy parecidos a los que se obtuvieron en este estudio, donde la edad promedio y la edad más frecuente en la que se presenta DM2 es de 60 años.

Romero-Vázquez, et al., 2011, menciona que la distribución por **sexo** fue del 54.7% pertenece al sexo masculino y 45.3% al femenino. Sin embrago en los resultados de esta investigación se identificó que el 55% de la muestra son mujeres y el 45% hombre, lo cual indica que son muy parecidos a los obtenidos por Vargas-Ibañez y col, et al., ya que refirieron que su población se distribuyó en 66.7% en mujeres y 47.1% en hombres, de la misma forma, López-Carmona, et al., identificó 69.2% de

la población del sexo femenino.

Los resultados de este estudio hacen notar que el 38,4% de la muestra no asiste a pláticas sobre DM a algún centro de salud, sin embargo el 61.9% procuran mantenerse informados a través de otros medios sobre su padecimiento. Sin embargo estos resultados difieren de la investigación hecha por Romero-Vázquez, et al., 2011, ya que al indagar sobre la pertenencia a grupos de ayuda para la recepción de información o educación acerca de su enfermedad; solo 8.7% comentó haber acudido a los grupos formales del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7.3% señaló acudir a otros grupos de ayuda para recibir información y resaltó que 84% de las personas manifestó nunca haber acudido a algún grupo para recibir información acerca de su enfermedad .

En cuanto al **nivel educativo** de las personas con DM2, se encontró que la escolaridad más frecuente fue de nivel medio superior (bachillerato) con 24%, seguidos por aquellos que alcanzaron un nivel de escolaridad de nivel secundaria (22%) y donde el 5.4% de la población refirieron no saben leer ni escribir tal. Por su parte, Romero-Vázquez, et al., 2011 obtuvieron que el 12.7% de su población de estudio tenía un índice de analfabetismo, el 65.7% con estudios máximos de primaria o secundaria; y solo 7.3% tuvo estudios de licenciatura, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Cabe mencionar que en este estudio se hizo la comparación del estilo de vida con el nivel de escolaridad encontrándose que el 100% de la población analfabeta no tienen un estilo de vida favorable mientras que en las personas con nivel de estudios de posgrado se encontró que llevan a cabo un estilo de vida favorable.

Es conocido que aquellas condiciones que determinan el autoestima va relacionado con el apoyo familiar y de pareja, donde Romero-Vázquez reportó que la población de sus estudio fue identificado el 57.8% con un nivel aceptable para el rubro autoestima, mientras que Olvera-Arreola reportó un 63.3% de población que contaba con apoyo familiar ante su enfermedad. Y en lo que respecta a nuestra población el 66% ha presentado alguna vez sentimientos de enojo, el 69% tristeza y el 52.8% han tenido ideas pesimistas sobre su futuro.

Un estudio encontró que una cantidad significativa respondió que, casi nunca y que algunas veces no se apega al tratamiento preestablecido. El 52,7% no sigue la dieta para paciente con diabetes correctamente, el 27,5% olvida tomar sus medicamentos o aplicar su insulina y el 48% no sigue las instrucciones médicas de manera estricta. Para Romero-Vazquez, el **apego terapéutico** represento un valor de 73.5%[55], un valor parecido al caso encontrado por Olvera-Arreola, et al., en 2009, quienes aplicando el instrumento IMEVID reportó que el 73% tiene una alta adherencia terapéutica. Aunque muy bajo comparado con el trabajo realizado por Gómez-Rocha, et al., en 2010 donde la población con DM2 de su estudio presento un 83.7% de un adecuado estilo de vida para el rubro referido al apego al tratamiento.

Al integrar todos los commponentes del estilo de vida llevado por las personas con DM2 se obtuvo que sólo el 22% del total de la población lleva a cabo un estilo de vida favorable ya que obtuvieron un puntaje menor a 60, denotando que la gran mayoría no. Bálcazar-Nava, et al 2008, encontró datos similares, ya que sólo un 26.67% de los participantes obtuvieron puntajes iguales o por arriba de 75 puntos, lo que representa un buen estilo de vida y la gran mayoría de los participantes tuvieron puntajes que fueron interpretados como un estilo de vida inadecuado.

CONCLUSIONES

Realizar el diagnóstico de salud de una población consiste en llevar a cabo un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades así como los factores que influyen en la salud.

Mediante la elaboración de este diagnóstico específico de salud se logró conocer el estilo de vida de los pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud Urbanos "Dr. Gastón Melo", en primer lugar junto con la información obtenida de la cédula de micro diagnóstico modificada se describieron las características demográficas y socioeconómicas de la población con DM2, correspondientes al CSUGM. De estos datos es importante resaltar que el porcentaje de mujeres, es mayor al de los varones, así como también que la edad promedio de la población con DM2 es de 60 años. Las condiciones laborales de la población encuestada se inclinaron a las labores del hogar y a empleados.

La determinación de los estilos de vida, se logro clasificas y determinar mediante el cuestionario IMEVID, por medio del cual se detectó que solo el 22% de la población con DM2 lleva un estilo de vida saludable, el 59% tiene un estilo de vida poco favorable y un 19% lleva un estilo de vida desfavorable, tomando en cuenta que la mayor

parte de esta población se dedica al hogar, podemos determinar que la población no tiene un conocimiento adecuado de los hábitos que deben llevar para poder mejorar y mantener de manera más favorable su condición de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud O.P.S., Organización Mundial de la Salud O.M.S. Diabetes: una enfermedad que aumenta en las Américas. Washington, D.C.: OMS; 2011 [cited 2012]; Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6182&Itemid=259.

2. Quintana-Zavala M.O., Vázquez-Arreola L., Moreno-Monsiváis M.G., Salazar-Ruibal R.E., Tinajero-González R.M. Costos directos e indirectos de hospitalización en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. BIOtecnia. 2009;11(2):43-50.

3. Secretaria de Salud S.S. CENAVECE: Anuario de morbilidad 1984-2008. México: Secretaria de Salud; 2008 [cited 2011 5 junio]; Available from: http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html.

4. Fuentes-Gonzales N., Ojeda-Medina AA. Soporte y red social en el adulto madurocon hipertensión arterial y /o dabietes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal: Biblioteca "Las Casas"; 2007. Available from: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php.

5. Salud Secretaría de. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-015-SSA2-1994, "PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCION PRIMARIA". Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html.

6. Salud Organizacion Mundial de la. Notas Descriptivas: Diabetes. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html2011 [22/09/2011].

7. Organization World Health. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications 1999:[2-3 pp.]. Available from: http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who_dmg.pdf.

8. Mendivil-Anaya C.O., Sierra-Ariza I.D. Acción insulinica y resistencia a la insulina: aspectos moleculares. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2005;53(4).

9. Murray R.K., Bender D.A., Botham K.M., Kennelly P.J., Rodwell V.W., Weil P.A. HARPER bioquímica ilustrada. 28° ed. Hill MG, editor. México: Mc Graw Hill; 2010. 687 p.

10. Solomon E.P. Biologia. 1era ed. México: McGrawn Hill; 1985.

11. Mathews C.K., van Holde K.E. Bioquímica. 2da ed. Madrid, España: McGrawn Hill-Interamericana; 1998. 1283 p.

12. A Gil-Hernández. Nutrición en la Diabetes Mellitus. Tratado de Nutrición2010.

13. Universidad Nacional Autonoma de México U.N.A.M. Curso monográfico. Tema IV: Diabetes. Segunda parte. Revisiones bibliográficas para el Médico General 2002;6(12).

14. World Health Organization W.H.O. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation [Internet]. 1999:[57 p.].

15. Universidad Nacional Autonoma de México U.N.A.M. Curso monográfico. Tema IV: Diabetes Revisiones bibliográficas para el Médico General 2002;6(12).

16. Samariego-Garay R.;, Alvárez-Bermudes J. Tipo de Alimentación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: Una muestra de Monterrey (méxico). Psicología y Salud. 2007;17(2):277-82.

17. Henry-Rodriguez M;, E; Lazcano;, Hernández-Prado B;, Oropeza-Abúndez C. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006;Resultados por entidad federativa, Veracruz.

18. Secretaria de Salud S.S., Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica S.E.N.A.V.E.C.E. Epidemiología: Casos de notificación inmediata y semanal. Sistema Unico de Información. 2009;26(31):8.

19. Secretaria de Salud S.S., Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica S.E.N.A.V.E.C.E. Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas: UNEME-EC. Boletin Epidemiologico. 2010(26):12.

20. Aschner P., Assal JP., Bennett PH., Jervell J., Kanazawa Y., Keen H., Klein R., Mbanya JC. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. 1998;99(2).

21. Murillo M.D., Fernández-Llimó F., Tuneu-i-Valls L. Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre Diabetes. Available from: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DIABETES.pdf.

22. Murillo M.D., F. Fernández-Llimó, L. Tuneu-i Vall. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre diabetes. [4 -11- 2011]; Available from: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DIABETES.pdf.

23. Diario Oficial de la Federación D.O.F. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación. 2010:1-42.

24. Valdés S., Rojo-Martinez G., Soriguer F. Evolucion de la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en población adulta española. Medicina Clinica. 2007;129(9):352-5.

25. Farmer A. J., Wade A. N., French D. P., Simon J., Yudkin P., Gray A., Craven A., Goyder L., Holman R. R., Mant D., Kinmonth A. L., Neil H. A. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. Health Technol Assess. 2009;13(15):iii-iv, ix-xi, 1-50. Epub 2009/03/04.

26. Garcia F., Solis J., Calderon J., Luque E., Neyra L., Manrique H., Cancino R., Castillo O., Cornejo S.P., Rodriguez E., Freundt J., Escudero R., Zacarias E. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo y factores de riesgo relacionados en una población urbana. Rev Soc Peru Med Interna. 2007;20(3):90-4.

27. Haynes R. B., Taylor W. B., Sackett D. L. Compliance in health care. Hopkins J, editor. Baltimore, MD: Univ Press; 1979.

28. American Diabetes Asociation A.D.A. Standards of medical care in diabetes - 2010. Diabetes Care. 2010;33(1):s11-61.

29. SCHWARTZMANN LAURA. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Ciencia y enfermería. 2003;9:09-21.

30. Lugones Botell Miguel. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002;18:287-9.

31. Sanabria P.A., Gonzalez L.A., Urrego D.Z. Estilos de vida saludable en profesionales de salud colombianos: Estudio exploratorio. Revista Med. 2007;15(2):207-17.

32. Bálcazar-Nava P., Gurrola-Peña G.M., Bonilla-Munoz M.P., Colín-Garatachia H.G., Esquivel-Santoveña E.E. Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. Revista cientifica electrónica de psicología. 2008;6:147-59.

33. Demeneghi-Marini V.P., Cruz-del Castillo A.H., Sainz-Vazquez L., Vargas-Hernandez D., Chillopa-Jimenez N.S., Morales-Romero J. La calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2: comparación de pacientes diabeticos con y sin hipertensión arterial. In: Instituto de Salud Pública-UMF 66 IMSS, editor. Memoria. Campeche, Campeche: XVI Foro de investigación en salud región sur; 2007. p. 57.

34. Instituto Nacional de Estadistica y Geografia I.N.E.G.I. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. México. D.F: 2010.

35. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente2006 [cited 2011 15 enero]; 32(3). Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es>

36. Martín-Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica2004 [cited 2011 15 enero]; 30(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.

37. Alvarez-Rosario JL., Castaño-Castillon JJ., Marin-Viatela JG., Navas-Galvis C., Noreña-Vidal PV., Ovalle-Arciniegas HM., Paez-Cala ML., Santa-Duque IC., Toro-Franco N., Urueña-Fandino GZ., Valderrama-Bentacourt AM. Estilos de vida en estudiantes de la Universidad de Manizales: Año 2006. Archivos de Medicina. 2007;7(15):46-56.

38. Ampudia F.J. , Caballero A., Campillo J.E., Gutiérrez A., Murillo S., Pérez A. Diabetes y Ejercicio. Barcelona España2006. Available from: http://www.sediabetes.org/gestor/upload/00001056archivo.pdf.

39. Fabián-San Miguel M.G., Cobo-Abreu C. Tabaquismo y diabete. Revista Del Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias. 2007;20:149-8.

40. Casanueva E., Kaufer-Horwitz M., Pérez-Lizaur B., Arroyo P. Nutriología Médica. México2008.

41. García R., Suárez R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Endocrinología. versión On-line ISSN 1561-2953. 2007;18.

42. Fernández-Álvarez H. La integración en psicoterapia. España2004. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=1Lfnt_Zi7SgC&pg=PA263&dq=cambios+en+el+comportamiento+del+paciente+diabetico&hl=es&ei=fke5TvqRHcqftwfykOGbBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CFgQ6AEwCTgK#v=onepage&q&f=false.

43. Tébar-Massó F.J., Escobar-JIménez F. La diabetes mellitus en la práctica clínica. Madrid España2009. Available from: http://books.google.com.mx/books?id=m8dcQYBF3UQC&pg=PA453&dq=depresion+en+diabetes&hl=es&ei=1Tu5Tt79I4W6tgfQn5yxBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false.

44. Organization World Health. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción2004 5-11-2011:[202 p.].

45. American Diabetes Association A.D.A. Standards of medical care in diabetes--2011. Diabetes Care. 2011;34 Suppl 1:S11-61. Epub 2011/01/14.

46. World Health Organization W.H.O. Promoción de Salud. World Health Organization, WHO. Ginebra, Suiza1998. p. 35.

47. Petek D., Rotar-Pavli D., Kersnik J., Švab I. Patients´ adherence to treatment of diabetes mellitus. Zdrav Var. 2009;48:11-8.

48. Winkler A., Teuscher A. U., Mueller B., Diem P. Monotoring adherence to prescribed medication in type 2 diabetic patients treated with sulfonylureas. Swiss Med Wkly. 2002;132(27-28):379-85. Epub 2002/11/13.

49. Prado-Aguilar C. A., Martinez Y. V., Segovia-Bernal Y., Reyes-Martinez R., Arias-Ulloa R. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 diabetes. BMC Public Health [Internet]. 2009 05 julio 2011 05 julio 2011]; 9(38). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19171059.

50. Palop Larrea V., Martinez Mir I. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004;28(5):113-20.

51. Nelson K. M., McFarland L., Reiber G. Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control. J Gen Intern Med. 2007;22(4):442-7. Epub 2007/03/21.

52. Huang E. S., Brown S. E., Thakur N., Carlisle L., Foley E., Ewigman B., Meltzer D. O. Racial/ethnic differences in concerns about current and future medications among patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009;32(2):311-6. Epub 2008/11/20.

53. Arcega-Dominguez A., Celada-Ramirez N. A. [Impact of participative education strategy compared with a traditional education in the control of patients with type 2 diabetes]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(6):685-90. Epub 2009/03/07. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educacion participativa versus educacion tradicional.

54. Al-Qazaz HKh, Hassali M. A., Shafie A. A., Sulaiman S. A., Sundram S., Morisky D. E. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: translation and validation of the Malaysian version. Diabetes Res Clin Pract. 2010;90(2):216-21. Epub 2010/09/14.

55. Oviedo-Mota A., Espinoza-Larrañaga F., Reyes-Morales H. , Trejo-Perez J.A., Gil-Velazquez E. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. Rev Med IMSS 2003;43(supl):s27-s46.

56. Vinter-Repalust N., Petricek G., Katic M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. Croat Med J. 2004;45(5):630-6. Epub 2004/10/21.

57. Serour M., Alqhenaei H., Al-Saqabi S., Mustafa A. R., Ben-Nakhi A. Cultural factors and patients' adherence

to lifestyle measures. Br J Gen Pract. 2007;57(537):291-5. Epub 2007/03/31.

58. Pan X. R., Li G. W., Hu Y. H., Wang J. X., Yang W. Y., An Z. X., Hu Z. X., Lin J., Xiao J. Z., Cao H. B., Liu P. A., Jiang X. G., Jiang Y. Y., Wang J. P., Zheng H., Zhang H., Bennett P. H., Howard B. V. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care. 1997;20(4):537-44. Epub 1997/04/01.

59. Haire-Joshu D., Glasgow R. E., Tibbs T. L. Smoking and diabetes. Diabetes Care. 1999;22(11):1887-98. Epub 1999/11/05.

60. Ding E. L., Hu F. B. Smoking and type 2 diabetes: underrecognized risks and disease burden. JAMA. 2007;298(22):2675-6. Epub 2007/12/13.

61. Targher G., Alberiche M., Zenere M. B., Bonadonna R. C., Muggeo M., Bonora E. Cigarette smoking and insulin resistance in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus. J Clin Endocrinol Metab. 1997;82(11):3619-24. Epub 1997/11/14.

62. Bulugahapitiya U., Siyambalapitiya S., Sithole J., Fernando D., Idris I. Coexistence of smoking and metabolic syndrome among middle-aged patients with diabetes in the UK: a cross-sectional analysis. Diab Vasc Dis Res. 2007;4(3):241-2. Epub 2007/10/02.

63. Funnell M. M., Brown T. L., Childs B. P., Haas L. B., Hosey G. M., Jensen B., Maryniuk M., Peyrot M., Piette J. D., Reader D., Siminerio L. M., Weinger K., Weiss M. A. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care.35 Suppl 1:S101-8. Epub 2012/01/04.

64. Sullivan-Bolyai S., Bova C., Lee M., Johnson K. Development and Pilot Testing of a Parent Education Intervention for Type 1 Diabetes: Parent Education Through Simulation-Diabetes. Diabetes Educ. Epub 2012/01/10.

65. Al-Khawaldeh O. A., Al-Hassan M. A., Froelicher E. S. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complications. Epub 2012/01/10.

66. Kalyango J. N., Owino E., Nambuya A. P. Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2008;8(2):67-73. Epub 2009/04/10.

67. Coronado G., Thompson B., Tejeda S., Godina R. Attitudes and Beliefs among Mexican Americans about Type 2 Diabetes. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2004;15:576-88.

68. Robles-García R., Cortazar J., Sanchez-Sosa J.J., Paéz-Agraz F., Nicolini-Sánchez H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo III: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Psicothema. 2003;15(2):247-52.

69. Cabello-Alárcon H., Benavides-Vázquez A., Jaymez-Vázquez A. Depresión en Pacientes Adultos con Diabetes. Sociedad Peruana de Medicina Interna [Internet]. 1996; 9(1). Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v09n1/depre_pac.htm.

70. Pineda N., Bermudez V., Cano C. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. AVFT. 2004;23(1):74-8.

71. Duran-Varela B. R., Rivera-Chavira B., Franco-Gallegos E. [Pharmacological therapy compliance in diabetes]. Salud Publica Mex. 2001;43(3):233-6. Epub 2001/07/17. Apego al tratamiento farmacologico en pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2.

72. Menéndez Torre E., Lafita Tejedor J., Artola Menedez S., Nuñez-Cortes J.M., Alonso-Garcia A., Puig Domingo M., Garcia Solans J.R., Alvarez Guisasola F., Garcia Alegria J., Mediavilla Bravo J., Fernandez-Santos M., Romero Gonzalez R. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en diabetes tipo 2. Nefrologia. 2011;31(1):17-26.

73. Malgor L.A., Valsecia M.E. Farmacología de la diabetes. Farmacología Renal y Cardiovascular; Farmacología Endocrina. Ciudad de Corrientes, Argentina2000. p. 174-92.

74. Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martinez H, Mateo C, Morena T, Pérez A, Rodríguez C, Saiz LC, Sevillano ML, R Siguín. Notas Farmacoterapéuticas. SaludMadrid. 2006;13(8):29-36.

75. Yusuff K. B., Obe O., Joseph B. Y. Adherence to anti-diabetic drug therapy and self management practices among type-2 diabetics in Nigeria. Pharm World Sci. 2008;30(6):876-83. Epub 2008/09/12.

76. Walker E. A., Molitch M., Kramer M. K., Kahn S., Ma Y., Edelstein S., Smith K., Johnson M. K., Kitabchi A., Crandall J. Adherence to preventive medications: predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. Diabetes Care. 2006;29(9):1997-2002. Epub 2006/08/29.

77. Thiebaud P., Demand M., Wolf S. A., Alipuria L. L., Ye Q., Gutierrez P. R. Impact of disease management on utilization and adherence with drugs and tests: the case of diabetes treatment in the Florida: a Healthy State (FAHS) program. Diabetes Care. 2008;31(9):1717-22. Epub 2008/06/05.

78. Lopez-Carmona J.M., Rodriguez-Moctezuma J.R., Ariza-Andraca C.R., Martinez-Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. validación por constructo de IMEVID. Aten primaria. 2004;33(1):20-7.

79. Lopez-Carmona J.M., Ariza-Andraca C.R., Rodriguez-Moctezuma J.R., Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud publica de mex. 2003;45(4):259-69.

80. federación Diario Oficial de la. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Estados Unidos Mexicanos2010 [cited 2012]; Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html.

81. Martinez Y. V., Prado-Aguilar C. A., Rascon-Pacheco R. A., Valdivia-Martinez J. J. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2008;8:164. Epub 2008/08/01.

82. Romero-Márquez R.S., Díaz-Veja G., Romero-Zepeda H. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(2):125-36.

83. Legislatura. Senado de la República. LXI. Ley Orgánica del Registro Civil. In: República Sdl, editor. México, D.F.2011. p. 4.

84. Real Academia de la Lengua Española R.A.E. Diccionario de la Real Academia. 2011; Available from: http://www.rae.es/rae.html.

85. Melendez-Landino L, Velásquez O.J. Nutridatos. Manual de Nutrición Clínica. 1 ed. Medellín, Colombia2010.

86. Bouchard C., Shephard R.J., Stephens T. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics. Physical activity, fitness and health. 1994.

87. Organización Mundial de la Salud O.M.S. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Organización mundial de la salud. Meditor. Ginebra, Suiza1996.

88. Institutos nacionales de salud N.H.I. Alcoholismo y abuso de alcohol. . 2011; Available from: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm.

89. Bustos R., Florean Y., López G., Sanchez E., Palomera M., Barajas A. Conocimientos usuales de los pacientes diabéticos en los estudiantes de medicina del occidente de México. Educación médica. 2007;10(4):225-32.

90. Real Académia Española R.A.E. Definición de Emoción. España2010; Available from: http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=emociones.

91. Sackett D. L., Haynes R. B., Gibson E. S., Hackett B. C., Taylor D. W., Roberts R. S., Johnson A. L. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. Lancet. 1975;1(7918):1205-7. Epub 1975/05/31.

ANEXO 1

INSTRUCTIVO DE CUESTIONARIO IMEVID

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas.

Nombre:		Sexo:	(M) (F)	Edad:	
	4		2		0	
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana		Algunos días		Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana		Algunos días		Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1		2		3 ó más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3		4 a 6		7 ó más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana		1 a 2 veces por semana		Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa		Trabajos en casa		Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo		Algunas veces		Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno		1 a 5		6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca		Rara vez		1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna		1 a 2		3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más		1 a 3		Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
			TOTAL:			

FUENTE: López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Catarina Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *salud publica de mex*. 2003:45(4);259-68.

Puntuación:

Menor de 60 puntos = estilo de vida desfavorable

De 60 a 80 puntos = estilo de vida poco desfavorable

Mayor de 80 puntos = estilo de vida favorable para su control metabólico.

Fuente:(Lopéz- Carmona, Ariza-Andraca 2001 y 2004)

ANEXO 2

TABLA 1.DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría (Unidad de medida)	Tipo de variable	Escala de medición
Estilo de vida	Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	Es la forma de vida que el paciente con diabetes está llevando a cabo.	Bueno, Regular, Malo.	Cualitativa	Ordinal
Edad	Es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Periodo en años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Años	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Características biológicas que determinan a un hombre de una mujer.	Son las características biológicas que la población con diabetes presenta diferenciándolos como femenino o masculino	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal
Estado Civil	Estado civil de todos los mexicanos y extranjeros residentes en el territorio nacional, por cuanto concierne a su nacimiento, adaptación, arrogación, reconocimiento, matrimonio y fallecimiento [83].	Estado actual de vida en pareja.	Casado Soltero Unió Libre Divorciado Viuda Separados	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente [84].	Nivel máximo de estudios de la persona encuestada	Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Técnico Postgrado Alfabeta Analfabeta	Cualitativa	Ordinal

Trabajo u Ocupación	Esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a *capital*	Trabajo, empleo u oficio que desempeña el entrevistado.	Hogar Estudiante Campesino Empleado Profesional Obrero Artesano Comerciante Desempleado Otro	Cualitativa	Nominal
Padecimiento	Acción de padecer o sufrir daño, injuria o enfermedad.	Enfermedad(es) que refiere padecer el encuestado.	IRAS EDAS Tuberculosis Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Cáncer Otras	Cualitativa	Nominal
Dieta	Es definida como la alimentación cotidiana; el régimen alimentario que se sigue a diario y el conjunto de alimentos y platos que se consumen cada día.[85]	. Frecuencia de consumo de los diversos tipis de alimentos durante la semana divididos estos por: alimentos de origen animal, de origen vegetal, semillas, hidratos de carbono (azúcares), etc.	Frecuencia de alimentos a la semana	Cualitativa	Ordinal
Actividad física	Se define como el movimiento corporal producido por los Músculos corporales y que produce un gasto de energía que se encuentra encima del gasto de metabolismo basal [86].	Es cualquier actividad física que la persona con diabetes realice fuera de sus actividades cotidianas.	-ejercicio diario por lo menos 15 minutos. -ocupación fuera de su trabajo. -Actividades en su tiempo libre	Cualitativa	Ordinal
Consumo de tabaco	Se define como persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno [87].	Es la acción de consumir tabaco en alguna de sus presentaciones que la persona con diabetes posee.	Si/No Número de cigarros al día	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Escala
Consumo de alcohol	Se define como la cantidad de alcohol que una persona bebe, considerando cinco o más tragos por ocasión al menos una vez por semana donde un trago se define como una botella de cerveza de 12 onzas (340 ml), un vaso de vino de 5 onzas (140 ml) o una 1 ½ onzas (40 ml) de un trago de licor [88].	Es la acción de ingerir algún tipo de bebida alcohólica que la persona con diabetes realiza.	Si/No Cuantas bebidas alcohólicas.	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Escala
Información sobre diabetes	Se considera el conocimiento que tienen los sujetos con diabetes acerca de su enfermedad. (DUDA) [89]	Es cuando la persona con diabetes conoce sobre la patología.	Número de platicas sobre diabetes a las que asiste Trata de tener información sobre diabetes	Cuantitativa Cualitativa	Escala Ordinal

Emociones	Es la alteración del ánimo de manera intensa y en ocasiones pasajeras que puede o no ser agradable, que sitúa al ser humano en una conmoción somática [90].	Es el estado de ánimo en el que se sitúa la persona con diabetes encuestada	Se enoja con facilidad. Tiene sentimientos de tristeza	Cualitativa Cualitativa	Ordinal Ordinal
Adherencia al tratamiento	Grado de conducta de los pacientes en relación a la toma de sus medicamentos siguiendo la indicaciones proporcionadas por su médico [91]	Grado en la persona con diabetes sigue el tratamiento de acuerdo a las indicaciones.	Seguimiento de la dieta para la persona con diabetes Consumo correcto de medicamentos prescritos Seguimiento de indicaciones médicas.	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Ordinal Ordinal Ordinal

TABLA 2. CRUCE DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLES	CRUCE DE VARIABLES
Describir las características demográficas y socioeconómicas población con diagnóstico de DM2 adscrita al CSUGM.	Demográficas Socioeconómicas	Sexo /Edad Estado civil, escolaridad y Ocupación
Determinar el tipo de estilo de vida.	Alimentación Actividad física Adicciones Información sobre diabetes Emociones Adherencia al tratamiento	Consumo de Frutas y Verduras. Consumo de pan y tortilla. Consumo de Sal y azúcar extra. Repetición de la porción/ Alimentos entre comidas/ Alimentos fuera de la casa. Ejercicio/Actividades extralaborales Consumo de alcohol/ consumo de cigarro Asistencia a platicas sobre DM/ Obtención de información. Enojo/Tristeza /Pesimismo Dieta / Tratamiento farmacológico/ Seguimiento de instrucciones médicas
Correlacionar el tipo de estilo de vida con las variables demográficas y socioeconómicas.	Estilo de vida y variables demográficas.	Tipo de estilo de vida/Sexo Tipo de estilo de vida/ Edad Tipo de estilo de vida/estado civil Tipo de estilo de vida/ escolaridad Tipo de estilo de vida/ ocupación

ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1. Relación de población con DM2 en la población General de CSUGM				
Población total	%	Población con DM	%	
1314	100%	91	6%	
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011				

TABLA 2: Relación de población con DM2 por sexo	
Sexo	% Fracuencia
Hombres	45%41
Mujeres	55%50
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011	

TABLA 3. Distribución de la población con DM2 por grupos etarios		
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
20-24	1	1,1
30-34	1	1,1
35-39	4	4,4
40-44	3	3,3
45-49	7	7,7
50-54	16	17,6
55-59	8	8,8
60-64	18	19,8
65-69	13	14,3
70-74	7	7,7
75-79	7	7,7
80-84	4	4,4
85 y más	2	2,2
Total	91	100,0
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

TABLA 4. Estado civil de la población con DM2		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	47	51,6
Soltero	17	17,6
Unión libre	6	6,6
Divorciado	6	6,6
Viudo	13	14,3
Separados	2	2,2
Total	90	100,0
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

TABLA 5. Distribución de la población con DM2 por escolaridad		
Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	19,8
Secundaria	20	22,0
Preparatoria	22	24,2
Profesional	15	16,5
Técnico	4	4,4
Posgrado	1	1,1
Alfabeta	6	6,6
Analfabeta	5	5,5
Total	91	100,0
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

TABLA 6. Ocupación de la población con DM2		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	32	35,2
Campesino	1	1,1
Empleado	23	25,3
Profesional	4	4,4
Obrero	1	1,1
Artesano	1	1,1
Comerciante	8	8,8
Desempleado	4	4,4
Otros	17	18,7
Total	91	100,0
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

TABLA 7. Consumo de Frutas y Verduras						
	Casi nunca		Algunos días		Todos los días	
Alimentos	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Verduras	4	4.4	26	28.6	61	67.0
Frutas	7	7.4	25	27.5	59	64.8
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011						

TABLA 8. Consumo de pan y tortilla					
Cantidad de pan			Cantidad de tortilla		
Valoración	Frecuencia	%	Valoración	Frecuencia	%
3 o más piezas	6	6.6	7 o más piezas	8	8.8
2 piezas	24	26.4	4 a 6 piezas	44	48.4
0 a 1 pieza	61	67.0	0 a 3 piezas	39	42.9
Total	91	100	Total	91	100
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011					

TABLA 9. Consumo de sal y de azúcar extra			
	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca
Azúcar	10	23	58
Sal	6	22	63
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 10. Acciones negativas en la alimentación en población con DM2			
Acciones negativas	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca
Repetición de la porción	10	20	61
Alimentos entre comidas	8	36	47
Alimentos fuera de casa	6	24	61
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 11. Actividad Física en población con DM2			
Actividad Física	casi nunca	algunas veces	casi siempre
Ejercicio	37	25	29
Actividades extra del trabajo	26	28	37
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 12. Consumo de alcohol y Cigarro en la población con DM2		
Droga	Si	No
Alcohol	21	70
Cigarro	17	74
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

TABLA 13. Asistencia de pláticas y obtención de información sobre DM			
	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
Asistencia a Platicas sobre DM	35	23	33
obtención de información	19	38	34
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 14. Estado emocional			
	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Enojo	24	36	31
Tristeza	17	46	28
Pesimismo	13	35	43
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 15. Apego al tratamiento			
Componentes del tratamiento	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Dieta	19	29	43
Tratamiento farmacológico	8	17	66
seguimiento de instrucciones médicas	5	33	53
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011			

TABLA 16. Tipo de estilo de vida en los pacientes con DM2		
Tipo de estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	17	18,7
Poco desfavorable	54	59,3
Favorable	20	22,0
Total	91	100,0
FUENTE: Base de datos. Diagnóstico de Salud General del CSUGM. 2011		

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN MENORES DE CINCO AÑOS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD URBANO "DR. GASTÓN MELO".

José Luis Magallón Ruiz, Miguel Adrián Marenco González, Shany Arely Vázquez Espinosa
Asesora Interna: Dra. Hilda Montero Ladrón De Guevara
Asesora Externa: MSP. Judith Del Carmen Hernández Siliceo

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado de salud de la población menor de cinco años del Centro de Salud Urbano Gastón Melo (CSUGM) de Xalapa mediante la aplicación de las cédulas de diagnóstico.

Material y métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo – transversal, llevándose a cabo con la población pediátrica menor de cinco años perteneciente el área de influencia del CSUGM, evaluando la condición general de salud y los factores sociales que influyen en su desarrollo. Se realizó durante los meses de septiembre a noviembre de 2011.

Tipo de muestra: De la muestra general de estudio del diagnóstico general del CSUGM, que corresponde a 366 viviendas con 1464 personas, se tomó en cuenta a toda vivienda dónde formara parte de la familia un menor a cinco años.

Resultados: El tipo de derechohabiencia al cual pertenecen los menores de cinco años, destaca con un 35% por parte del IMSS; en segundo lugar está el seguro popular, el 13% corresponde a población abierta, por último, el ISSSTE y el servicio médico particular. En la base de la pirámide quinquenal de población del área de influencia del CSUGM, la edad predominante se distribuye alrededor del 20% entre el rango de 1 a 2 años. De acuerdo a la distribución por sexo, predomina el sexo femenino con un 56%. De acuerdo al tiempo de gestación, la mayor cantidad de casos (8 de cada 10) cae dentro de los nueve meses; hay 4 casos de prematuros de 8 meses y finalmente, sólo se presentó 1 caso sietemesino prematuro. Sólo 22 de los 82 niños tuvieron una talla normal al nacimiento; así mismo, 30 niños (37%) nacieron con un peso normal, 4 con desnutrición leve y 1 con desnutrición grave. Con sobrepeso y obesidad al nacimiento tendríamos a 15 y 6 niños respectivamente; 26 personas reportaron no recordar el peso de sus hijos al nacer. Con respecto a las Enfermedades diarreicas (EDAs), sólo 3 de los 82 niños encontrados presentaban diarrea al momento de la encuesta; así mismo, 12 niños (14.6%) cursaban alguna Infección Respiratoria Aguda (IRA). Las IRAs son el principal motivo de atención médica (64%), seguido del control nutricional (15%), vacunación (12%), y finalmente, EDAs (9%).

INTRODUCCIÓN

El presente documento consiste en un diagnóstico de la situación de salud de la población menor de cinco años que pertenece al área de influencia del Centro de Salud Urbano "Dr. Gastón Melo" (CSUGM), realizado por alumnos de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana, generación 2011 – 2013, en el período de septiembre – noviembre de 2011. A su vez, éste documento se deriva del diagnóstico general de dicho centro de salud realizado en el mismo período.

El presente análisis se realizó mediante un diseño de tipo descriptivo – transversal, en el cual, para la recolección de los datos, se elaboró un cuestionario con treinta ítems, con preguntas de respuesta cerrada y abierta. La estructura del instrumento evalúa aspectos generales del desarrollo, estado de salud, así como información de forma general sobre el aspecto social y familiar del menor.

A partir de los resultados obtenidos, se permitieron identificar los principales factores de que influyen en la salud dela población menor a cinco años, perteneciente el área de influencia del CSUGM, de tal manera que,

estos factores puedan ser modificados en beneficio de la salud de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infancia es una etapa crucial en el desarrollo de todo individuo, de tal manera que la OMS ha definido a la infancia como la fase más importante en el desarrollo humano. Existen diversas condiciones que inciden en las principales enfermedades de la población infantil del CGSM. Una condición importante es la ambiental ya que los que los seres humanos están en constante contacto con diversos microorganismos como virus, bacterias, hongos, etcétera. Hasta 17 millones de muertes son atribuibles a estos agentes infecciosos y parasitarios; aunque es muy difícil erradicar las amenazas microbianas, es posible vivir en equilibrio con ellas1. Sin embargo, las actividades humanas que cambian el medio ambiente y deterioran los ecosistemas naturales pueden inclinar la balanza a favor de los microbios. Cada año mueren aproximadamente cuatro millones de niños a causa de infecciones respiratorias agudas, relacionadas con la presencia de patógeno, más la contaminación atmosférica en locales cerrados (especialmente combustibles para cocinar que producen humo) y la contaminación atmosférica exterior (especialmente de la industria).

Por todo lo anterior, los riesgos propiciados por los factores ambientales varían enormemente dependiendo del lugar donde se reside2.

Otro factor que incide en la salud de la población infantil son las condiciones económicas de las familias pertenecientes al CSGM en Xalapa, Veracruz, las cuales han provocado que ambos padres trabajen, un factor asociado con el aumento de los niños en las guarderías. El fenómeno, si bien favorece su socialización y el desarrollo temprano de habilidades, la interacción diaria con otros niños, podría exponer al menor a una mayor diseminación de las enfermedades infecciosas. 3Por último, los determinantes sociales son relevantes para las enfermedades transmisibles y no transmisibles por igual.

La realización de un diagnóstico situacional en niños permite conocer cuáles son los principales factores que influyen en la salud de esta población, de tal manera que, las autoridades correspondientes puedan identificar los principales puntos de acción y establecer acciones que contribuyan a la mejora de la salud de los niños. Ya que, una mejoría en las condiciones que influyen en la salud a esta edad, repercuten en la adolescencia y etapas posteriores del ser humano.

La importancia de la presente investigación radica en conocer un diagnóstico de situación, el cual nos permitirá tener un panorama general de las diversas problemáticas que vive esta población, a partir de la identificación e interpretación de los factores y entornos (favorables y desfavorables) que determinan su situación.

Este diagnóstico tiene como propósito identificar los problemas detectados en términos de: naturaleza: enfermedades o problemas de diversa índole (bacteriano, viral, parasitario, micótica, etcétera.); magnitud: prevalencia, incidencia, mortalidad, letalidad o porcentajes según variables de población, espacio y tiempo; trascendencia: impacto social o económico; vulnerabilidad: recursos disponibles para prevenir, controlar o erradicar el problema: inmunización, tratamiento, diagnóstico, etc.

Académicamente este trabajo contribuye a matizar la tendencia de la atención médica del CSGM, mientras que por la otra parte, su metodología le sirve al profesional de la salud pública como instrumento a monitorear, perfeccionar y actualizar, principalmente si se dimensiona la importancia de la desagregación de datos cualitativos y cuantitativos de corte epidemiológico.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infancia abarca desde el periodo prenatal hasta los ocho años de edad, en este periodo el niño experimentara un crecimiento rápido, es considerada la fase más importante del desarrollo humano. Muchos de los problemas que como adulto puede padecer, tendrán sus inicios en la infancia. Se estima que más de 200 millones de niños menores de cinco años, no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social, esto sin lugar a dudas repercutirá en un desempeño escolar bajo, lo cual a su vez se reflejara en la edad adulta, ya que estas personas estarán en desventaja para conseguir un buen empleo, por consiguiente sus ingresos económicos serán bajos. Este hecho afectará a sus hijos, ya que muy probablemente estos padres no estarán en condiciones de brindarles una adecuada atención de salud ni educación, creando con esto el círculo vicioso de la pobreza intergeneracional, esto, a final de cuentas, explica que: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. Las personas consideradas pobres entre los pobres, tienden a padecer elevados niveles de morbilidad y

mortalidad, este hecho se agrava si tomamos en cuenta que a nivel mundial cuatro de cada cinco personas carecen de seguridad social, generando en caso de enfermedad, un desembolso directo, el cual mermará la economía familiar y acentuará su pobreza4.

Mejorar las condiciones de vida.

Durante la primera infancia es necesario que el medio en el que se desarrolla el niño reúna ciertas características que favorezcan su seguridad, protección y salubridad. Es en la primera infancia cuando se desarrolla en mayor medida el cerebro humano, dicho proceso puede ser influenciado en gran manera por factores externos que repercutirán de forma permanente en el proceso del desarrollo del niño.

La urbanización, y en particular la sub-urbanización han modificado el panorama epidemiológico, principalmente entre la población pobre, entre la cual es muy frecuente los problemas de desnutrición y enfermedades no transmisibles, entre las cuales están las enfermedades infecciosas y los traumatismos por accidente. El acceso a una vivienda de calidad, al agua potable y a servicios de saneamiento básico son un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana; sin embargo, es precisamente en las áreas suburbanas donde estas características se encuentran con menor frecuencia4.

El desarrollo del niño

En la evolución normal de un niño se observan, por un lado el desarrollo, y por el otro el crecimiento, estos dos términos con frecuencia son utilizados erróneamente como sinónimos, veamos las diferencias que existen entre ellos. El desarrollo alude a la aparición de nuevas características o la adquisición de nuevas habilidades, en cambio, el crecimiento se refiere al aumento en el tamaño del organismo, estos dos procesos se presentan y evolucionan paralelamente entre sí y de forma ordenada5.

- Crecimiento: Modificaciones en el tamaño del organismo (peso, talla, perímetro cefálico, etc.)
- Desarrollo: Modificaciones en las áreas intelectual (maduración de la conducta y del sistema nervioso) y emocional (capacidad de establecer lazos afectivos eficaces)

Los factores que determinan el crecimiento y desarrollo son:

Genéticos.

El crecimiento y desarrollo están predeterminados desde el momento de la concepción, son los padres quienes heredan los genes a los hijos (genotipo), la mitad se heredan del padre y la otra mitad de la madre y con ello la capacidad para crecer adecuadamente. Sin embargo, existen tendencias potenciales que se desarrollaran o no, dependiendo de la influencia ambiental a las que esté sometida la persona (fenotipo). Entre estas características encontramos las morfológicas, bioquímicas, conductuales y la forma de reacción ante el ambiente y la enfermedad.

Ambientales.

Sin duda alguna, los factores ambientales son determinantes para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño. Destacan los factores físico-químicos (clima, temperatura, nutrición, drogas, radiaciones), biológicos (seres vivos macro y microscópicos que conviven con el individuo), y psicoculturales (tipo de organización, formas de convivencia, hábitos, costumbres)6.

Vigilancia del estado nutricio.

Durante el crecimiento del niño menor de cinco años, debe ser vigilado el estado nutricio del mismo. La medición antropométrica es el método no invasivo más utilizado para evaluar el crecimiento físico, a pesar de que se utilizan diversos parámetros, son el peso y la talla, los que proporcionan una mayor información. Estos dos parámetros permiten conocer si el niño tiene un peso normal para su edad, si está por debajo de lo esperado (algún grado de desnutrición) o bien, detectar si está por encima de lo esperado (sobrepeso u obesidad). Aunque ninguno de los dos extremos es adecuado, dentro de la cultura mexicana hasta hace muy poco tiempo se consideraba a un niño "regordete", como un niño "sano", si bien esta apreciación ha cambiado en años recientes, aún falta mucho por hacer para que la totalidad de la población le dé la justa dimensión a los problemas que el sobrepeso y la obesidad pueden generar, ya que dada su magnitud, la rapidez de incremento y el impacto negativo que sobre la salud provoca, ya son considerados una problemática de salud pública a nivel mundial.

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana 008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad define como:

"Índice de Masa Corporal: criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado, Kg/m²: kilogramo sobre metro al cuadrado."

"Obesidad: enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m². En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS".

"Sobrepeso: estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS"7.

Desde el año 2004, México participa en la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud, promovida por la OMS y que tiene como objetivo la prevención de enfermedades crónicas. A nivel mundial, México ocupa el segundo lugar en prevalencia de obesidad en la población adulta; sin embargo, esta epidemia también registra una elevada tasa de crecimiento entre la población infantil, con un consecuente aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de nivel preescolar y primaria de todo el país (entre 5 y 11 años) y entre los adolescentes8.

El otro lado de la moneda lo constituye la Desnutrición, la cual se define como:

"El estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave)"9.

Tabla 1. Tipos de Desnutrición

Tipo de Desnutrición	Número de Desviaciones Estándar del peso para la edad	
	De	A
Desnutrición Leve	- 1	- 1.99
Desnutrición Moderada	- 2	-2.99
Desnutrición Grave	3 o más	

Basado en: Secretaría de Salud México, Programa de Acción: Infancia, 2002, pp. 39

Otra manera de clasificar a la desnutrición, es tomando en cuenta la talla, de tal manera tendremos:

- Desnutrición Aguda. El peso está disminuido, pero la talla es normal para la edad.
- Desnutrición Crónica. El peso y la talla están disminuidos con respecto a su edad9.

La importancia de la lactancia materna

Una buena alimentación es fundamental para el crecimiento del niño y ésta comienza desde el vientre materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente durante el embarazo y en el periodo de la lactancia, sin embargo, y debido principalmente a la urbanización y la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo es que, paulatinamente se ha abandonado esta práctica tan benéfica para el niño y la madre. La OMS recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente al seno materno durante los primeros seis meses de vida, además se ha demostrado que amamantar al bebe hasta dicha edad resulta benéfico para el binomio madre-hijo, ya que este lazo se verá fortalecido. Además, a través de la leche materna y particularmente del calostro, la madre transfiere anticuerpos que fortalecerán el sistema inmunológico de su hijo, se reducen los riesgos de padecer obesidad o sobrepeso para él bebe en la edad adulta; y al mismo tiempo, para la madre se disminuye el riesgo de la obesidad posterior al embarazo, y la elevación de tensión arterial.

Enfermedades más frecuentes en el menor de 5 años, IRAS y EDAS

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDAS) es un mecanismo de defensa del organismo ante un agente agresor, se caracteriza por la presencia de tres o más evacuaciones intestinales en el lapso de 24 horas, de consistencia líquida o semilíquida, con o sin sangre. En la mayoría de los casos son infecciosas y de daño autolimitado, siendo la vía

fecal-oral la puerta común de entrada al organismo.

El crecimiento normal de los niños se ve afectado por la frecuencia con que presenta episodios diarreicos, ya que cuando el niño enferma, se está impactando directamente sobre la ganancia del peso y la talla, influyendo en la calidad de vida a mediano y largo plazo y provocando niños desnutridos. Los agentes etiológicos más frecuentes de la diarrea infecciosa son, en orden decreciente: virus, bacterias, parásitos y hongos"5.

Existen factores que impactan en la frecuencia de la EDAS en la población infantil, siendo la desnutrición un factor que agrava la infección y que puede provocar hasta la muerte. Las condiciones socioeconómicas influencian también en la frecuencia con la que las EDAS se presentan, ya que los niños que viven en condiciones de hacinamiento, con falta de agua potable y el consumo de alimentos contaminados generan una alta incidencia de las EDAS en esta población.

La presencia de diarrea y vómitos provoca una disminución en el volumen de agua en el organismo lo que puede, si no se atiende adecuadamente, provocar la deshidratación del niño, siendo en casos graves la muerte la ultima consecuencia, son los menores de un año los más susceptibles de presentar deshidratación.

La atención efectiva del niño con diarrea en el hogar deberá incluir tres componentes, que son conocidos como el ABC de las diarreas10:

a. Alimentación. Darle de comer lo habitual, si aún es lactante, no debe suspender el suministro de leche materna.
b. Bebidas. Proporcionar abundantes líquidos, principalmente Vida Suero Oral
c. Consulta médica. Llevarlo al médico si no mejora.

Dentro de las medidas preventivas de mayor eficacia para la aparición de la diarrea están:

- Uso de agua hervida o clorada
- Promoción de la lactancia materna
- Lavado de manos antes y después de ir al baño.
- Lavado de manos antes de ingerir los alimentos.
- Eliminación adecuada de excretas.
- Completar esquemas de vacunación.

Dentro del grupo de los menores de cinco años, el principal motivo de atención médica lo constituyen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), siendo generalmente los virus los causantes del 90% de los casos, generando el 30% de la consulta externa de los servicios de salud y el 40% de las hospitalizaciones pediátricas11.

La forma en que se diseminan este tipo de enfermedades es a través del contacto directo con una persona portadora, o al inhalar gotitas de saliva esparcidas en el aire, en la mayoría de los casos son enfermedades auto limitadas y cuya duración no excede los 15 días. Dentro de la sintomatología característica de estas enfermedades están:

- Tos
- Obstrucción y/o secreción nasal
- Dolor y enrojecimiento de garganta
- Ronquera
- Dolor y/o secreción de oído
- Dificultad respiratoria

Existen factores predisponentes para que este tipo de enfermedades se presenten o agraven:

Factores Ambientales:

- Utilización de leña para cocinar
- Humo del tabaco
- Hacinamiento
- Clima

Factores individuales

- Edad. La neumonía es grave entre los menores de un año de edad y, aún más, en los menores de dos meses de edad.
- Bajo peso al nacimiento
- No haber lactado
- Desnutrición
- Esquema incompleto de vacunación
- Carencia de vitamina "A"

Un alto porcentaje de las enfermedades en los menores de cinco años es causado por las IRAS y las EDAS, ambas pertenecen al tipo de enfermedades infecciosas, con una evolución corta y en muchos de los casos con daños autolimitados, sin embargo también existen casos de enfermedades no infecciosas o también denominadas crónicas, dichas patologías son de larga evolución, habiendo entre ellas algunas que acompañaran al pequeño durante toda su vida, aunque son múltiples las causas por las cuales se pueden adquirir este tipo de

enfermedades, son los factores genéticos y ambientales (o la combinación de ellos) los causantes la mayor parte de las veces12.

De las enfermedades no infecciosas destacan en la población infantil:

- Diabetes tipo 1. En esta enfermedad los niveles de glucosa están elevados más de lo normal, debido a un mal funcionamiento del páncreas el cual deja de producir insulina, que es la hormona encargada de permitir que la glucosa penetre en las células del organismo para convertirla en energía. Los altos niveles de glucosa en el organismo provocan daños serios al corazón, riñones, ojos, encías y dientes13.
- Cáncer. El cáncer se da cuando en el proceso de la división y replicación celular, existen problemas y las células experimentan crecimiento y cambios incontrolables que rápidamente degenerarán el organismo produciendo tumores (benignos o malignos). En los niños los cánceres pueden ocurrir repentinamente, sin síntomas precoces, pero presentan un índice elevado de curación. En la infancia el cáncer más frecuente es la leucemia, la cual ataca a los glóbulos blancos (leucocitos) que son los que ayudan a combatir las infecciones14.
- Asma. Se define como la inflamación crónica de las vías aéreas, con presencia recurrente de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, particularmente por las noches15.
- Alergias. Son reacciones exageradas del sistema inmunitario a sustancias (alérgenos) que la mayor parte de las veces resultan inofensivas para el común de la gente, sin embargo en una persona alérgica pueden dar reacciones desde leves o hasta en algunos casos resultar mortales (shock anafiláctico) Pueden estar limitadas a una pequeña parte del cuerpo o pueden afectar todo el organismo16.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de salud de la población menor de cinco años del Centro de Salud Urbano Gastón Melo (CSUGM) de Xalapa, mediante la aplicación de las cédulas de diagnóstico.

Objetivos específicos

1. Elaborar una cédula de diagnóstico que permita conocer los principales problemas de salud de los niños menores de 5 años.
2. Identificar los problemas de salud de la población infantil del CSUGM.
3. Identificar los factores que afectan la salud de la población.

METODOLOGÍA

Criterios generales para la planificación

El presente diagnóstico de la situación de salud de la población menor de cinco años que pertenece al área de influencia del CSUGM, plantea describir las condiciones generales de ésta. De acuerdo a lo anterior, las variables que se establecieron para su evaluación tienen la finalidad de describir el estado general del desarrollo de los menores, a fin de poder proponer acciones estratégicas con base en los resultados que se obtengan.

Variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Fecha de nacimiento	Indicación del lugar y tiempo. Aniversario del nacimiento de una persona [17]	Fecha en que nació el menor.	Discreta	Anotando la fecha de nacimiento del menor
Estatura al nacer	Medida de una persona desde los pies a la cabeza [17].	Medición de la estatura que tuvo el menor al nacer, reportada en centímetros.	Discreta	Anotando la estatura del menor reportada al nacer Anotarse en centímetros
Peso al nacer	Es la primera medida del peso del producto de la concepción hecha después del nacimiento [18].	Medición del peso que tuvo el menor al nacer, reportado en kilogramos.	Discreta	Anotando el peso del menor reportado al nacer Anotarse en kilogramos
Estatura actual	Medida de una persona desde los pies a la cabeza [17].	Medición de la estatura del menor al nacer más reciente o actual, reportada en centímetros.	Discreta	Anotando la estatura del menor más reciente o actual Anotarse en centímetros
Peso actual	Indicador del crecimiento que relaciona el peso con la edad [19].	Medición del peso que tuvo del menor más reciente o actual, reportado en kilogramos.	Discreta	Anotando el peso del menor más reciente o actual Anotarse en kilogramos
Niño prematuro	Es el nacimiento de un producto de menos de 37 semanas ó 259 días de gestación [18].	Reportar si el menor nació antes de los nueve meses.	Nominal	1. Si 2. No
Tiempo de gestación	Es el nacimiento de un producto entre las 37 semanas ó 259 días y menos de 42 semanas ó 293 días de gestación [18].	Reportar el tiempo completo de gestación del menor.	Discreta	Anotar el tiempo completo de gestación, en meses, del menor
Lactancia	Acción de amamantar, es el sistema de alimentación materna[17].	Reportar si el menor se encuentra lactando actualmente.	Nominal	1. Si 2. No
Duración del tiempo de lactancia	La duración óptima de la lactancia exclusiva es clara, al menos hasta los seis meses [20].	Reportar el tiempo de lactancia del menor.	Discreta	Anotar el tiempo total de lactancia en meses
Ablactación	Término que se usa para describir el inicio de alimentos diferentes de la leche [21].	Edad en que cambió de alimentación diferente a la leche materna.	Discreta	Anotar el tiempo de ablactación en meses
Estado nutricio	Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo [22].	Anotar el estado nutricio del menor reportado por el médico a la familia en su última revisión.	Ordinal	1. Desnutrido 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad
Gateo	Desplazamiento del bebé con manos y rodillas con el tronco levantado y paralelo al piso [23].	Edad en que comenzó a desarrollar motricidad gruesa mediante la habilidad de gatear.	Discreta	Anotar la edad en meses en que comenzó a gatear
Caminar	Desplazamiento erguido mediante el movimiento de las piernas y los pies [23].	Edad en que comenzó a dar sus primeros pasos.	Discreta	Anotar la edad en meses en que comenzó a caminar
Edad de inicio del habla	Articular, proferir palabras para darse a entender [17].	Edad en que pronunció sus primeras palabras.	Discreta	Anotar la edad en meses en que pronunció sus primeras palabras
Control de esfínteres	Proceso por el cual se avanza de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada [24].	Edad en que comenzó a controlar esfínteres e ir al baño solo el menor.	Discreta	Anotar la edad en meses en que controló esfínteres
Dormir solo	Estar en aquel reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario [17].	Edad en que comenzó a dormir solo, es decir, en habitación aparte de los padres.	Nominal	1. Si 2. No
Control de esfínteres	Proceso por el cual se avanza de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada [24].	Edad previa a ir al baño solo, anotar si avisaba para que se le llevara al baño.	Nominal	1. Si 2. No

Padecimientos	Acción de padecer o sufrir daño, injuria o enfermedad [17].	Enfermedad(es) que presenta el menor.	Nominal	1. Alergia (AL) 2. Asma (AS) 3. Autismo (AU) 4. Cáncer (CA) 5. Diabetes (DM) 6. Enfermedad cardíaca (EC) 7. Enfermedad diarreica (EDA) 8. Enfermedad exantemática (EE) 9. Enfermedad pulmonar (EP) 10. Epilepsia (EPI) 11. Hemofilia (HEM) 12. Insuficiencia Renal (IR) 13. Infección respiratoria (IR) 14. Paladar hendido (PH) 15. Problemas auditivos (PAU) 16. Problemas visuales (PV) 17. Retraso mental (RM) 18. Síndrome Down (SD) 19. VIH (VIH) 20. Otras
Herencia	Factores innatos que influyen en el desarrollo, transmitidos por los genes [23].	Antecedente familiar del mismo padecimiento presente en el menor.	Nominal	1. Madre 2. Padre 3. Hermano 4. Abuelo materno 5. Abuela materna 6. Abuelo paterno 7. Abuela paterna 8. Otros
Medicación para el padecimiento	Administración metódica de uno o más medicamentos con un fin terapéutico determinado [17].	Si se administra algún medicamento para el padecimiento del menor, qué medicamento, el tiempo administrado y dosis en miligramos.	Nominal Discreta	1. Si 2. No Anotar el principio activo del medicamento, el tiempo que tiene de administrarse y dosis en miligramos
Impacto en calidad de vida	Grado de bienestar subjetivo, que incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales y la satisfacción de necesidades individuales [25].	Reportar si el tener el padecimiento reportado ha afectado en la calidad de vida del menor en las áreas presentadas.	Nominal	1. Faltar a clases 2. Comer bien 3. Problemas de aprendizaje 4. Jugar más 5. Dormir menos 6. Otros
Consulta médica	Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado [17].	Reportar cuántas veces ha sido llevado el menor a consulta en los últimos seis meses y por qué causas.	Discreta	Anotar las veces que se acudió a consulta y por qué motivos
Causa de no acudir al médico a consulta	Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado [17].	Mencionar de entre las opciones la que se presentan aquella que refleje el por qué no se pudo llevar a consulta, en un período de seis meses.	Nominal	1. Falta de dinero 2. Falta de tiempo 3. Lejanía del médico 4. Otras
Hospitalización	Internar a un enfermo en un hospital o clínica [17].	Refiere si el menor ha requerido ser hospitalizado y las causas.	Nominal Discreta	1. Si 2. No Anotar la causa de la hospitalización, en caso de haberse presentado

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente [17].	Nivel escolar en el que se encuentra el menor, es de considerar que no asista a alguna institución educativa dependiendo de la edad.	Nominal	1. Guardería pública 2. Guardería privada 3. Pre escolar público 4. Pre escolar privado 5. Primaria pública 6. Primaria privada 7. Se queda en casa
Integración escolar	Proceso a través del cual se garantiza el acceso al currículo de educación básica a todos los niños [26].	Mencionar cómo fue el proceso de integración escolar y si el menor lloró, en el dado caso de que el niño asista a la escuela.	Nominal	1. Fácil 2. Difícil 3. Si lloró 4. No lloró
Apoyo familiar a tareas escolares	Grado de participación de los padres en actividades complementarias a la práctica didáctica, es decir, actividades de repaso y de tipo lúdico, que amplíen lo que los niños vieron en clase [27].	Se refiere a quién está ayuda en las tareas escolares al menor, en el dado caso de que acuda a la escuela.	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano (a) 4. Otros
Convivencia en casa	Vivir en compañía de otros [17].	Identificar qué miembro de la familia convive más con el menor en casa.	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano (a) 4. Amistad 5. Otros
Uso de tiempo libre	Categoría que expresa el tiempo que dispone cada individuo, cada grupo y cada sociedad [28].	Identificar las actividades que prefiere hacer en su tiempo libre el menor.	Nominal	1. Juega solo 2. Juega acompañado 3. Ve T.V 4. Hace deporte 5. Actividades escolares 6. Actividades manuales 7. Juega al aire libre 8. Juega videojuegos
Personalidad	Conjunto de las formas relativamente constantes de relacionarnos con los individuos y las situaciones que hace única a cada persona [29].	Percepción del familiar que reporta la encuesta de forma general de la personalidad del menor	Nominal	1. Cariñoso 2. Tímido 3. Alegre 4. Inteligente 5. Sociable 6. Amistoso 7. Amable 8. Inseguro 9. Agresivo 10. Sensible 11. Caprichoso 12. Berrinchudo 13. Cooperativo 14. Evasivo 15. Ansioso 16. Humilde 17. Compartido

Tipo de diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo – transversal, llevándose a cabo con la población pediátrica menor de cinco años perteneciente el área de influencia del CSUGM, evaluando la condición general de salud y los factores sociales que influyen en su desarrollo. El estudio se realizará durante los meses de septiembre a noviembre de 2011.

Población de estudio

De la muestra general de estudio del diagnóstico general del CSUGM, que corresponde a 366 viviendas con 1464 personas, debido a la naturaleza de nuestro estudio particular, en toda vivienda dónde se encuentre un menor de cinco años, se le contemplaría dentro de la población de nuestra población de estudio.

Criterios de inclusión

- Población residente dentro del área de influencia del CSUGM.
- Población menor de cinco años.
- Que la persona que de la información de la encuesta general conozca los datos del menor.
- Población que acepte contestar la encuesta.

Criterios de exclusión.

- Viviendas que no pertenezcan al territorio del CSUGM
- Negocio comercial
- Cédula mal llenada
- Cédula incompleta
- Personas que sean visitas y no vivan en la residencia

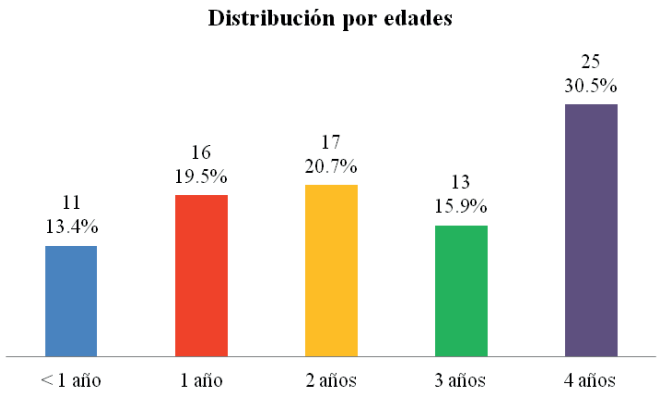
MÉTODO DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se realizó un cuestionario con treinta ítems, con preguntas de respuesta cerrada y abierta. La estructura del instrumento evalúa aspectos generales del desarrollo, datos sobre alguna patología presente en el menor, así como información de forma general sobre el aspecto social y familiar del menor.

RESULTADOS

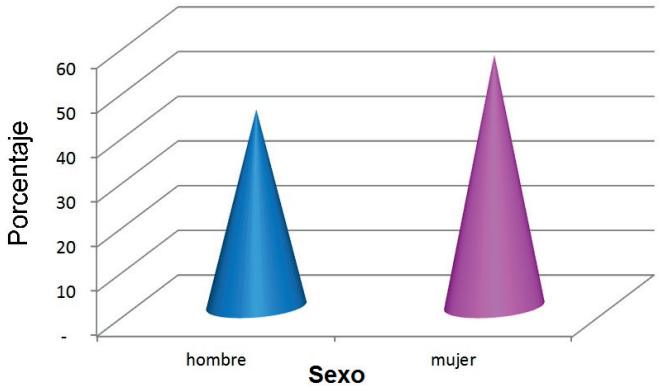
Descripción básica de la población

Gráfica 1. Edad, menores de cinco años



La gráfica 1, refleja que en la base de la pirámide quinquenal de población del área de influencia del CSUGM, la edad predominante (tendencia) se distribuye alrededor del 53% entre el rango de <1 a 3 años. A los 3 años, edad considerada como el inicio de la edad preescolar30, sólo se encontraron a 13 niños, representando el 15.9% y con un 30.5% los niños que pertenecen a los 4 años, edad en que ya tienen 1 año dentro de la edad preescolar establecida por la SEP, de 3 a 5 años..

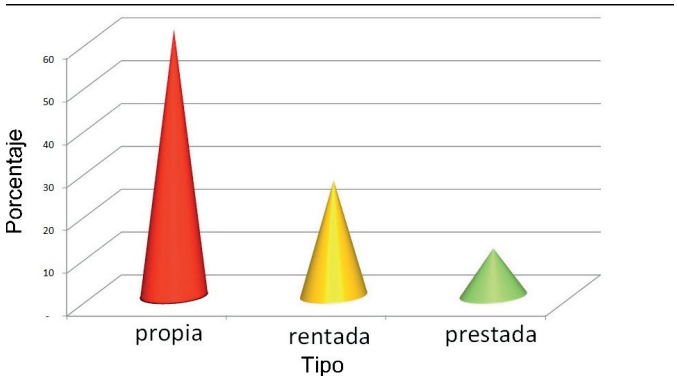
Gráfica 2. Sexo, menores de cinco años.



Al hacer una revisión de esta gráfica, se deduce que la población del área de influencia del centro de salud Gastón Melo, en el último trimestre del 2011 estaba estructurada mayoritariamente por prescolares del sexo femenino, asimismo observamos que hay una ligera minoría de hombres que de mujeres, aunque dicha diferencia entre ambos géneros no excede el 12%. Por preescolares nos referimos a aquellas edades comprendidas entre los 0 y 5 años.

Aspectos socioeconómicos

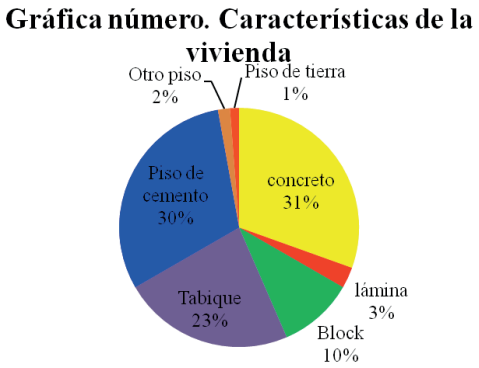
Gráfica 3. Tipo de vivienda, porcentual.



En el muestreo del ISP-UV de septiembre – diciembre 2011, se indica que el área de influencia del centro de salud Gastón Melo del centro urbano de la ciudad de Xalapa, se distribuye en 16 colonias de las cuales, la gran mayoría se encontraban dentro de la categoría de vivienda con techo de concreto, de las cuales 51 casos pertenecían al registro nacional de la propiedad, quiere

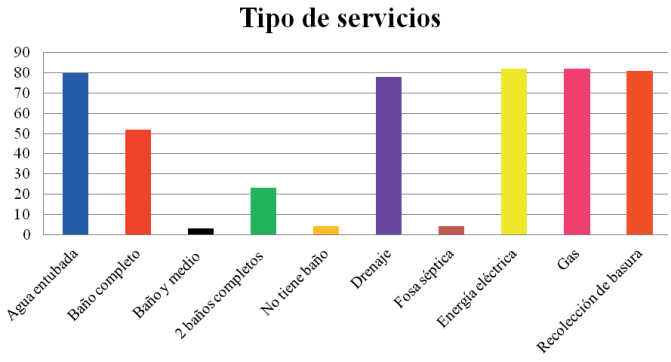
decir que aproximadamente el 65% de las viviendas del centro urbano de Xalapa son propias. La segunda categoría pertenece a la de vivienda rentada (22 casos) con el 22.26%, y por último, le siguen las viviendas prestadas con una representación cercana a la décima parte de los casos analizados. La gráfica muestra el tipo de vivienda. De forma indirecta, dicha gráfica evidencia que aproximadamente el 30% de la población cercana al Gastón Melo tiene un egreso económico destinado al pago de renta, si este 30% gasta en promedio $1500 pesos de sus recursos económicos en pagos por pernocta quiere decir que posiblemente tienen $1500 pesos menos por invertir en su salud por lo que se cree que la renta esta asociada con la frecuencia con que se atienden sus complicaciones medicas, más grave aún es posible que la renta sea una limitante para que ese 30% no acuda a las campañas de prevención de la salud.

Gráfica 4. Características de las vivienda



Como se puede observar en la gráfica las viviendas en las que habitan los niños, se constituyen por materiales en su mayoría por concreto con el 31%, piso de cemento con un 30%, el cual es un determinante en la propagación de las enfermedades de tipo contagioso, las paredes son de tabique y block, encontramos sólo el 3% de techo de lámina y por último, el 1% de las domicilios visitados tiene piso de tierra.

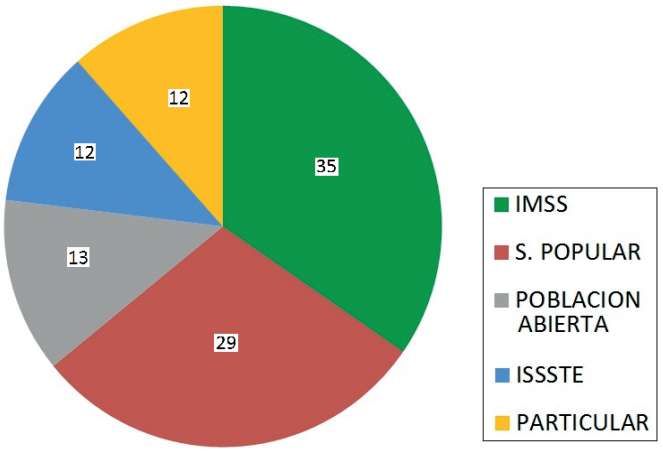
Gráfica 5. Tipo de servicios.



En cuanto al tipo de servicios básicos se cuenta con los siguientes: Agua, drenaje, energía eléctrica, recolección de basura a cargo de la red municipal de recolección de desechos. Podemos decir, que, los servicios públicos determinan las condiciones de bienestar y de seguridad de la población. Representan el 80% de cobertura en los hogares.

Servicios de salud

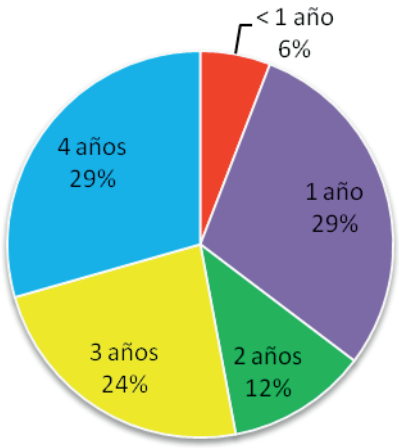
Gráfica 6.Tipo de derechohabiencia, menores de cinco años.



El tipo de derechohabiencia para los menores de cinco años, se expresa de la siguiente manera: el primer grupo destaca con un 35% por parte del IMSS; en segundo lugar está el seguro popular, el cual actualmente incrementa sus afiliados debido a la difusión que el gobierno federal realiza a lo largo del país; el 13% de los infantes es población abierta, en donde observamos poca afluencia hacia los servicios que oferta el CSUGM. Por lo que se recomienda que en este sector se deba poner mayor atención para realizar campañas de vacunación, promoción y prevención para la salud; por último, el ISSSTE y el servicio médico particular, ocupan el menor

porcentaje de población afiliada.

Gráfica 7. Niños atrasados en la aplicación de sus vacunas de acuerdo a edad.



Las encuestas levantadas revelaron la existencia de niños con esquemas de vacunación incompletos, en las edades de 1 y 4 años se encontró la mayor frecuencia de niños con vacunas pendientes por aplicar, ya que en estos niños el porcentaje hallado fue de 29 %. Caso contrario es el de los menores de un año, ya que en este grupo de edad el porcentaje de esquemas de vacunación incompleto es del 6%

De los 82 niños menores de cinco años, solo 28 presentaron cartilla de vacunación, esto representa el 34% de los niños, cifra muy alejada de los resultados obtenidos en la ENSANUT 2006 , donde para Veracruz se obtuvo un porcentaje del 82.2%31. Esta tabla muestra las dosis de vacunas aplicadas y nos permite apreciar la cantidad de niños con esquemas de vacunación al corriente de acuerdo a su edad. Sobresale por su baja cobertura la aplicación de los siguientes biológicos: Pentavalente 57%, Influenza 60%, Triple viral y Antineumococcica ambos con el 64%. La mayor cobertura es para BCG, ya que de los 28 niños, 27 la tienen aplicada, es decir el 96%. De acuerdo a estos datos se encontró una cobertura de vacunación general del 70% para los niños menores de cinco años que viven dentro del área de influencia del CSUGM.

Gráfica 8. Esquemas de vacunación de los niños que presentaron cartilla de vacunación.

	BCG	HEPATITIS "B"	PENTAVALENTE ACELULAR	ROTAVIRUS	NEUMOCOCCICA CONJUGADA	TRIPLE VIRAL	INFLUENZA	DPT
Al corriente para la edad	27	21	16	22	18	16	17	6
Atrasado para la edad	1	7	12	6	10	9	11	3
No Aplica para la edad	0	0	0	0	0	3	0	19
TOTAL	28	28	28	28	28	28	28	28

Gráfica 9. Comparativo de Vacunaión

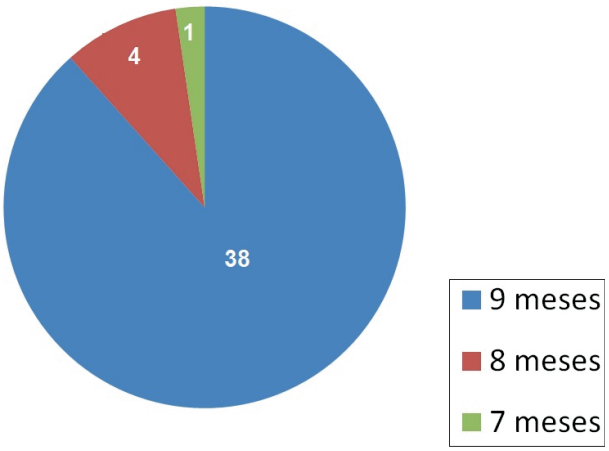
	Área de Influencia CSUGM	Encuesta Nacional de Cobertura Rápida 2008, INSP	Encuesta Seguro Médico Nueva Generación 2009
BCG	96 %		98.5 %
Hepatitis "B"	75 %		69.9 %
Pentavalente Acelular	57 %	80.8 %	74.4 %
Rotavirus	78 %	62.5 %	
Antineumococcica	64 %	43.1 %	46.1 %
Triple Viral	64 %	81.2 %	68.3 %
Antiinfluenza	60 %	35.3 %	

En esta tabla se aprecia una comparativa entre tres diferentes encuestas enfocadas en la aplicación de vacunas y realizadas entre la población menor de cinco años32. La encuesta levantada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en el 2008 y la del Seguro Médico Nueva Generación (SMNG) en 2009, encontraron a nivel nacional una cobertura para Pentavalente del 80.8 % y 74.4 % respectivamente, ambos valores están muy por encima del 57 % encontrado en el área de influencia del CSUGM, situación similar se observa en Triple Viral donde hay una diferencia de 17.2 % con los datos del INSP.

Se encontraron coberturas de vacunación dentro del área de influencia del CSUGM superiores a las reportadas por el INSP y el SMNG en los siguientes biológicos: Hepatitis "B", Rotavirus, Antineumococcica, Antiinfluenza.

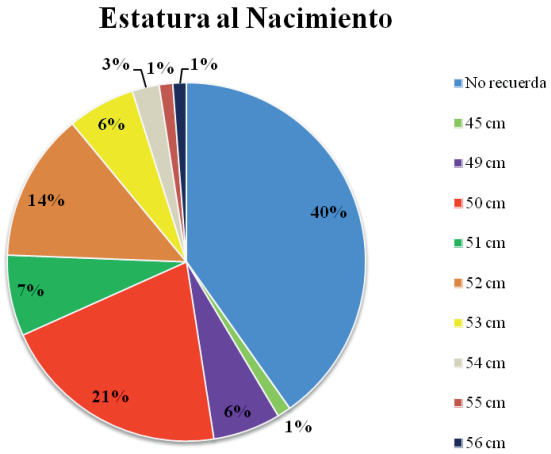
Desarrollo del niño

Gráfica 9. Tiempo de gestación (en meses), totales.



Como se puede observar en el gráfico, que muestra el tiempo de gestación, la mayor cantidad de casos (8 de cada 10) cae dentro de los nueve meses; muy alejado de esta proporción hay 4 casos de prematuros de 8 meses y finalmente, sólo se presentó 1 caso sietemesino prematuro. Por lo anterior, podemos decir que no existen muchos casos prematuros en el área de influencia del centro de salud Gastón Melo.

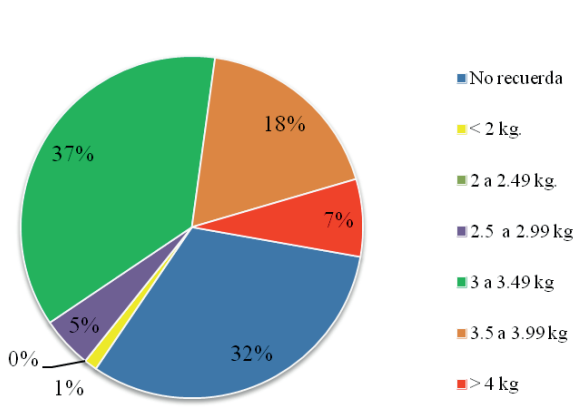
Gráfica 10. Distribución porcentual de los menores de 5 años del área de influencia del CSUGM de acuerdo a su Talla al momento de nacer.



Aunque existen múltiples factores que influyen en la talla baja al nacer, estudios recientes apuntan a que la talla de la madre al momento de nacer influye en la talla que sus propios hijos tendrán cuando nazcan, esto significa que las madres que tuvieron una talla baja cuando nacieron, son propensas a dar a luz hijos con una talla baja33, a esto, hay que agregarle el estado nutricio de la madre antes del embarazo el cual es también un factor decisivo para un correcto desarrollo del bebe, el cuidado de una adecuada alimentación de la futura madre no sólo debe de ser vigilado durante el embarazo, sino que debe de prestársele atención desde el periodo pre concepcional.

La NOM-031 para la Atención a la salud del niño34, establece como medida normal al nacimiento 49.9 cm para las niñas y 50.5 en los niños. De los resultados arrojados por las encuestas encontramos que sólo 22 de los 82 niños tuvieron una talla normal al nacimiento, sin embargo estos resultados, deben de ser tomados con cautela, ya que no se les solicitaron los comprobantes de nacimiento a la persona entrevistada donde se especifica el peso y talla que tuvo el recién nacido, hecho que puede estar arrojando datos inciertos, para muestra basta observar que de los 82 padres de los niños encontrados, 33 no recordaron la talla de sus hijos al momento del nacimiento. En los extremos y de acuerdo a las tablas de referencia de la NOM-03, tendríamos a 1 niño con talla baja para la edad y 4 con talla alta para la edad

Gráfica 11. Distribución porcentual de los menores de 5 años del área de influencia del CSUGM de acuerdo a su Peso al momento de nacer.



Aunque tradicionalmente se ha utilizado el peso al nacimiento para determinar el desarrollo fetal, existen estudios que apuntan que este indicador tiene ciertas limitaciones, una vez más hay que resaltar la importancia de una correcta alimentación en el pasado inmediato al embarazo y durante la gestación, sin embargo es importante además el estado general de salud, particularmente el emocional y físico así como los

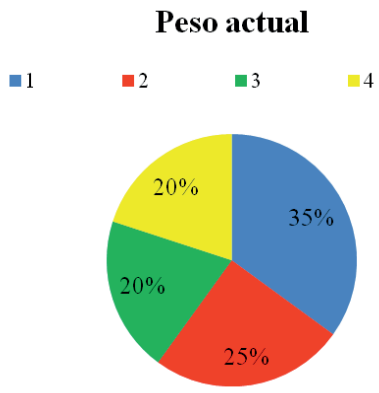
comportamientos que pueden afectar el desarrollo del bebé (consumo de tabaco, alcohol o drogas)33.

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es el principal factor determinante de la mortalidad infantil y aumenta varias veces la sensibilidad a enfermar de los bebés, la OMS ha establecido el BPN como aquel menor a los 2.500 kg, dicha condición, además de provocar trastornos familiares, repercute en la economía familiar ante los costos que generan la adquisición de medicamentos y los honorarios del personal de salud, por si fuera poco se relaciona también con alteraciones del desarrollo infantil, siendo la morbilidad neurológica hasta en un 50% de los casos atribuible al BPN35.

Está establecido en la NOM-031 para la Atención a la salud del niño34 que el peso normal al momento de nacer es de 3.200 a 3.599 kg, este parámetro nos arrojaría que 30 niños (37%) nacieron con un peso normal, 4 con desnutrición leve y 1 con desnutrición grave, por último con sobrepeso y obesidad al nacimiento tendríamos a 15 y 6 niños respectivamente.

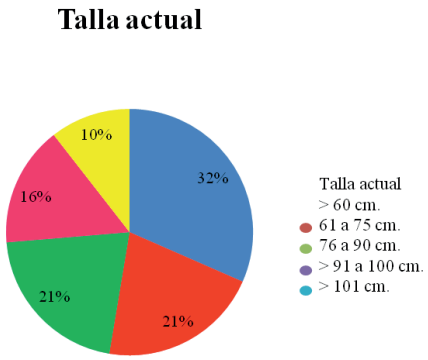
Si excluyésemos de la muestra a las 26 personas que no recordaron el peso de sus hijos al nacer (el 37%), nuestra muestra estaría reducida a 56 niños, entonces observaríamos que los hijos con peso bajo al momento de nacer del total de personas que recordaron el dato fue en realidad del 9%, cifra que es idéntica a la publicada en el 2006 por la UNICEF para la región Latinoamérica y el Caribe36.

Gráfica 12. Peso actual



El peso actual de los niños se encontró de la siguiente manera: con el 35% presentaron un peso mayor a los 16 kg., el 25% con un peso entre los 14 a 15 kg. Y el 20% muestra un peso < a 12 hasta los 13 kg.

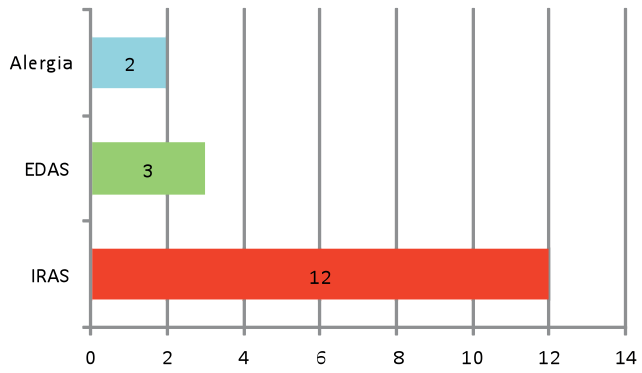
Gráfica 13. Talla actual



Mientras tanto en la talla actual de la población de estudio podemos observar que predomina con un 32% las edades de 6 meses a un año y medio con una talla mayor a 60 cm, continúan con un 21% los niños de un año seis meses a dos años que se encuentran entre los rangos de 61 a 75 cm y los de 76 a 90 cm. Posteriormente, los niños de dos y tres años con una talla mayor a 91 a 100 cm y finalmente, los niños de tres a cuatro años tienen una estatura mayor a los 101 cm.

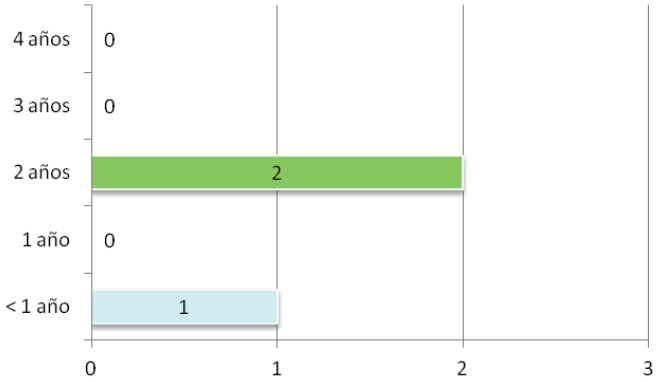
Morbilidad

Gráfica 14. Morbilidad



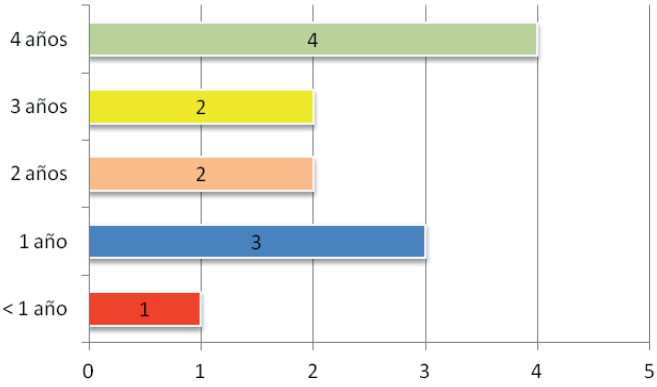
Esta gráfica representa los tipos de padecimientos encontrados al momento del levantamiento de los datos, se aprecia que el padecimiento encontrado con mayor frecuencia fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con 12 casos, lo que representa el 70% de la morbilidad total encontrada, este porcentaje rebasa el 58.4% reportado a nivel estatal en cerca de 12 puntos porcentuales. El padecimiento encontrado en segundo lugar fueron las Enfermedades Diarreicas Agudas con 3 casos. Solo se encontró 2 casos de alergia.

Gráfica 15. Enfermedad Diarreica por edad



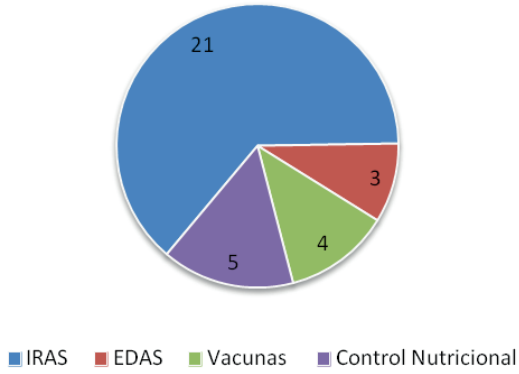
En esta gráfica se aprecian las edades en las que se encontraron casos de diarrea en menores de cinco años al momento del levantamiento de los datos, de los tres casos encontrados fue en la edad de dos años donde se encontraron más casos, dos y en los menores de un año hubo un caso, en las edades de uno, tres y cuatro años no se encontraron niños con dicho padecimiento.

Gráfica 16. Infección Respiratoria por Edad



A través del siguiente gráfico es que podemos determinar las edades en las que se presentaron las IRAs en los niños menores de cinco años dentro del área de influencia del CSUGM. Vemos que la edad en la que se presento el mayor número de casos fue cuatro años con 4 casos, seguido por la edad de un año con 3 casos, contrariamente la edad con menor número de casos fue en los menores de un año, con un solo caso.

Gráfica 10. Motivos de consulta en los últimos 6 meses en los menores de 5 años en el área de influencia del CSUGM.

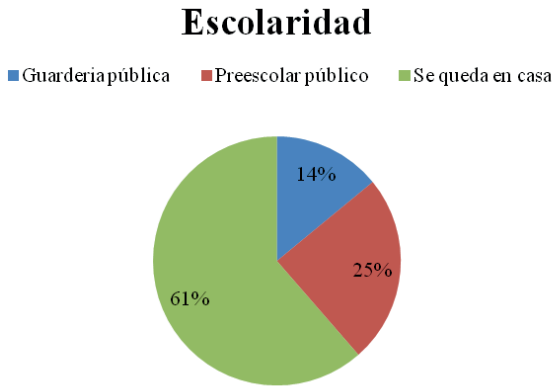


La gráfica anterior muestra los motivos por los que fueron llevados a consulta los niños menores de cinco años del área de influencia del CSUGM, siendo como es fácil comprobarlo las IRAS las causantes en primer lugar del motivo de atención con un 64% del total, la siguiente patología serian las EDAS con un 9%. Es alentador ver que por encima de las diarreas se encontraron motivos preventivos como la causa principal de acudir al médico, estas fueron el Control Nutricional con el 15% y la aplicación de alguna vacuna con el 12%.

El número total de veces que los padres acudieron al médico a solicitar algún tipo de atención en los últimos 6 meses fue de 40, lo que representa que casi la mitad (48%) de los niños fueron llevados al médico

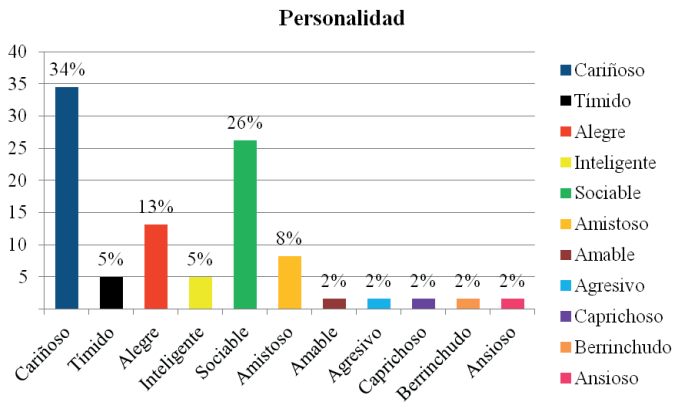
Escolaridad y personalidad

Gráfica 17. Escolaridad.



Dentro de la encuesta también se preguntó sobre la escolaridad de los menores de cinco años. Del total de los niños con los que se realizó el diagnóstico (82 niños), se tuvo la información de este dato de 57, de los cuales el 61% se queda en casa, el 25% asiste a preescolar público y el restante 14% a guardería pública. Tomando en cuenta que la edad de inicio a la educación preescolar30 es de 3 años y que nuestro rango de edad, es de niños recién nacidos hasta los 5 años, es claro que la mayor de concentración de niños estén en casa, siendo los niños que pertenecen al rango de <1 a 2 años.

Gráfica 18. Personalidad.



Con el objetivo de conocer la percepción que tiene el padre con respecto de la personalidad de su hijo, se preguntó, de acuerdo a una serie de rasgos de personalidad, cuál es el qué representaría a su pequeño. Con respecto a este ítem, se tiene la información de 61 menores, de los cuales los rasgos que destacaron son: cariñoso con un 34%, sociable con un 25% y alegre con un 13%

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó el estado de salud en menores de cinco años. Los resultados obtenidos revelaron las condiciones de salud de la población estudiada en relación con los factores de riesgo y la utilización de los servicios, tanto preventivos como curativos, además de conocer su salud y la estructura de la familia. Observamos que los datos sobre las condiciones de vida de los menores de cinco años (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades.

En cuanto al apartado de resultados en la muestra de 366 cédulas realizadas dentro del área de influencia se obtuvieron los siguientes datos para el grupo de menores de cinco años:

En el Censo de Población y Vivienda en 201037, se observa la diferencia que existe entre el sexo masculino y femenino para el nivel nacional es el 0.47% y el 0.68% a nivel estatal. Nuestros resultados muestran que en la descripción básica de la población en su mayoría está compuesta por mujeres de las edades de 1 a 2 años; la situación socioeconómica de los menores de 5 años evidencia que aproximadamente el 30% de la población cercana al Gastón Melo tiene un egreso económico destinado al pago de renta, si este 30% gasta en promedio $1500 pesos de sus recursos económicos en pagos por pernocta quiere decir, que posiblemente tienen $1500 pesos menos por invertir en su salud por lo que se cree que la renta esta asociada con la frecuencia con que se atienden sus complicaciones medicas, más grave aún es posible que la renta sea una limitante para que ese 30% no acuda a las campañas de prevención de la salud; en cuanto al aspecto de servicios de salud el tipo de derechohabiencia predominante es el IMSS y en segundo lugar el seguro popular.

En cuanto a lo que se refiere a los motivos por los cuales los padres llevaron a sus hijos a consulta en los últimos seis meses fue por enfermedades infecciosas (IRAs y EDAs), durante ese periodo se requirió de atención médica, para el tratamiento de dichas enfermedades. Al momento del levantamiento de los datos se encontraron a 3 niños con diarrea y 12 niños con algún tipo de Infección respiratoria, esto último puede encontrar una explicación lógica en el hecho de que de los 82 domicilios son 20 los que cuentan únicamente con un dormitorio, lo que significa que estas familias viven en hacinamiento.

Cabe mencionar que una limitación importante que tuvimos para la recabación de información fue el horario de visita establecido por la institución, a los domicilios, ya que por las mañanas nos encontramos con viviendas solas, frecuentemente hallamos viviendas habitadas con adultos mayores y a pesar de que los adultos mayores contestaban las preguntas en torno a la investigación no respondían todos los apartados relacionados con niños menores de 5 años, lo que produjo que en el análisis de la información no se lograra tener una base de datos completa en aspectos tales como: peso y talla al nacer, vacunas y el padecimiento de algunas enfermedades.

El estado de salud de los niños, por lo tanto, debe ser motivo de preocupación para los responsables políticos en todos los sectores, no sólo los que participan en la política de salud. Las políticas públicas tanto globales, nacionales y en este contexto local deberían tener en cuenta la evidencia sobre los determinantes sociales de la salud, las intervenciones y políticas que permitan hacerles frente.

CONCLUSIÓN

La importancia del estudio radicó, en poder identificar el estado de salud de los menores de cinco años del área de influencia del CSGM, por tanto, la etapa cuantitativa permitió identificar los principales daños a la salud que a continuación se mencionarán.

La población de estudio estuvo compuesta mayoritariamente por el sexo femenino presentando al momento de la encuesta los esquemas de vacunación incompletos, los motivos de consulta más recurrentes fueron por control del estado nutricional, IRAs sobre todo en el rango de 4 años y las EDAs con muy bajo porcentaje en las edades de 2 años, debido a que las viviendas encuestadas muestran condiciones de vida media ya que contaban con todos los servicios básicos lo que permitió reducir la presencia de estas enfermedades.

Cabe señalar que los tipos de personalidad que tuvieron mayor frecuencia fueron cariñosos y sociables, los niños se quedan en casa al cuidado de la madre o abuelos, y en pequeños porcentajes son enviados a las guarderías y prescolares públicos.

Las recomendaciones, encaminadas al área de promoción de la salud, son las siguientes:

1. Retomar dentro del programa de atención integral al menor de cinco años34, las acciones de capacitación en IRAs y EDAs.
2. Incidir en campañas de vacunación, sobre todo en los menores de cinco años.
3. Promover en los padres la importancia de que su hijo sea llevado al programa de "control del niño sano"34.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ambientales CPdlSyC. Salud y ambiente 2011.
2. Nandí-Lozano E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, C A-F. Sustentabilidad y medio ambiente. Red de Información Toxicológica y Alerta 2011.
3. Nandí-Lozano E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, Avila-Figueroa C. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Salud Pública de México 2002;44:201-6.
4. Organization WH. Informe Sobre la Salud en El Mundo: El Financiación Dos Sistemas de Salud: El Camino Hacia la Cobertura Universal: World Health Organization; 2010.
5. R. B. Salud pública y medicina preventiva. México: Fomento Editorial BUAP; 2010.
6. Factores que afectan el Desarrollo - Neurología evolutiva. Universidad de Colima, 2004. (Accessed 27 de diciembre de 2011, 2004, at http://ciam.ucol.mx/posgrado/neurologia/fac_desa.php?togles=1.)
7. Norma Oficial Mexicana 008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Secretaria de Salud, 2010. (Accessed 27 de diciembre de 2011, 2011, at www.dof.gob.mx/documentos/4127/Salud/Salud.htm.)
8. Salud Sd. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Primera ed. México; 2010.
9. Salud Sd. Programa de Acción: Infancia. Primera ed. México; 2002.
10. Salud Sd. Niños y niñas bien desarrollado. Manual de atención. In. México: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002:74.
11. Conyer RT. El manual de salud pública: Intersistemas; 2006.
12. J. T. Enfermedades de la infancia. La Revista de la American Medical Association, JAMA 2010.
13. Riñón NINdDyEDyd. Diabetes tipo 1. In. Estados Unidos: National Institutes of Health 2011.

14. Cáncer NINd. Leucemia en niños. In. Estados Unidos: National Institutes of Health 2011.

15. Salud OSVd. Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Comunidad Autónoma del País Vasco: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2003.

16. Dugdale DC, Henochowicz SI. Reacciones alérgicas. In. Estados Unidos: A.D.A.M., Inc.; 2011.

17. Española RA, Academy SR, Publishing P. Diccionario De La Lengua Espanola: Real Academia Espanola: Planeta Publishing Corp; 2003.

18. Medellín Ad. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín, Colombia; 2005.

19. Onyango A, de Onis M. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS 2008.

20. Strain H. Lactancia materna. 2005.

21. Cullen P. Ablactación. Unidad de Pediatría 2007.

22. Nutrición. 2011. (Accessed 23 de diciembre de 2011, 2011, at http://www.who.int/topics/nutrition/es/.)

23. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD, Bari SMO, Sierra GP. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia: McGraw-Hill/Interamericana de México; 2009.

24. Clavería J. Orientaciones a padres para desarrollar el control de esfínteres. Gobierno del Principado de Asturias - Consejería de Educación y Ciencia 2005.

25. Palomba P. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores 2002.

26. Barraza A. DISCUSIÓN CONCEPTUAL SOBRE EL TÉRMINO "INTEGRACIÓN ESCOLAR". UNiversidad Pedagógica de Durango 2005.

27. Bazán A, Sánchez B, Castañeda S. RELACIÓN ESTRUCTURAL ENTRE APOYO FAMILIAR, NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES, CARACTERÍSTICAS DEL MAESTRO Y DESEMPEÑO EN LENGUA ESCRITA. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2007;12:701-29.

28. Unidas DdEdN. Encuesta sobre el uso del tiempo. 2002.

29. Papalia DE, Olds SW, Nielsen AMH, Masjuan PC. Psicología: McGraw-Hill; 1998.

30. Preescolar-DGOSE CSdE. Educación Preescolar. In. México: Secretaría de Educación Pública en el Distrito Federal; 2010.

31. Salud Sd. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. In: Pública INdS, ed. México; 2007:132.

32. Salud Sd. Encuestas de cobertura de Vacunación 2004 - 2010. In: Salud Sd, ed. México; 2010:21.

33. OMS. Promoción del desarrollo fetal óptimo : informe de una reunión consultiva técnica. In: Reunión consultiva técnica de la OMS sobre la elaboración de una estrategia de promoción del desarrollo fetal óptimo; 2006:59.

34. Salud Sd. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. In: Salud Sd, ed. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. México; 1999.

35. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Revista Panamericana de Salud Pública 1998;3:314-21.

36. UNICEF. PROGRESO PARA LA INFANCIA: UN MUNDO APROPIADO PARA LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS. In: PROGRESO PARA LA INFANCIA. E.E.U.U.: UNICEF; 2011.

37. INEGI INdEyG. RESULTADOS DEFINITIVOS CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010 DATOS DE VERACRUZ. In. 2010 ed. México; 2010:2.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "DR. LUIS F. NACHÓN", CON RESPECTO A LA POTENCIAL SOBREOCUPACIÓN EN EL SERVICIO DE TOCO CIRUGÍA"

Carolina Delgado Domínguez, Julieta López Vázquez, Sheila Oyuki Xochihua González
Asesor Interno: Dr. Mauricio Fidel Mendoza González
Asesor Externo: Dra. Olga Adriana Flores Lomán

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue Realizar un Diagnostico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco cirugía .El diseño fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población objetivo fueron las mujeres que acudieron a éste Hospital para la atención del evento obstétrico El tamaño de muestra fue definido a conveniencia y no en forma aleatoria. El levantamiento de cédulas se realizó a lo largo del período de Octubre a Diciembre del 2011. Se encontró que la sobre ocupación solo se presento en 3 de los días que se realizaron las entrevistas, habiendo diferencias con relación a los demás días, en el número de partos por cesáreas y las quejas por mala actitud por parte de médicos y enfermeras. Así mismo, en general no se cuenta con el personal y los insumos necesarios para dar a tención a las pacientes

INTRODUCCIÓN

La salud materna y perinatal y su representación de daño en ambas poblaciones, de un binomio indisoluble, se constituye en un indicador de muy elevada sensibilidad para evaluar la calidad de atención de los servicios de salud, así como de los sistemas de salud; además de ser elemento orientador del desarrollo humano de una sociedad determinada.

Los aspectos que sobre atención médica se desprenden del análisis del proceso de atención obstétrica, parten quizá desde la percepción poblacional de embarazo y maternidad, así como de toda la serie de decisiones que se toman en el transcurso del evento propiamente dicho, hasta la resolución del mismo en una condición ideal de salud o libre de daño para la mujer como para su hijo.

A nivel institucional la tendencia de los últimos años ha considerado que la atención del parto vaginal o quirúrgico, debe ser otorgado por personal calificado, que en la mayoría de los casos se circunscriben a la atención hospitalaria y por personal médico, sin embargo, existen en dicha atención toda una serie de elementos que deben ser considerados para evaluar los tramos de calidad y los espacios de oportunidad necesarios para que dicha atención sea efectivamente un reductor de riesgo.

El presente trabajo es un primer paso hacia la caracterización diagnóstica de una población de mujeres, usuarias de una unidad hospitalaria de alta capacidad resolutiva técnica, en donde las condiciones de atención inmediata deberán garantizar el bienestar materno y perinatal; sin embargo, existen vacios en el conocimiento con respecto a la forma en la que se integra la dinámica de flujo de pacientes y la respuesta hospitalaria.

Así como evidencias empíricas no formales expresadas por las autoridades institucionales que mencionan que existen posibles errores en la organización, que redundan en una sobreocupación en el servicio de atención obstétrica y que quizá puedan tener repercusión directa en dicha población usuaria.

Por esta razón se planteo la necesidad de realizar una primera aproximación diagnóstica de la población usuaria a dicho hospital al servicio de atención obstétrica resolutiva, que permita identificar las condiciones de salud, las características generales de ellas y los posibles elementos que hagan suponer que haya errores en el flujo de estas pacientes, y haga discordante la respuesta

institucional que pudiera influir directamente sobre la calidad de la atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ocupación hospitalaria y su evaluación como indicador administrativo de los servicios de salud, permite con elevada sensibilidad comprender, directa e indirecta la calidad de atención prestada a los usuarios y aquella otorgada por el trabajador de la salud; la sobreocupación es una condición que se relaciona con la organización externa de un sistema de salud, de un servicio de salud o de manera individual de aquella relacionada a la operación del hospital.

En los servicios de atención obstétrica resolutiva, que son análogos a los de urgencias, su efecto más deletéreo se magnifica en el retraso en la atención inmediata o primera y a partir de ahí la cadena de hechos, y la demora que se pueda generar; condición que actualmente se constituye en un indicador de calidad, reductor de riesgo o responsable de riesgo materno y perinatal.

El Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón de los Servicios de Salud de Veracruz, es un hospital de segundo nivel de atención médica en el cual, idealmente, deberían ser atendidos mayoritariamente los eventos obstétricos considerados de alto riesgo, ya que este cuenta con la infraestructura necesaria, así como con el personal de salud especializado para el manejo de situaciones sanitarias más complejas. Dejando para aquellas unidades hospitalarias de menor complejidad y que son periféricos a este hospital, la atención de eventos obstétricos eutócicos o aún aquellos quirúrgicos que no representan alto riesgo, en el entendido de una red de atención que se considera potencialmente más efectiva.

Los embarazos de alto riesgo son aquellos en los cuales las mujeres presentan una mayor probabilidad de daños a la salud, tanto para ellas como para sus bebés, debido a condiciones tanto preexistentes como nuevas y relacionadas con la gestación. Sin embargo, en la actualidad en el Hospital son atendidos tanto eventos obstétricos de alto riesgo como de bajo riesgo obstétrico, sin una valoración del rendimiento global o diferenciado a ambos hechos, lo que parece estar ocasionando el fenómeno de sobreocupación en el servicio.

Un volumen de mujeres, por el momento no cuantificado y expresado por las autoridades del hospital, acude a la unidad hospitalaria a través de un sistema de referencia y contra referencia establecido conjuntamente con el 1er Nivel de Atención Médica. Esto es que las mujeres cuyo control prenatal ocurre en centros de salud, tanto rurales como urbanos del área de cobertura hospitalaria, son referidas a este Hospital para la atención del nacimiento; principalmente porque el primer nivel no cuenta con los recursos necesarios para la atención médica de estas mujeres, por qué no consideran el paso previo por unidades hospitalarias de menor complejidad o porque estas son consideradas con alto riesgo obstétrico en una calificación que en ocasiones no parece ser muy clara.

Además el hospital recibe un número importante de mujeres que acuden por si solas, sin evidencia aparente de una referencia, a solicitar atención obstétrica, independientemente de su riesgo o de haber o no tenido control prenatal.

En virtud de ser esta una acción institucional de atención altamente prioritaria y que puede verse afectada por errores en los criterios de referencia, falta de organización institucional o interinstitucional, y falta de atención prenatal, se considera necesario realizar una primera aproximación diagnóstica que permita caracterizar las condiciones de salud de esta población demandante del servicio de atención obstétrica resolutiva.

Información que permitiría en un segundo momento desarrollar acciones de intervención tendiente a la regulación de acceso de estas pacientes y al mismo tiempo incrementar los estándares de calidad en la atención obstétrica en el estado de Veracruz.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Origen y desarrollo del Hospital regional Dr. Luís F. Nachón

El hospital nace en 1820, como una casa que ofrece atención a mujeres, además de ser albergue y centro de asistencia eclesiástico atendido por monjas.

En el año de 1837 deja de ofrecer sus servicios a un sólo público y abre sus puertas a pacientes que fueron infectados por un brote de tifoidea en la región.

En 1858, se convierte en hospital público debido a una intervención que, Don Miguel Lerdo de Tejada, hace con respecto a la reforma que nacionalizó los bienes eclesiásticos, esto bajo el gobierno estatal del Coronel

Manuel Gutiérrez Zamora y es en 1862 que toma la nomenclatura de hospital civil.

En 1956, el Lic. Marco Antonio Muñoz, gobernador del estado de Veracruz, se designa al hospital con el nombre que lo conocemos hasta la actualidad, "Dr. Luís F. Nachón", en honor a un doctor del mismo nombre, quien fuera director del hospital.

En el año de 1962, el hospital ofrecía los servicios de: consulta externa: medicina general, cardiología, odontología, enfermedades de la piel y alergias, oftalmología, otorrinolaringología, diatermia y metabolismo basal.

Los servicios de hospitalización: sala medicina hombres, medicina mujeres, sala de ortopedia, sala para cirugía hombres, para cirugía mujeres, maternidad, cuartos para distinción, sala para detenidos o reos internos, dos salas de operación con todos sus servicios, departamento de rayos X, departamento de anatomía patológica, laboratorio y banco de sangre y otros como: farmacia, comedor, cocina, lavandería, biblioteca y auditorio para sesiones[1].

El 7 de marzo de 1997, con fundamento en la Ley 54, se fusionan los Servicios Coordinados de Salud Pública y la Dirección General de Asistencia Pública, dando paso a la creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), que a partir de ese momento ha venido asumiendo progresivamente facultades, responsabilidades y control de la operación de los servicios de salud en el estado y es como el hospital pasa a formar parte de las 53 unidades de segundo nivel de SESVER[2].

En el primer semestre del 2007, se llevó a cabo una reestructuración del nivel central de los SESVER, funcionando a partir de entonces con una estructura orgánica conformada por la Junta de Gobierno, la Dirección General de Servicios de Salud y seis direcciones de área, en donde se ubica la Dirección de Atención Médica, de la cual se desprende la Subdirección de Atención Hospitalaria, de la cual dependen los 53 hospitales del estado de Veracruz, entre ellos el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

No existen documentos relacionados con la estructura arquitectónica del edificio en los archivos de esta institución hospitalaria. Por tal motivo, se desconocen los datos de metros cuadrados de superficie, metros cuadrados de construcción, cantidades de herrerías, vidriería, plásticos y pintura utilizados en sus instalaciones, además de metros lineales de conductos de aire acondicionado, tuberías e instalaciones eléctricas. Se desconocen las características de la pintura en general y especificaciones técnicas de muchas de las instalaciones. Con el apoyo del software Google Earth se hicieron mediciones en fotografías satelitales del terreno sobre el que está construido el mismo. El inmueble cuenta con un frente de poco más de 57.3 metros lineales, su costado derecho, ubicado sobre la calle de Nicolás Bravo, mide 100 metros lineales; el costado izquierdo situado sobre la calle de Alfonso Güido, tiene 101.4 metros lineales y el fondo es de 55 metros lineales. Con base a esta información y tomando las máximas medidas obtenidas, tanto de frente como de fondo del terreno, se calculó una superficie de 5 mil 982 metros cuadrados aproximadamente.

El inmueble está constituido por dos edificios, comunicados por dos pasillos a manera de rampas. Uno de los edificios corresponde al área institucional y el otro al área de gobierno y área privada. Dentro del complejo se encuentra el estacionamiento de tres niveles. Debajo de esta estructura está situada la farmacia y su almacén, así como la zona de desechos. La sala de máquinas se ubica justo en el acceso que lleva a la coordinación de consulta externa y el archivo. Las instalaciones cuentan con cinco elevadores: dos para el área privada y área de gobierno, y tres para la zona institucional. En términos generales, esta es la información recuperada de los documentos existentes en los archivos del "Dr. Luis F. Nachón". Cabe mencionar que se hicieron consultas virtuales en las páginas de los Servicios de Salud de Veracruz y la Secretaría de Desarrollo Social a fin de obtener toda la información del edificio, con resultados negativos.

Servicios que ofrece el hospital

El hospital regional "Dr. Luís F. Nachón" cuenta con tres grandes áreas de servicio en beneficio de la población de responsabilidad. Estas áreas son Consulta Externa, Atención de Urgencias y Hospitalización.

El servicio de consulta externa, cuenta con 24 consultorios a disposición de los médicos que laboran en la institución para la atención de la población, está dividida en los siguientes rubros: pre-consulta general, Consulta de

especialidad, Consulta de Medicina Preventiva, Nutrición, Odontología y Psicología, tal y como queda demostrado en la siguiente tabla.

Cuadro 1. Servicios otorgados por el Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, Ver. Diciembre 2010.

Consulta externa	Atención de urgencias	Hospitalización
• Pre-consulta general • Consulta de especialidad • Consulta de: Medicina Preventiva, Nutrición, Odontología y Psicología	• Urgencias adultos • Urgencias obstétricas • Urgencias pediátricas • Cuarto de choque • UDATHOS	• Cirugía y Traumatología • Ginecología y Obstetricia • Medicina interna • Pediatría • Unidad de Quemados • UCI • UCIN

En materia de Consulta de especialidad, la cual está conceptualizada como "la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios en las cuatro especialidades médicas básicas y todas las subespecialidades que de ellas se deriven", el hospital otorga los servicios en las áreas de Medicina interna, Pediatría , Ginecología y Cirugía.

En cuanto a la primera, están comprendidas las especialidades de Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Hematología, Neumología y Neurología. En el área de servicios de Pediatría están incluidas Cirugía Pediátrica, Neonatología y Pediatría General, en el servicio de Ginecología están comprendidas las especialidades de Ginecología y Obstetricia, en el servicio Cirugía General y las subespecialidades correspondientes, también consulta externa de Traumatología y Ortopedia y por último el servicio de Anestesiología **(Ver cuadro 2)**

Cuadro 2. Consulta externa de especialidades, otorgados por el Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, Ver. Diciembre 2010.

Medicina interna	Pediatría	Ginecología	Cirugía	Anestesiología
• Cardiología • Dermatología • Gastroenterología • Hematología • Neumología • Neurología	• Cirugía pediátrica • Neonatología • Pediatría general	• Ginecología • Obstetricia	• Cirugía Laparoscópica • Cirugía Plástica reconstructiva • Cirugía Bariátrica • Neurocirugía • Oftalmología • Otorrinolaringología • Proctología • Traumatología y ortopedia • Urología • Angiología	• Valoración • Preanestésica

Siguiendo con la descripción de Consulta Externa, cabe hacer mención que como parte de esta área de servicio también está incluida la atención de la población en cuanto a Medicina Preventiva que incluye Clínica de Tamiz Auditivo, Clínica de Climaterio y Pos menopausia, Clínica de Mujeres Vulnerables Nutrición, Odontología y Psicología, esta última con atención en Clínica del Adolescente y Psicología General.

El servicio de Urgencias, cuenta con cinco áreas específicas de atención divididas de la siguiente manera:

Área de clasificación (TRIAGE) 3 consultorios:

- Atención de paciente pediátrico.
- Atención de paciente adulto.
- Atención de paciente obstétrica.

Área de atención de paciente crítico o cuarto de choque.

Con capacidad para atención de dos pacientes graves de manera simultánea.

- UDATHOS (Unidad Docente Asistencial de Terapia de Hidratación Oral y Saneamiento) Con capacidad para atención de dos pacientes de manera simultánea.
- Área de observación y tratamiento de paciente pediátrico.

Con capacidad para atención de ocho pacientes.

- Área de observación y tratamiento e paciente adulto.

Estas áreas cuentan con equipamiento para brindar soporte vital avanzado como 3 carros rojos equipados al 100% distribuidos en cuarto de choque, observación pediátrica y observación adultos, un ventilador volumétrico para paciente pediátrico, un ventilador volumétrico para paciente adulto, dos monitores desfibriladores ubicados en cuarto choque y observación adultos, un oxígeno de pulso, un monitor de signos vitales ubicado en cuarto de choque.

Desde la perspectiva contextual el otorgar el servicio eficiente y de calidad de urgencias es necesario la implementación de los procedimientos que comprenden el *Triage* de carácter obligatorio para el personal de salud del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Luis F. Nachón cuando la demanda de pacientes supere la capacidad instalada del servicio.

La priorización del paciente comprende tres niveles organizados de mayor a menor complejidad:

Prioridad I. Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o pone en riesgo de pérdida un órgano o extremidad, si no recibe atención inmediata. Incluye a pacientes con dolor intenso. Aplicar el *ABC* de la reanimación.

Prioridad II. Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa riesgo de inestabilidad o complicación.

Prioridad III. Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema no representa riesgo de inestabilidad o complicación.

Por lo tanto un sistema de clasificación (triage) en el servicio de urgencias se debe contemplar en tres niveles de complejidad:

- Estandarización del proceso.
- Una guía de evaluación del paciente basada en signos y síntomas.
- Un formato de *Triage* de fácil aplicación.

Servicio de Hospitalización

El Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón" cuenta con 181 camas, de las cuales son 127 camas de tipo censables; las cuales son camas de servicio, instaladas en las áreas de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; contando con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación y diagnóstico , cuidado o tratamiento; tales camas divididas en los servicios de:

- Ginecología y Obstetricia con 27 camas en las áreas de:

- Hospitalización de Ginecología y Obstetricia general

- Pediatría cuenta con 23 camas divididas en los servicios de:

- Medicina pediátrica
- Cirugía pediátrica

- Cirugía, departamento que le corresponden 26 camas divididas en:

- Cirugía General 17
- Traumatología y ortopedia 9

- Unidad de quemados con 14 camas.

- Medicina interna, servicio que cuenta con 21 camas.

- Área Privada con 16 camas.

Esta institución a su vez cuenta con 54 Camas no censables, aquellas que se destinan a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos, también es denominada cama de transito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen:

- Urgencias con 20 camas de tipo No Censables distribuidas de la siguiente manera:

- UDATHOS 2
- Observación de pacientes adultos 8
- Cuarto de Atención Critico 2
- Observación de paciente pediátricos 8

- Ginecología y Obstetricia en el área Tococirugía con 11 camas :

- Trabajo de parto 5
- Recuperación postparto 6

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con 9 camas-cuna.

- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con 4 camas

- Cirugía con 10 camas que corresponden :

- Cirugía ambulatoria 4
- Recuperación postquirúrgica 6.

Auxiliar de diagnóstico y tratamiento

- Para el apoyo del diagnostico integral , dentro de esta unidad hospitalaria se cuenta con el Departamento de Anatomía patológica, Medicina Transfusional , Hemodinamia, Imagenología para los cuales se cuenta con dos salas de rayos X , dos unidades de ultrasonografía, Tomógrafo Axial Computarizado; además unidades de electrocardiografía y tococardiógrafia ; Servicio de Laboratorio Clínico que se conforma de cinco peines correspondientes en esta área; además los departamentos de Medicina Preventiva , Psicología ,Trabajo Social , Nutrición, Anestesiología, Centro de Atención a mujeres embarazadas en situación vulnerable, Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), Unidad de Hemodiálisis.

Otros servicios.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), propuso la creación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), como parte de una estrategia para proporcionar atención médica ambulatoria, a los pacientes con este tipo de padecimientos. Así como la prevención, detección y promoción de la salud para las personas que presentan factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

En el hospital, el CAPASITS, tiene como misión proporcionar atención médica integral especializada, de calidad, con criterios de igualdad y respeto; sin discriminación ni estigmatización, tendiente a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual en la población no derechohabiente y grupos vulnerables.

Otro servicio que ofrece el hospital y que es de suma importancia para la institución, es el que se encuentra a cargo del Departamento de Enseñanza, Capacitación e Investigación, función que se encuentra enmarcada en la filosofía institucional, que remarca la importancia de la formación de recursos humanos para la salud; actualizando los ya formados y capacitando al personal, que permita ofrecer una atención integral y eficiente a la creciente población.

En este sentido, el Hospital "Dr. Luís F. Nachón" cumple de manera eficiente con esta función, abriendo sus puertas a:

– Becarios: Internado de pregrado, residencias médicas y servicio social, estos últimos en las carreras de:

- Químico clínico
- Químico fármaco-biólogo
- Psicología
- Nutrición
- Técnico radiólogo
- Ingeniería Mecánica Eléctrica

– Campos clínico: de pregrado y maestría

– Centro estatal de capacitación

- Estimulación temprana
- Manejo integral de la embarazada y del recién nacido
- Salud integral del adolescente
- Salud integral del adulto y adulto mayor
- Salud integral de la infancia

El hospital tiene como población de responsabilidad a casi un millón de personas en el estado, compartiendo los pacientes referidos con cuatro hospitales de especialidad en la ciudad.

Con el fin de poder proporcionar los servicios, la unidad hospitalaria cuenta con una plantilla de 924 trabajadores, integrada de la siguiente manera por número de contratación:

Tabla 1. Total de personal en plantilla por tipo de contratación Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver.

TIPO DE CONTRATACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Base	436	47.2
Homologados	260	28.1
Contrato	106	11.5
Suplente fijos	122	13.2
Total	924*	100

**No se incluye personal suplentes rotatorios fijos. Suplentes fijos 34. Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón". Departamento de recursos humanos. Plantilla de personal.*

Ambiente

Filosofía institucional

Misión: somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud.

Visión: ser un hospital certificado que proporciones seguridad a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, reconocidos a nivel nacional, con sentido humano y ética, que brinden una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimientos.

Valores: Actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo y sentido de pertenencia y lealtad por parte de los trabajadores.

Objetivo general de la institución

Como parte del Sistema Estatal de Salud, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último.

Objetivos específicos de la institución

1. Cubrir al 100% los requisitos del Sistema Integral para la Calidad de los servicios de salud en la atención brindada a los usuarios.
2. Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal.
3. Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital.
4. Ampliar o actualizar los conocimientos del personal y favorecer su desarrollo humano.
5. Difundir y operar programas prioritarios de salud y académicos, dentro y fuera de la institución, como parte del Sistema Estatal de Salud.
6. Participar en la formación de recursos humanos para la salud.

Políticas del Hospital "Dr. Luís F. Nachón"

1. En el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", los pacientes y sus familiares son lo más importante para todos los trabajadores.
2. El hospital reconoce a su personal como el recurso más valioso de la organización, fomentando su desarrollo y crecimiento profesional, así como su satisfacción en el trabajo.
3. Para los trabajadores es obligatorio llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando el trato humano y profesional a cada paciente.
4. En el hospital se participa activamente en la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud.
5. En el hospital se apoya e impulsa la participación y el desarrollo de líneas de investigación, clínica y socio - médica, para la generación del conocimiento, hace más eficiente el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, manteniendo la calidad de atención al paciente
6. El personal de salud debe realizar todas sus actividades para resolver la problemática de los usuarios de manera efectiva y eficaz.
7. Los trabajadores deben conocer, tener conciencia y cumplir: el reglamento, la filosofía institucional, los objetivos y las políticas del hospital y de SESVER
8. Los integrantes del cuerpo clínico del hospital deben contar con la certificación vigente por el consejo o colegio correspondiente.
9. Sin excepción alguna, todos los trabajadores del hospital deben portar el gafete de identificación oficial y el uniforme de acuerdo al área.

10. Se hacen las gestiones necesarias para contar con el recurso humano calificado y el equipamiento tecnológico de punta.
11. Consolidarnos como hospital de referencia local y regional del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo a resolver la problemática de salud de la población.
12. El hospital mantendrá y desarrollará su capacidad resolutiva en áreas con experiencias exitosas, tales como:

- Patologías cardiovasculares, especialmente área de hemodinamia.
- Tratamiento ambulatorio de insuficiencia renal crónica
- Detección y manejo del embarazo de alto riesgo
- Tratamiento y control de enfermedades crónico-degenerativas
- Manejo integral del recién nacido hasta su adolescencia
- Medicina transfusional.
- Mantener y establecer alianzas y convenios necesarios, gestionando la utilización de los rendimientos del área privada, para coadyuvar a lograr la suficiencia económica, manteniendo la uniformidad en la calidad de la atención.

El hospital atiende con calidad a toda la población que demanda servicio, con énfasis en la de menor recurso económico.

En este sentido, existe una política dirigida a la calidad en la que se comprometen a implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares, lo que permite tener un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a un nivel de clase mundial.

Donde, la dirección general está comprometida a poner a disposición del Sistema de Gestión de Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento, fomentar, en todos los trabajadores, la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo, que todo el personal conozca, cumpla y mantenga lo que establece el Sistema de Gestión de Calidad, establecer objetivos coherentes con esta política, por parte de las distintas jefaturas y tomar como referente el Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, centrado en el usuario y basado en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales

Usuarios

Población de responsabilidad

Los usuarios que asisten a los servicios de consulta externa y urgencias, son referidos principalmente de acuerdo al área de responsabilidad de 46 municipios abarcados por las siguientes jurisdicciones:

Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre, Veracruz

Jurisdicción Sanitaria No. V , Xalapa, Veracruz

De acuerdo al sistema de referencia y contra - referencia ,las unidades de primer nivel realizan el envío de pacientes , de manera sistematizada y de acuerdo a la necesidad de atención de segundo nivel, que se otorga en este hospital, por lo que, de acuerdo a datos del documento de Regionalización Operativa de Servicios de Salud de las Jurisdicciones Sanitarias Numero IV y V, las unidades que directamente influyen son:

Tabla 2. Unidades médicas de consulta externa de las jurisdicciones sanitarias de Martínez de la Torre y Xalapa, Veracruz. Diciembre 2010.

Jurisdicción Sanitaria	**Unidades de SESVER**	**Unidades de IMSS Oportunidades**	**Total**
Jurisdicción sanitaria Martínez de la Torre (No. IV)	55*	0	55
Jur isdicción sanitaria de Xalapa (No. V)	118*	45**	163
Total	173	45	218

**Fuente: Doc. Planeación y Desarrollo JSIV*
***Fuente: ERO JSV*

Así también la institución presta servicios de atención médica y hospitalaria, a centros de salud con hospitalización, hospitales integrales, generales y regionales, que se encuentras en el área de responsabilidad:

Tabla 3. Número de Unidades de Segundo Nivel de Atención pertenecientes a las Jurisdicciones Sanitarias de Martínez de la Torre y Xalapa, Veracruz. Diciembre 2010.

La población total del área de responsabilidad que corresponde a estas

Jurisdicciones se muestra a continuación:

Jurisdicción Sanitaria	Frecuencia de unidades de segundo nivel de atención
Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre (No. IV)	3
Jurisdicción Sanitaria de Xalapa (N0.5)	5

**Fuente: Doc. Servicios de Salud, Dirección de Planeación y Desarrollo JSNIV & JSNV*

Dichos hospitales son:

Del área de la Jurisdicción Sanitaria No. IV de Martínez de la Torre:

- Hospital de Martínez de la Torre.
- Hospital de Misantla.
- Hospital de Tlapacoyan.

Las unidades correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa:

- Hospital de Coatepec.
- Hospital de Teocelo.
- Hospital de Perote.
- Hospital de Altotonga.
- Hospital de Naolinco.

Es necesario agregar que se comparte referencia con unidades del mismo nivel de resolución y/o de Especialidad como lo son el Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz, Centro Estatal de Cancerología y Clínica de Salud Mental.

Tabla 4. Población de responsabilidad de las jurisdicciones Sanitarias de Martínez de la Torre y Xalapa, Veracruz. Diciembre 2010.

Jurisdicción Sanitaria	**Población de responsabilidad***
Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre (No. IV)	464,720
Jurisdicción Sanitaria de Xalapa (No. V)	1,032,775
Total	1,497,495

**Fuente: Doc. Servicios de Salud, Dirección de Planeación y Desarrollo JSNV & JSNIV*

A continuación se enlista el número de población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social, los cuales son ciudadanos con derecho de atención médica de calidad y calidez

Tabla 5. Población no derechohabiente de las jurisdicciones Sanitarias de Martínez de la Torre y Xalapa, Veracruz. Diciembre 2010.

Jurisdicción Sanitaria	**Población no Derechohabiente***
Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre (No. IV)	301,323
Jurisdicción Sanitaria de Xalapa (No. V)	598,900
Total	900, 223

**Fuente: Doc. Servicios de Salud, Dirección de Planeación y Desarrollo JSNV & JSNIV*

Es de interés comentar, que se otorga procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento y servicios de salud a familias afiliadas al Programa Seguro Popular, que implementó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, para proteger a todas aquellas familias que no contaban con algún tipo de protección por parte de algún sistema de salud y que forman parte de la población a las que se le otorga la atención ya comentada, por lo que se muestran cifras del número de familias afiliadas al régimen de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática:

Tabla 6. Número de familias afiliadas al seguro popular, de las jurisdicciones Sanitarias de Martínez de la Torre y Xalapa, Veracruz. Diciembre 2010.

Jurisdicción Sanitaria	**Número de familias afiliadas**
Jurisdicción Sanitaria de Martínez de la Torre (No. IV)	32, 236
Jurisdicción Sanitaria de Xalapa (No. V)	70, 799
Total	100,3035

**Fuente: INEGI 2008*

Marco geográfico político.

El Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" se encuentra ubicado en la calle de Pedro Rendón entre las calles de Nicolás Bravo y Alfonso Guido, dos de sus principales vías de comunicación en pleno centro de la ciudad de Xalapa. Este es un hospital de segundo nivel de atención que es un referente de atención para todas aquellas personas que viven o laboran en el primer cuadro de la ciudad.

Cerca del hospital civil, se encuentra a unos 280 metros de distancia el Palacio de Gobierno de Veracruz y a unos 320 metros la Catedral Metropolitana, misma que colinda con la Plaza Lerdo. Sobre la calle de Nicolás Bravo se encuentran las oficinas de la Dirección General

de Readaptación Social del Gobierno del Estado de Veracruz. A unos 450 metros de distancia y frente al Parque Juárez, se localiza el Palacio Municipal de Xalapa. En la calle de Clavijero, están ubicadas las instalaciones de la Cruz Roja Mexicana, delegación Xalapa.

Estos puntos de referencia, son el marco de continuas manifestaciones y actividades político-sociales. De acuerdo a datos publicados por Política en línea, en su edición del 25 de noviembre del 2010, hasta ese día, habían sido contabilizadas poco más de 300 manifestaciones y plantones en las inmediaciones de los Palacios de Gobierno y Municipal en este mismo año. Muchas de estas manifestaciones han tenido que ver con problemas campesinos y cuestiones laborales de instituciones gubernamentales.

En agosto del 2009, la actividad del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón se vio vulnerada a consecuencia de la situación de emergencia médica para atender a Ramiro Guillén Tapia, dirigente del Comité Regional Pro Defensa de los Derechos Humanos del sur de Veracruz se prendió fuego en la Plaza Sebastián Lerdo de Tejada. El problema surgió no por la atención médica sino por la gran cantidad de personas entre representantes de medios de comunicación y miembros de la organización que encabezaba el dirigente campesino, quienes intentaron ingresar a la sede hospitalaria.

Sobre las avenidas Ávila Camacho y Enríquez, se llevan a cabo desfiles cívicos y militares que han llegado a concentrar a más de 17 mil personas participantes por evento. De acuerdo a la Dirección de Acción Social del Gobierno del Estado de Veracruz, este número comprende aquellas personas que desfilan como espectadores. Cabe hacer mención que al año se llevan a cabo cuatro desfiles conmemorativos: Día del Trabajo, Cinco de Mayo, 16 de Septiembre y 20 de Noviembre. Los desfiles dan inicio en la Plaza Tecajete y culminan en el Palacio de Gobierno. El quince de septiembre en la ceremonia del grito de independencia se llegan a concentrar de 15 mil a 18 mil personas en las plazas públicas y calles frente al Palacio de Gobierno. En todos estos eventos, son situados puestos de socorro de los Servicios de Salud y de la Cruz Roja. 1.

MARCO CONCEPTUAL

Obstetricia, es definida como "la disciplina que se relaciona con la reproducción de una nación, porque se ocupa de todos los factores fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociales que influyen profundamente tanto en la cantidad como en la calidad de las nuevas generaciones de ciudadanos"(2), la acepción más comúnmente utilizada es como la parte de la medicina que se ocupa de la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anómalas.

Los cuidados perinatales, que incluyen tanto la vigilancia prenatal y como la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos.

Los cuidados perinatales tienen como objetivo que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos, e incluyen tanto la vigilancia prenatal como la asistencia intra parto.

La calidad y la eficiencia en este servicio de cuidados perinatales, preocupación de cualquier institución y hospital, por lo cual haciendo una correcta evaluación se pueden identificar los cuidados sanitarios y estratégicas diagnósticas y terapéuticas más ideales, así como también las deficiencias y limitaciones.

Complicaciones en obstetricia.

Se define como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer y/o de su producto durante el embarazo, parto o puerperio, y/o que origine secuelas graves e incluso la muerte (3).

3 Fabre González E. Mortalidad perinatal. Encycl Méd Chir 1997; 5110(A):15.

Muerte Materna

Una muerte materna o llamada también muerte obstétrica, es la muerte de una mujer, debida a cualquier causa, mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (4).

Se clasifican en:

Muerte obstétrica directa es la muerte materna debida a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de los anteriores como pueden ser hemorragia, preeclampsia-eclampsia, infección, anestesia, etc.(5)

Muerte obstétrica indirecta es la muerte materna resultante de una enfermedad preexistente o que se desarrolla durante el embarazo no debida a causas obstétricas directas pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo (5).

5 . Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). New York (US): Parthenon Publishing Group; 1994. p: 337-345, 403-419

Complicaciones más frecuentes en Obstetricia

Del latín partus, el parto "normal" es el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales, con un embarazo mayor de 20 semanas y un producto de 500 g o más 22. Así, representa el evento obstétrico donde los fenómenos locales activos y pasivos, los cambios anatómicos de los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto y anexos ovulares y la pérdida sanguínea ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración aceptadas como naturales, sin interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica.

En estas condiciones, el parto comprende tres períodos clínicos:

a. primer periodo o dilatación, que va desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación cervical completa.
b. segundo periodo o expulsión, que concluye con la salida del feto.
c. tercer período o alumbramiento, que finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

Funcionalmente, el trabajo de parto tiene tres fases, que permiten evaluar la evolución del parto:

1. fase preparatoria o de latencia: que comprende desde que se inicia la actividad uterina regular, hasta que el cérvix tiene 3-4 cm de dilatación y completamente borrado.
2. fase activa, que se subdivide en: fase de aceleración inicial, fase de máxima aceleración y fase de desaceleración, que termina en la dilatación completa,
3. fase pélvica, que se corresponde con el periodo expulsivo.

En la actualidad se manejan cinco padecimientos de mayor importancia para la salud de la mujer durante el periodo grávido puerperal:

a. Preeclampsia - Eclampsia
b. Hemorragia Obstétrica
c. Resolución del embarazo en pacientes con cesárea anterior
d. Parto pretérmino
e. Embarazo prolongado

a. Preeclampsia - Eclampsia

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado como la primera causa de morbilidad materna y perinatal en el mundo a la preeclampsia-eclampsia por lo que continúa siendo un problema de salud pública importante en casi todos los países. En México se sospecha la ocurrencia de más de 30 mil casos anuales de dicha complicación y puede comprometer su vida en caso de no ser tratada (6).

La eclampsia se caracteriza por la aparición de hipertensión, proteinuria, edema repentino y, en casos graves, convulsiones o coma .Este cuadro clínico se hace evidente, por lo general, después de la semana 28 de gestación (7).

La hipertensión se considera una presión diastólica igual o superior a 90 mmHg y/o presión sistólica igual o superior a 140 mmHg, o un incremento de los valores basales por lo menos de 15 mmHg en la presión sistólica o 30 mmHg en la presión diastólica, por lo menos 2 veces en 6 horas o más separadamente de acuerdo a la clasificación del American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la hipertensión es la condición sine qua non de la preeclampsia.

La proteinuria es un signo de enfermedad hipertensiva en fase de empeoramiento y cuando es evidente y persiste, el riesgo para el feto es mayor. Una vez que

la embarazada ha traspasado la fase preclínica de la preeclampsia y ya presenta los signos habituales del síndrome preeclámptico, resulta imprescindible estimar el grado de avance de la enfermedad para otorgar una terapéutica apropiada y tratar de estimar el pronóstico. Según estudios de la Universidad de California, la vía final común del proceso fisiopatológico de la preeclampsia es la disfunción endotelial, con el consecuente daño del endotelio vascular uterino y la liberación de sustancias vasoactivas, situación que puede desencadenar una reacción inmunológica del sistema circulatorio de la madre que deriva en un aumento de la presión arterial y en las lesiones vasculares que se observan en la preeclampsia (8).

La mayoría de las muertes maternas por este síndrome son debidas a complicaciones de la preeclampsia severa, tales como edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, hemorragia cerebral, coagulopatía de consumo, falla renal o ruptura hepática (9).

Lo que se puede concluir es que el hecho de que las mujeres lleven su control perinatal de manera temprana y puntual puede facilitar la identificación oportuna de los factores que pueden representar un riesgo de tal forma que facilite el diagnóstico precoz que permita reducir el impacto de la enfermedad, para lo cual es prioritario educar a la población al respecto.

b. Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica se encuentra entre las urgencias médicas más letales. Se define como la variación de 10% o más en el hematocrito entre el ingreso y el puerperio, con la necesidad de hemotransfusión. La incidencia de la hemorragia postparto se estima 3.9% para el parto y 6.4% en la cesárea. Por el sitio anatómico de origen, pueden ser uterinas y no uterinas. Las primeras producen más del 90% de los casos y son más graves que las causas no uterinas. Según el momento de aparición pueden ser tempranas o tardías. Las tempranas aparecen con menos de 24 horas del alumbramiento, representan el 90% de los casos y las causas son la atonía uterina, retención de fragmentos placentarios, desgarros del tracto genital bajo, ruptura uterina, placenta acreta y coagulopatías hereditarias. La hemorragia tardía se presenta entre 24 horas y 6 semanas después del alumbramiento. A esta variedad corresponden el 10% de los casos y puede ser causada por infección, subinvolución del sitio placentario, retención de restos placentarios y coagulopatías adquiridas y Hereditarias (10).

La Norma Oficial Mexicana para el manejo del embarazo, parto y puerperio señala que "debe monitorizarse a la paciente durante las primeras 2 horas postparto cada 30 minutos, observando signos vitales, involución uterina y hemorragia transvaginal, y posteriormente cada 8 hrs por 24 hrs". La falta de seguimiento de estos lineamientos propicia el agravamiento del estado clínico por dilación en el diagnóstico y el manejo, llevando a las pacientes hasta la fase secundaria del choque hipovolémico, en el que son difícilmente recuperables. 10

10 ACOG; American College of Obstetrician and Gynaecologist, 1991.

c. Cesárea Anterior

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea.

Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado (11).

Existen varias razones para explicar este aumento. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales y presión de la paciente por un parto programado.

Aunque por un lado la operación cesárea a contribuido a una disminución de la mortalidad perinatal y otra complicaciones obstétricas y neonatales , también ha reflejado una mayor morbilidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembolias, agregando un costo de recuperación y un costo mucho mayor al del parto vaginal, por lo cual se considera que solo debe realizarse en los casos que realmente las indicaciones lo ameriten de manera clara y a continuación se mencionan:

1. Cesárea anterior
2. Sufrimiento fetal agudo
3. Desproporción céfalo pélvica
4. Distocia de presentación.

La ACOG junto con la escuela mexicana de ginecología y obstetricia recomiendan el permitir una prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa si los hospitales cuentan con los medios, servicios y personal

apropiados para realizar una cesárea con prontitud y que cumplan los siguientes requisitos:

1) Ausencia de desproporción cefalopélvica
2) presentación cefálica
3) cesárea anterior segmentaria con un periodo intergenésico de dos años o más.

Está contraindicado realizar la prueba de parto en pacientes con embarazo múltiple, cicatriz uterina corporal o cesárea previa antes de las 32 semanas, antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino que se haya complicado con perforación (legrado, histeroscopía). Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino. No debe aplicarse fórceps profiláctico si el expulsivo es rápido y expedito, aunque el antecedente de cicatríz uterina previa es una indicación aceptada de fórceps profiláctico (9)

d. Trabajo de Parto Pretérmino

Se define como trabajo de parto pretérmino (TPP) el trabajo de parto que se presenta antes de la semana 37 de gestación (259 días considerando desde el primer día de la última menstruación ó 245 días después de la concepción) (12).

La etiología del parto pretérmino puede agruparse en 4 grandes categorías:

1. Complicaciones del embarazo: (Infecciones maternas (infección de vías urinarias, sangrado uterino, embarazo múltiple, hidramnios, anormalidades uterinas, cérvix incompetente, enfermedades médicas maternas, ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías fetales genéticas).
2. Factores epidemiológicos: (Edad materna: extremos de la vida reproductiva, intervalo gestacional corto, talla y peso bajos, estado socioeconómico bajo, raza negra, control prenatal deficiente, tabaquismo positivo, factores psicológicos, relaciones sexuales, historia obstétrica previa, embarazo no deseado.
3. Factores iatrogénicos.
4. Causas desconocida, que engloba entre el 60 y 70% de los casos.

Según la ACOG, la detección temprana del trabajo de parto de pretérmino es lo deseable para un manejo eficaz. Varios estudios han intentado identificar marcadores clínicos y bioquímicos del trabajo de parto y parto de pretérmino asociados con pobres valores predictivos en forma general (9)

El objetivo básico de la predicción del parto de pretérmino es el de disponer de una intervención para mejorar el resultado perinatal. Los síntomas con frecuencia son tan vagos, que pueden ser ignorados por la paciente y el médico. Una vez que el trabajo de parto se ha establecido, la utilización de agentes específicos raramente es efectiva para detenerlo. Entre las estrategias más utilizadas por su efectividad clínica se encuentran las siguientes:

1. Sistema para valoración de Riesgo Clínico
2. Valoración clínica del cérvix
3. Monitoreo ambulatorio de la actividad uterina.
4. Vaginosis bacteriana.
5. Fibronectina fetal.
6. Ultrasonido transvaginal.
7. Ultrasonido transvaginal más fibronectina fetal.

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. (13)

Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

Definición

Fuente: Manual de Atención Embarazo saludable, parto y El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres períodos: dilatación, expulsión y alumbramiento

Clasificación

El parto, en función a la edad gestacional del feto, se clasifica en:

- Partopretérmino:expulsióndelfeto fueradelorganismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 22 y menos de 37 semanas.
- Parto a término: expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 37

y menos de 42 semanas.
- Parto postérmino: expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional de 42 semanas o más.

Atención del parto normal

Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos.

- A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma.
- Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;
- No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;
- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto.

En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

- Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;
- El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;
- La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer

El control del trabajo de parto normal debe incluir

- La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;
- La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;
- El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;
- Mantener la hidratación adecuada de la paciente;
- El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto
- Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión. Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta
- Evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo.
- Comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas,
- Revisar el conducto vaginal, v erificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.
- Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.
- Los datos correspondientes al resultado del parto deben s er consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

a. Tipo de parto;
   Fecha y hora del nacimiento;
b. Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud,
c. perímetro cefálico
d. Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas
e. Inicio de alimentación a seno materno;
f. En su caso, método de planificación familiar posparto elegido

Atención competente del parto

Toda mujer tiene cierta probabilidad de sufrir algún daño en su salud durante cada gestación, y existe insuficiencia de profesionales de la salud que puedan atender a los dos y medio millones de mujeres mexicanas que se embarazan cada año.

Las complicaciones son difíciles de prever y requieren de un obstetra competente capaz de manejarlas apropiadamente y referir a las madres a los centros de salud y hospitales si se requiere atención especializada.

La OMS define como obstetra competente a parteras, enfermeras, enfermeras/parteras y médicos que han completado su curso de obstetricia y están registrados o legalmente licenciados para practicarla; no incluye a las comadronas (parteras empíricas). Para disponer de obstetras competentes en todos los partos se necesita organizar programas permanentes de adiestramiento, supervisión y expansión (14)

Para fortalecer la cobertura y la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio en México, se ha diseñado una red de atención, compuesta por los servicios de salud y los servicios de apoyo social. Esta red tiene como objetivo la regionalización de los servicios, e incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo a personal no profesional, pero capacitado como parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles. Su función no es sustituir al personal de salud profesional, sino detectar los embarazos de riesgo, y referirlos a unidades de salud donde profesionales de la salud descarten o corroboren el riesgo obstétrico (14)

MARCO JURÍDICO DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO

En nuestro país, la atención médica es una actividad profesional fuertemente regulada, pues la doctrina jurídica la considera como depositaria de los "bienes" de mayor jerarquía que el Estado mexicano tutela: la salud y la vida.

Estos elementos normativos se encuentran definidos en la Ley Federal de Profesiones78, en la Ley General de Salud79, en el Reglamento de Atención Médica80, en la Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido 66, y en el caso de los profesionales de la salud que prestan servicios en instituciones dependientes del Gobierno Mexicano, en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos 15.

15. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002.

Los requisitos de los profesionales de la salud para la práctica de la obstetricia son:

- Título de médico cirujano o enfermera obstetra.
- Cédula profesional, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, o la Autoridad Educativa Local.
- Si los estudios se realizaron en el extranjero, revalidación por la Secretaría de Educación Pública, o la autoridad educativa local.

Los establecimientos que prestan servicios de atención obstétrica, se encuentran regulados por la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Los establecimientos prestadores de servicios de salud facultados previamente por autorización de la Secretaría de Salud, serán las unidades de primer nivel con hospitalización, además de los hospitales generales, los hospitales de especialidades e institutos, públicos, privados o sociales.

En la práctica obstétrica, será el responsable del establecimiento quien supervise la aplicación de la normatividad relacionada a la práctica de la obstetricia. Sólo podrá aplicarse con la participación del personal de salud competente y con el equipamiento mínimo indispensable.

Los establecimientos prestadores de servicios de salud en donde se realiza la práctica obstétrica, deberán contar con el equipo mínimo obligatorio para la práctica en condiciones razonables de seguridad.

Todo el equipo médico deberá estar sujeto a mantenimiento preventivo, correctivo y sustituido de acuerdo a los estándares obligatorios.13

13. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de

hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000

Responsabilidades de los prestadores de atención obstétrica

- Determinar el estado de salud y el índice de riesgo obstétrico de la paciente y valorar el requerimiento de otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados obstétricos.
- Comunicar a la paciente, representante legal o familiar más cercano el plan propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento.
- Obtener la carta de consentimiento bajo información.
- Indicar claramente la prescripción apropiada.
- Identificar a la paciente en la sala de labor y quirófano, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar a la paciente durante todo su internamiento, con especial atención al trabajo de parto, de acuerdo con lo establecido en la NOM-007-199331
- Proporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.
- Realizar los procedimientos quirúrgicos con el personal y equipo médico necesarios.
- Conducir personalmente la resolución del embarazo y permanecer en la sala de expulsión durante todo el procedimiento.
- Registrar completamente el proceso en el expediente, llenando adecuadamente el partograma como lo marca la norma y las necesidades específicas de cada paciente.
- Evaluar y verificar durante todo el trabajo de parto, ya que es un proceso dinámico.
- El obstetra se apoyará preferentemente con médicos especialistas para solucionar contingencias que se presenten durante la resolución del embarazo.
- En caso de relevo, el personal de salud deberá entregar a la paciente con el expediente donde se anoten detalladamente sus condiciones clínicas, y preferentemente, concluir todos los procedimientos que él mismo haya iniciado.

Atención obstétrica por personal no profesionalizado

En 2001, para la certificación de las parteras empíricas que atienden aproximadamente uno de cada diez nacimientos en México, la Secretaría de Salud, a través del programa "Arranque parejo en la vida" ,estableció coordinación con el IMSS, el IMSS-Solidaridad y el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER), para la elaboración de una Norma de Competencia Laboral para Parteras.

Este podría ser el primer paso para regular jurídicamente la actividad de estas prestadoras de servicios no profesionalizadas.

16 . Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1° de septiembre de 2002.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un Diagnostico de la Situación de la Salud de la Población Usuaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", con respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco - cirugía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir características socio-demográficas de la población usuaria, que acude a resolución obstétrica (parto, cesárea, aborto).
2. Describir el perfil de morbilidad materna en mujeres asistentes para la atención obstétrica.
3. Establecer según su inclusión en el sistema de atención de los SESVER si todos los partos atendidos corresponden a un segundo Nivel de Atención.
4. Caracterizar los criterios de referencia y contra - referencia que operan desde las unidades de atención periférica.
5. Identificar los motivos principales por los cuales las pacientes sin referencia intrahospitalaria asisten o buscan la atención obstétrica resolutiva en el hospital.

METODOLOGÍA

Se desarrollará un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

La unidad de análisis de este estudio es la mujer puérpera que haya acudido a solicitar la atención obstétrica y que integraran el grupo de estudio. La información será recolectada de fuentes primarias y secundarias. La fuente primaria será una cédula aplicada por los investigadores. La fuente secundaria son documentos hospitalarios (hojas de egreso hospitalario, sistema automatizado de egresos hospitalarios).

La selección de participantes se realizará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que son los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que hayan tenido la atención del evento obstétrico en la unidad hospitalaria.
- Mujeres que se encuentren hospitalizadas en el piso de Gineco-obstetricia.
- Mujeres que den consentimiento informado para su participación en el estudio.
- Mujeres cuyas condiciones de salud física y mental hagan posible la aplicación de la cédula.
- Mujeres en período de recuperación de la atención de cualquier tipo de evento obstétrico, parto, cesárea o aborto.
- Mujeres de cualquier edad y estado civil.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con complicaciones severas de salud física o mental.
- Mujeres en recuperación de la atención obstétrica que se encuentren en otras áreas hospitalarias como toco - cirugía y/o unidad de cuidados intensivos.
- Mujeres que hayan llegado referidas de otras unidades o de la comunidad después de ocurrido el evento obstétrico.

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo son las mujeres que acuden para la atención del evento obstétrico al Hospital Dr. Luis F. Sin embargo, debido al volumen de nacimientos anuales en la unidad y en consideración a las limitaciones en la disponibilidad de los recursos humanos y de tiempo para la realización del estudio se ha decidido trabajar con una muestra.

El tamaño de muestra será definido a conveniencia y no en forma aleatoria. El levantamiento de cédulas se realizará a lo largo del período de Octubre a Diciembre del 2011. La unidad será visitada los días lunes, miércoles y viernes para la recolección de datos. Todas las pacientes que cubran los criterios de inclusión y no presenten criterios de exclusión serán incluidas en el estudio.

DEFINICION DE VARIABLES

Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años con los que cuenta una persona transcurridos del nacimiento al momento de la entrevista	Ordinal
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación en la que se encuentra la relación de la persona con respecto a su pareja	Nominal
Referencia hospitalaria	Envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud	Mujeres embarazadas que acuden al Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" con hoja de referencia expedida por alguna Institución de 1er. Nivel para la atención	Nominal
Lugar de residencia	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Lugar geográfico en el que se encuentra la vivienda que habita la encuestada	
Num. de embarazos	Cantidad de embarazos experimentados por una mujer	Cantidad de embarazos que ha tenido la encuestada a lo largo de su vida	Ordinal
Número de partos vaginales versus cesareas previas.	Naciemiento por parto vaginal después de una cesárea.	Naciento por parto vaginal despúes de una cesárea.	
Alfabetismo	Es la capacidad para leer y escribir un párrafo sencillo en un idioma cualquiera	Capacidad de leer y escribir de la encuestada	Nominal
Nivel educativo alcanzado	Es el año más alto de estudios aprobados dentro del nivel de educación mas avanzado que ha cursado en el sistema regular de enseñanza del país.	Año de estudios más alto completado por la encuestada	Nominal
Ocupación	Empleo u oficio	Actividad desarrollada por la persona, independientemente de si cuenta con remuneración economica o no.	Nominal
Control prenatal			
Lugar en donde se realizo control prenatal	Espacio donde acueden al control prenatal.	Cualquier centro de salud, hospital o consulta particular donde a checarse durante su embarazo.	Nominal
Tipo Parto	Salida del feto del cuerpo materno dando por finalizado el embarazo Parto vaginal espontáneo**En el parto natura**l, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. **Parto vaginal con fórceps**Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles. **Parto abdominal** Recién nacido mostrado a su madre después de un parto por cesárea.Artículo principal: Cesárea Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea.[4] No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal	Tipo de parto vaginal o abdominal	Nominal

Abortos	El aborto es la **interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo**, cuando éste todavía no haya llegado a las veinte semanas. Una vez pasado ese tiempo, la terminación del embarazo antes del parto se denomina **parto pretérmino**.	Si ha tenido abortos y número de abortos.	Nominal
Problemas de salud durante embarazo	Todos los embarazos implican algunos riesgos. Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años.	Si se presento algún problema de salud durante el embarazo, como desnutrición, anemia, presión alta o baja	Nominal
Enfermedad detectada durante embarazo	La **enfermedad** es un proceso y el *estatus* consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan *noxas* (del griego νόσος, *nósos*: «enfermedad», «afección de la salud, durante el embarazo.	Si se presentó alguna enfermedad como rubeola, infecciones en vías urinarias, diabétes, enfermedades de transmisión sexual.	Nominal
Enfermedad cronico degenerativas	Son enfermedades que desde su horizonte síntomatico y aparición plena de la enfermedad ocurren en más de seis meses, y su evolución suele acompañar al paciente el resto de su vida. En muchos de los casos estas enfermedades se acompañana de degeneración (daño) de los tejidos afectados con consiguiente deterioro organico funcional.	Si padece diabétes, hipertencón arterial, cirrosis hepática, los diferentes tipos de cáncer.	Nominal
Trabaja	**Ocupación que ejerce habitualmente una persona a cambio de un salario**		
Vivienda	Local construido, transformado o dispuesto para fines de alojamiento de personas, ya sea temporal o permanente.	Tenencia de vivienda	
Sevicios con los que cuenta	Servicios basicos con los que cuenta una vivienda	Servicios basicos con los que cuenta una vivienda	
Numero de habitaciones	Numero de habitaciones por los que esta constituida la vivienda.	Numero de cuartos con los que cuenta la vivienda.	ordinal
Desnutrición	Degeneración y debilitamiento del organismo por una nutrición insuficiente o inadecuada	Degeneración y debilitamiento del organismo por una nutrición insuficiente o inadecuada	ordinal
Anemia	Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina o del número de glóbulos rojos en la sangre	Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina o del número de glóbulos rojos en la sangre	ordinal
Hipertensión	Aumento excesivo de la tensión vascular o sanguínea	Aumento excesivo de la tensión vascular o sanguínea	
Hipotensión	Tensión o presión sanguínea por debajo de los niveles normales	Tensión o presión sanguínea por debajo de los niveles normales	ordinal
Embarazo de alto riesgo	Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar de morir o de padecer secuales antes o despes del parto.	Riesgo que presento la madre o el neonato de enfermar o morir durante el embarazo , duerante o despúes del parto.	ordinal

Consumo Alcohol	Líquido incoloro e inflamable, que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores	Consumo de alcohol durante el embarzo	ordinal
Consumo de Tabaco		Consumo de tabaco durante el embarazo	
Consumo de Drogas	Cualquier sustancia de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno y cuyo consumo reiterado puede provocar adicción o dependencia	Cualquier sustancia de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno y cuyo consumo reiterado puede provocar adicción o dependencia	ordinal
Numero de personas que habitan	Cantidad de personas que habitan esa vivienda	Cantidad de personas que habitan esa vivienda	
Riesgo de aborto	Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima semana de gestación y sugiere la probabilidad de que se presente un aborto espontáneo.	Si presentó algún padecimiento antes de la vigésima semana de gestación que sugirió la probabilidad de que se presentara un aborto espontáneo.	ordinal
Consumo de Acido folico	Compuesto importante para la correcta formacion de las celulas sanguineas.	Si durante el embarazo estuvo consumiendo Acido Folico	ordinal
Consumo de Hierro	Micromineral que interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo	Si durante el embarazo estuvo consumiendo Hierro	ordinal

RESULTADOS

Características Socio – Demográficas

Las 256 mujeres que fueron entrevistadas, se encontraron en un rango de edad de entre 15 y 48 años, siendo 19 años la edad más frecuente, así como la media obtenida fue de 25.5 años (Tabla 1-A). Con respecto al estado civil, vivir en unión libre fue lo más frecuente con un 70 % que representa a 180 mujeres, casadas que representan un 16.4% y soltera con un 13.3% (Tabla 2-A). De acuerdo al lugar de residencia, se observó que 122 mujeres entrevistadas que representan el 47.7 % residen en Xalapa, por lo tanto las 134 restantes que representan el 52.3 % residen en lugares distintos a la capital, entre ellos el municipio de Las Vigas, con 13 mujeres que representan el 5.1 %, Actopan que representa un 3.1%, Banderilla con un 2.7% (Tabla 4-A). En cuanto a la ocupación de las entrevistadas, 223 son amas de casa representando el 87.1%, empleadas que representan un 6.6%, y estudiantes que equivalen 4.3% (Tabla 5-A). De las encuestadas, 242 que representan el 94.5 % saben leer y escribir, de ésta población, el 19.1 % alcanzaron un nivel escolar de primaria completa, y el 19.5 % obtuvieron grado escolar de secundaria completa. (Tabla 6 - A)

Tabla 1-A. EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
15	4	1.6	1.6	1.6
16	11	4.3	4.3	5.9
17	11	4.3	4.3	10.2
18	9	3.5	3.5	13.7
19	26	10.2	10.2	23.8
20	14	5.5	5.5	29.3
21	12	4.7	4.7	34.0
22	14	5.5	5.5	39.5
23	16	6.3	6.3	45.7
24	14	5.5	5.5	51.2
25	14	5.5	5.5	56.6
26	12	4.7	4.7	61.3
27	11	4.3	4.3	65.6
28	7	2.7	2.7	68.4
29	9	3.5	3.5	71.9
30	13	5.1	5.1	77.0
31	9	3.5	3.5	80.5
32	8	3.1	3.1	83.6
33	6	2.3	2.3	85.9
34	7	2.7	2.7	88.7
35	2	.8	.8	89.5
36	6	2.3	2.3	91.8
37	4	1.6	1.6	93.4
38	1	.4	.4	93.8
39	2	.8	.8	94.5
40	4	1.6	1.6	96.1
41	4	1.6	1.6	97.7
42	2	.8	.8	98.4
43	2	.8	.8	99.2
44	1	.4	.4	99.6
48	1	.4	.4	100.0
Total	256	100.0	100.0	
N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
256	15	48	25.53	6.974

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2-A. ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltera	34	13.3	13.3	13.3
Casada	42	16.4	16.4	29.7
Unión libre	180	70.3	70.3	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 3-A. RESIDENCIA EN XALAPA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	122	47.7	47.7	47.7
NO	134	52.3	52.3	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 4-A. LOCALIDAD DE RESIDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Acajete	5	2.0	2.0	2.0
Actopan	8	3.1	3.1	5.1
Alto Lucero	2	.8	.8	5.9
Apazapan	2	.8	.8	6.6
Atzalan	1	.4	.4	7.0
Ayahualulco	1	.4	.4	7.4
Banderilla	7	2.7	2.7	10.2
Carrizal	3	1.2	1.2	11.3
Chiconquico	1	.4	.4	11.7
Chicuacen	1	.4	.4	12.1
Chiltoyac	1	.4	.4	12.5
Coatepec	6	2.3	2.3	14.8
Cosautlán	6	2.3	2.3	17.2
Cuatitila	1	.4	.4	17.6
El Castillo	4	1.6	1.6	19.1
El Chico	1	.4	.4	19.5
El Fresno	1	.4	.4	19.9
El Terrero	1	.4	.4	20.3
Emiliano Zapata	7	2.7	2.7	23.0
Estanzuela	3	1.2	1.2	24.2
Izhuacán de los Reyes	1	.4	.4	24.6
Juchique de Ferrer	2	.8	.8	25.4
La Joya	1	.4	.4	25.8
Las Vigas	13	5.1	5.1	30.9
Mahuiztlán	1	.4	.4	31.3
Meza de Guadalupe	2	.8	.8	32.0
Mihuatlán	1	.4	.4	32.4
Miradores	4	1.6	1.6	34.0
Misantla	2	.8	.8	34.8
Naolinco	2	.8	.8	35.5
No contestó	1	.4	.4	35.9
Paso del Limón	1	.4	.4	36.3
Perote	5	2.0	2.0	38.3
Piletas	1	.4	.4	38.7
Puebla	1	.4	.4	39.1
Rafael Lucio	1	.4	.4	39.5
Rinconada	3	1.2	1.2	40.6
San Andrés	2	.8	.8	41.4
San Francisco	1	.4	.4	41.8
Tatatila	1	.4	.4	42.2
Tenhuanapa	1	.4	.4	42.6
Teocelo	2	.8	.8	43.4
Tepetlán	1	.4	.4	43.8
Tlacolula	2	.8	.8	44.5
Tlalnehuayocan	1	.4	.4	44.9
Tlaltetela	3	1.2	1.2	46.1
Tlapacoyan	1	.4	.4	46.5
Tonalaco	1	.4	.4	46.9
Tonayán	3	1.2	1.2	48.0
Vista Hermosa	2	.8	.8	48.8
Xalapa	123	48.0	48.0	96.9
Xico	7	2.7	2.7	99.6
Zimpizahua	1	.4	.4	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 5-A. OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ama de casa	223	87.1	87.1	87.1
Empleada	17	6.6	6.6	93.8
Estudiante	11	4.3	4.3	98.0
Comerciante	4	1.6	1.6	99.6
Otra	1	.4	.4	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 6-A. RELACIÓN ENTRE ALFABETISMO Y GRADO DE ESTUDIOS

GRADO DE ESTUDIOS	SI	NO
Sin escolaridad formal	38	14
Primaria completa	71	0
Secundaria completa	75	0
Preparatoria completa	43	0
Carrera técnica completa	1	0
Licenciatura completa	14	0

Tabla 6. FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Con respecto a la vivienda que éstas mujeres habitan, 102 mujeres de las 256 entrevistadas, viven en casas prestadas por familiares, representando el 39.8 %, propias con 37.5% y rentadas representando un 22.7% (Tabla 7-A). En cuanto al tipo de construcción de las viviendas más frecuente fue el concreto con un 79.3 %, madera con un 10.5% y lámina con un 8.2% (Tabla 8-A).Las que cuentan con agua potable representan 86.3%, de las que no 13.7% (Tabla 9-A). Las que cuentan con sistema de drenaje representan el 72.7% (Tabla 10-A), Cuentan con servicio de luz 94.5%. En cuanto a comunicación y acceso, en 208 de las casas habitación no cuentan con servicio de teléfono (Tabla 12-A), representando el 81.2 %, 137 domicilios (53.5 %) se encuentran en calles

no pavimentadas (Tabla 13-A), y 189 casas (73.8 %) se encuentran en calles con alumbrado público (14-A).

Tabla 7-A. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Propia	96	37.5	37.5	37.5
Rentada	58	22.7	22.7	60.2
Prestada	102	39.8	39.8	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 8-A. TIPO DE CONSTRUCCION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Concreto	203	79.3	79.3	79.3
Lámina	21	8.2	8.2	87.5
Madera	27	10.5	10.5	98.0
Otro	1	.4	.4	98.4
Adobe	1	.4	.4	98.8
concreto	3	1.2	1.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 9-A. AGUA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	221	86.3	86.3	86.3
NO	35	13.7	13.7	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 10-A. DRENAJE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	186	72.7	72.7	72.7
NO	70	27.3	27.3	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 11-A. LUZ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	242	94.5	94.5	94.5
NO	14	5.5	5.5	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 12-A. TELÉFONO EN CASA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	48	18.8	18.8	18.8
NO	208	81.3	81.3	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 13-A. PAVIMENTACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	119	46.5	46.5	46.5
NO	137	53.5	53.5	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 14-A. ALUMBRADO PÚBLICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	189	73.8	73.8	73.8
NO	67	26.2	26.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En cuanto al número de habitaciones en los domicilios, en un rango de 1 a 10, la media obtenida fue de 2.95 por casa y con respecto al número de habitantes, en un rango de 1 a 14, la media obtenida fue de 5.11 habitantes por domicilio. (Tabla 15 - A)

Tabla 15-A. NÚMERO DE HABITACIONES Y HABITANTES

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
NÚMERO DE HABITACIONES	255	1	10	2.95	1.654
NÚMERO DE HABITANTES	256	1	15	5.11	2.073

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Perfil de Morbilidad Materna

De las 256 mujeres puérperas que acudieron a recibir atención obstétrica y fueron entrevistadas, el 93.8 % de ellas llevo control prenatal representando 240 mujeres, de las cuales el 31.7% que representan 76 mujeres iniciaron su control prenatal en el 2o. mes de embarazo (Tablas 1-B, y 2-B).

Tabla 1-B. CONTROL PRENATAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	240	93.8	93.8	93.
NO	12	4.7	4.7	98.4
LEGRADO	2	.8	.8	99.2
NO APLICA	2	.8	.8	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2-B. MES DE LA PRIMERA CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No aplica	13	5.1	5.1	5.1
1er mes	38	14.8	14.8	19.9
2do mes	76	29.7	29.7	49.6
3er mes	71	27.7	27.7	77.3
4to mes	29	11.3	11.3	88.7
5to mes	10	3.9	3.9	92.6
6to mes	7	2.7	2.7	95.3
7mo mes	2	.8	.8	96.1
8vo mes	2	.8	.8	96.9
No recuerda	8	3.1	3.1	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Por lo menos el 57.4 % que representan 152 mujeres de las pacientes entrevistadas dijeron haber tenido algún problema de salud durante la gestación, siendo las infecciones en vías urinarias el más frecuente entre estos, representando el 48.03%; de éstas mujeres, el 86.8% (132 mujeres) llevaron algún tipo de tratamiento (Tabla 3-B y 4-B).

Tabla 3-B. Problemas de salud Durante el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje
	Si	152	57.4 %
Tipo de problema			
Infección den vías urinarias	Si	73	48.03%
Anemia	Si	21	13.82 %
Infecciones vaginales	Si	31	20.40 %
Hemorragias	Si	14	9.21 %
Con tratamiento	Si	132	86.8 %

Tabla 4-B. RECIBIÓ TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	132	51.6	51.6	51.6
NO	25	9.8	9.8	61.3
No aplica	99	38.7	38.7	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En cuanto a enfermedades que se presentaron durante el embarazo, 214 mujeres que representan el 83.6 %, dijeron que no presentaron ningún tipo de enfermedad y solo 38 mujeres (14.8 %), dijeron haber tenido alguna enfermedad durante el embarazo, siendo preeclampsia la enfermedad más frecuente, representando el 55.26 % (Tabla 4-B y 5-B).

Tabla 4-B. Enfermedades durante el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	14.8 %
No	214	83.6%

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 5-B. TIPO DE ENFERMEDAD DURANTE DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No aplica	218	85.2	85.2	85.2
Preeclampsia	21	8.2	8.2	93.4
Otras	17	6.6	6.6	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En cuanto a las enfermedades presentadas antes de estar embarazadas, 232 mujeres (96 %) dijo no haber presentado ninguna enfermedad, y 20 mujeres que representan el 7.8 % respondió que si presentaron alguna enfermedad antes del embarazo. De este 7.8 %, el 15% correspondieron a enfermedades respiratorias y el 10 % a púrpura (Tablas 6-B y 7-B).

Tabla 6-B. ENFERMEDADES ANTES DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	20	7.8	7.8	7.8
NO	232	90.6	90.6	98.4
No aplica	4	1.6	1.6	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 7-B. Tipo de enfermedad ANTES DEL EMBARAZO

		Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades respiratorias	Si	3	15 %
Purpura	Si	2	10%

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En cuanto al consumo de ácido fólico, 244 mujeres que representan el 95.3%, dijeron haberlo consumido durante el embarazo, sólo el 2.3% que representan 6 mujeres dijo haber fumado durante el embarazo, el 2.0% que representan 5 mujeres ingirió alcohol durante el embarazo, y el 1.2% que representan 3 mujeres dijo haber consumido algún tipo de droga (Tabla 8-B, 9-B, 10-B y 11-B).

Tabla 8-B. CONSUMO DE ÁCIDO FÓLICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	244	95.3	95.3	95.3
NO	9	3.5	3.5	98.8
No aplica	3	1.2	1.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 9-B. CONSUMO DE CIGARRO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	6	2.3	2.3	2.3
NO	247	96.5	96.5	98.8
No aplica	3	1.2	1.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 10-B. CONSUMO DE ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	5	2.0	2.0	2.0
NO	248	96.9	96.9	98.8
No aplica	3	1.2	1.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 11-B. CONSUMO DE DROGAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	3	1.2	1.2	1.2
NO	250	97.7	97.7	98.8
No aplica	3	1.2	1.2	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En cuanto al número de embarazos por mujer el promedio fue de 2.69 embarazos por cada mujer, de los cuales en promedio 1.6 fueron por parto vaginal, 1.8 fueron partos por cesárea y por lo menos el .20 tuvo algún aborto (Tabla 1-C, 2-C, 3-C,).

Tabla 1-C. NÚMERO DE EMBARAZOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1	107	41.8	41.8	41.8
2	63	24.6	24.6	66.4
3	40	15.6	15.6	82.0
4	20	7.8	7.8	89.8
5	13	5.1	5.1	94.9
6	4	1.6	1.6	96.5
7	4	1.6	1.6	98.0
8	2	.8	.8	98.8
10	1	.4	.4	99.2
13	1	.4	.4	99.6
No contestó	1	.4	.4	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2-C. NÚMERO DE PARTOS VAGINALES

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje Acumulado**
0	120	46.9	47.1	47.1
1	55	21.5	21.6	68.6
2	33	12.9	12.9	81.6
3	21	8.2	8.2	89.8
4	9	3.5	3.5	93.3
5	7	2.7	2.7	96.1
6	3	1.2	1.2	97.3
7	3	1.2	1.2	98.4
8	2	.8	.8	99.2
9	1	.4	.4	99.6
no contestó	1	.4	.4	100.0
Total	255	99.6	100.0	
Embarazada por 1ª vez	1	.4		
Total	256	100.0		

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 3-C. NÚMERO DE CESÁREAS

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje Acumulado**
0	107	41.8	42.0	42.0
1	100	39.1	39.2	81.2
2	40	15.6	15.7	96.9
3	7	2.7	2.7	99.6
No contestó	1	.4	.4	100.0
Total	255	99.6	100.0	
Embarazada por 1ª vez	1	.4		
Total	256	100.0		

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 4-C. NÚMEROS DE ABORTOS

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje Acumulado**
0	217	84.8	84.8	84.8
1	31	12.1	12.1	96.9
2	4	1.6	1.6	98.4
3	3	1.2	1.2	99.6
4	1	.4	.4	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 5-C. PROMEDIO DE EMBARAZOS Y TIPOS DE PARTO POR MUJER

No de embarazos	2.69 embarazos
Partos Vaginales	1.6
Partos por Cesárea	1.8
Abortos	.20

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

En relación a los embarazos de alto riesgo, de las 256 mujeres puérperas que acudieron al hospital para recibir resolución obstétrica, 132 mujeres (51.6 %), dijeron que su embarazo no fue de alto riesgo, y 116 (45.3 %) dijo que su embarazo había sido de alto riesgo, el 20.68 % que representa 24 mujeres la causa de riesgo fue la edad y 19 mujeres que representan el 16.37% la causa de riesgo fue por preeclampsia (Tabla 1-D y 2-D). Todas las causas de riesgo se presentan en la Tabla 3-D.

Tabla 1-D. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	116	45.3	45.3	45.3
NO	132	51.6	51.6	96.9
No aplica	8	3.1	3.1	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2-D. Causas de riesgo MÁS REPRESENTATIVAS

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Si	24	20.68%
Preeclampsia	Si	19	16.37%

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 3-D. TODAS LAS CAUSAS DE RIESGO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No aplica	140	54.7	54.7	54.7
Cesáreas previas	5	2.0	2.0	56.6
Neurocistisercosis	1	.4	.4	57.0
Incompatibilidad del grupo Rh	1	.4	.4	57.4
Cordón enredado	4	1.6	1.6	59.0
Parto prematuro	2	.8	.8	59.8
Multiparidad	3	1.2	1.2	60.9
Poco líquido amniótico	2	.8	.8	61.7
Placenta previa	3	1.2	1.2	62.9
Bajo peso del producto	2	.8	.8	63.7
No recuerda	5	2.0	2.0	65.6
Preeclampsia	19	7.4	7.4	73.0
Amenaza de aborto	17	6.6	6.6	79.7
Posición del bebé	4	1.6	1.6	81.3
Edad	24	9.4	9.4	90.6
Otras	14	5.5	5.5	96.1
Hemorragia	8	3.1	3.1	99.2
No sabe	2	.8	.8	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Criterios de Inclusión dentro de los SESVER

De acuerdo con el Nivel de Atención dentro del Sistema de Salud, 132 de las pacientes (51.6%) atendidas en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", pudieron haber sido atendidas en otro Nivel de Atención, debido a que no representaban alguna causa de riesgo en su embarazo, y sólo el 45.3% de los partos atendidos es dicha institución eran considerados de alto riesgo (Tabla 1-E).

Tabla 1-E. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	116	45.3	45.3	45.3
NO	132	51.6	51.6	96.9
No aplica	8	3.1	3.1	100.0
Total	256	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Criterios de Referencia y Contra – Referencia

Caracterizando los criterios de referencia intrahospitalaria, 202 (78.9%) de las pacientes atendidas dentro de la Institución fueron enviadas al Hospital Regional, de las cuales sólo 94 mujeres (46.53%), eran consideradas como de alto riesgo (Tabla 1-F).

Tabla 1-F. Características de los criterios de referencia y contra referencia que operan desde las unidades de atención periférica

		Frecuencia	Porcentaje
Referidas	SI	202	78.9%
	No	54	21.1%
**Referidas con embarazo de alto riesgo		94	46.53%

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Motivos de Elección para Atención Obstétrica

Tabla 1-G. RELACIÓN DEL MOTIVO DE ELECCIÓN Y REFERENCIA INTRAHOSPITALARIA

	Atención especializada	Costo	Distancia a la residencia	Otro	No aplica	Seguro Popular	Legrado	Total
REFERENCIA SI	1	0	0	1	200	0	0	202
NO	36	2	5	5	1	4	1	54
Total	37	2	5	6	201	4	1	256

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

De las 54 mujeres puérperas que acudieron a recibir atención obstétrica y no fueron referidas, 36 mujeres que representan el 66.6 %, dijeron que el motivo por el cual eligieron el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" para atender su parto, fue por la atención especializada, y 5 mujeres que representan el 9.26 % eligieron este hospital por la cercanía con su lugar de residencia y sólo 4 mujeres que representan el 7.41 % lo eligieron por estar afiliadas al Seguro Popular (Tabla 1-G).

DISCUSIÓN

Con base a los resultados obtenidos se conocieron las características socio – demográficas de las usuarias que acudieron a recibir atención obstétrica (embarazo, parto, puerperio o aborto), en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", se observó que las mujeres que acuden se encuentran en un rango etario diverso, cabe destacar que la mayoría de las mujeres alcanzaron un mínimo grado de estudios, por lo cual no tienen una actividad económicamente redituable con la cual contribuir al gasto familiar, es decir se dedican a labores del hogar. Con base en información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Censo Nacional de Población 2005), el Estado de Veracruz se encuentra entre los principales estados con un alto índice de marginación, por lo que se observa comunidades periurbanas a la capital del Estado, se encuentren viviendas que no cuenten con los servicios básicos (agua, luz y drenaje). Es importante mencionar que el grado de hacinamiento es alto ya que no cuentan con la solvencia económica suficiente para iniciar una familia de manera independiente, recurriendo a vivir con los padres o familiares extensos.

Con respecto a las características de morbilidad materna que presentaron las mujeres entrevistadas, se observó que la preeclampsia es un padecimiento frecuente entre ellas con un 16.37 % reportado como casusa de riesgo durante el embarazo, según el Sistema Nacional de Salud, los valores deben de oscilar entre 12 y 22 % en nuestro país, por lo que se observó que el porcentaje se encuentra dentro de los valores establecidos.

En relación a las pacientes referidas lo que se encontró fue que la mayoría se encuentra afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, debido a esto las pacientes que acuden a control prenatal en sus municipios, son enviadas a éste hospital por diversas causas, independientemente del grado de riesgo de su embarazo, entre las cuales están ausencia de médicos en el primer nivel de atención, así como la carencia de insumos materiales e insuficiencia en cuanto a la infraestructura para la resolución de complicaciones obstétricas.

En relación a la atención ofrecida dentro del hospital regional "Dr. Luis F. Nachón" se observaron distintos aspectos importantes de mencionar, entre ellos la percepción que se tiene por el personal de la institución, con respecto a una posible sobreocupación en el servicio de ginecología y obstetricia, de lo cual la información recolectada permitió observar que de los quince días que se evaluaron, solo en tres de ellos se presentó este fenómeno. Por lo cual se puede inferir, que no es excesivo el número de pacientes atendidas, sino que el personal existente es insuficiente; por lo que merma la calidad de la atención. Tomando en cuenta la opinión de las encuestadas, las quejas más frecuentes son el mal trato que reciben por parte de enfermeras, la carencia en insumos que emplean para atenderlas, así como el deterioro de camas, colchones, carencia de sábanas y cobijas limpias.

Considerando que en los servicios de salud se toma como sobre ocupación cuando están en uso por encima del 85 al 90 % de las camas censables, se encontró que sólo en tres días de los evaluados se presentó éste fenómeno reportando un 59. 4% de cesáreas y en contraste con el resto de los días en los que no se observó sobre ocupación

se reportó un 52.4 % de partos por vías abdominal lo que hace tangible un aumento en este tipo de partos. De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud el número de cesáreas de manera ideal debe estar por debajo del 25 % del total de los nacimientos atendidos en unidades médicas, en relación con esta meta se encontró que el índice de cesáreas en esta institución está por encima del porcentaje establecido en cualquiera de las dos situaciones (Anexo A y B).

A este mismo respecto, se observó que de las mujeres que acudieron a recibir atención para la resolución obstétrica en los días que hubo sobre ocupación, el 82.8 % era referida por alguna institución de primer nivel y en los días en donde no se presentó una sobre ocupación se observó que por lo menos el 77 % de las mujeres que acudieron por atención eran referidas por alguna institución.

En cuanto a la calidad de atención ofrecida por los prestadores de salud, se reportó que ambas situaciones de ocupación, las quejas emitidas por las usuarias fueron dirigidas hacia el personal de enfermería por una mala actitud en cuanto a su estancia en piso, pero con respecto a la atención recibida en urgencias, se reportaron quejas por un mal trato por parte del personal médico y de enfermería en ocupación y sobre ocupación. (Anexo A y B).

De las instituciones de las cuáles se refieren a las mujeres que fueron atendidas, se encontró que la ausencia de médicos fue la causa principal por la cual eran referidas al Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

CONCLUSIONES

1. Por el trabajo de investigación realizado en el Hospital Regional Dr. Luis F Nachón, con respecto al Diagnóstico de la situación de Salud de la población usuaria del servicio de ginecología y obstetricia y una posible sobre ocupación del mismo, podemos concluir lo siguiente:
2. Durante el periodo evaluado no se observó una sobreocupación constante en este servicio, evidenciando que hay una desorganización en la administración de los recursos humanos y materiales desde el primer nivel de atención. Por lo que nos permite emitir las siguientes recomendaciones:
3. Con el fin de evitar que mujeres embarazadas que no representen un alto riesgo para la atención obstétrica sean referidas por algún tipo de carencia de recursos humanos o materiales en sus lugares de residencia, se recomienda una restructuración del sistema de salud desde las unidades de primer nivel, así como en hospitales ubicados en la periferia, buscando con esto que otras unidades de atención sean resolutivas para embarazos de bajo riesgo y que sean atendidos en esta institución sólo aquellos embarazos considerados de alto riesgo que requieren un nivel de especialización.
4. Debido a la manifestación por parte de las usuarias con respecto a la ausencia de personal médico especializado (ginecólogo y anestesista) dentro de los diversos turnos de trabajo del Hospital, se hacen necesarias investigaciones exprofeso para detectar las razones del porqué existe esa carencia, que afecta la calidad de la atención ofrecida.
5. Haciendo referencia a las quejas de las pacientes entrevistadas acerca del trato por parte del personal que labora en esta institución, se sugiere la implementación cursos de sensibilización hacia el personal de enfermería, para que muestren un trato más humano para con las pacientes.
6. Tomando en cuenta la opinión del personal tanto médico como de enfermería respecto a la percepción de una excesiva carga de trabajo debida a la incompleta cobertura en los distintos horarios de trabajo, se hacen necesarios trabajos de investigación que permitan conocer los motivos por los cuales la calidad de la atención se ve mermada desde el punto de vista de los trabajadores.

REFERENCIAS

1. Revisión del Diagnóstico situacional del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Ver. 2010

2. Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. Obstetricia de Williams.. 20ª ed. Buenos Aires (Argentina): Edit. Médica Panamericana; 1998.

3. Fabre González E. Mortalidad perinatal. Encycl Méd Chir 1997; 5110(A):15.

4. Rosenfield A, Fathalla MF. Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). New York (US): Parthenon Publishing Group; 1994. p: 337-345, 403-419. [Colaboración FIGOOMS- Center for Population and Family Health, Columbia University

5. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (México). Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 2ª edición. Secretaría de Salud. México: junio 2000.

6. Ahued Ahued JR, Quesnel García-Benítez C, Leis Márque MT, Ambas Argüelles M. Estados hipertensivos del embarazo. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. PAC-GO-1.Libro 2 Obstetricia. Primera edición. Edit. Intersistemas. México: 1998.

7. DiFederico E, Genbacev O, Fischer SJ. Preeclampsia is associated with widespread apoptosis of placental cytotrophoblasts within te uterine wall. Am J Pathol Jul 1999;155(1):293-301.

8. Velasco-Murillo V, Pozos-Cavanzo JL, Cardona-Pérez JA. Prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. De la teoría a la práctica. Rev Med IMSS 2000;38(2):139-147.

9. ACOG (USA). Dennen's Fórceps Deliveries. 4th edition. American College of Obstetrician and Gynaecologist. Washington DC: 2001.

10. Constance P. Epidemia de cesáreas. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Julio-Agosto 2000. Disponible en: http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm.

11. Iams JD, Gabbe. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 3th ed. Churchill Livingstone Inc. 1

12. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000

13. Secretaría de Salud (México). Programa de Acción: "Arranque parejo en la vida". Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. México:2002. P:21-24.82 Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1° de septiembre de 2002.

14. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002.

15. Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1° de septiembre de 2002.

16. CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones Generales para una para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Marzo 2003.

17. Plan Nacional de Salud 2007 -2012

18. Programa Sectorial de Salud Veracruz 2005-2010. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/index.html

ANEXO A

CON SOBRECOCUPACIÓN

Tabla 1. DÍAS HOSPITAL					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
DIAS HOSPITAL	64	1	9	2.27	1.348

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2. TIPO DE PARTO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Vaginal	19	29.7	29.7	29.7
Abdominal	38	59.4	59.4	89.1
Embarazada	4	6.3	6.3	95.3
No aplica	2	3.1	3.1	98.4
Legrado	1	1.6	1.6	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 3. CAUSA DE LA CESÁREA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No aplica	26	40.6	40.6	40.6
No dilatación	4	6.3	6.3	46.9
Cordón enredado	1	1.6	1.6	48.4
Posición del bebé	10	15.6	15.6	64.1
Sin contracciones	1	1.6	1.6	65.6
Condilomatosis	2	3.1	3.1	68.8
Arritmia cardiáca del producto	1	1.6	1.6	70.3
Multiparidad	1	1.6	1.6	71.9
Ruptura de membranas	2	3.1	3.1	75.0
Preeclampsia	3	4.7	4.7	79.7
Cesáreas previas	4	6.3	6.3	85.9
Edad	1	1.6	1.6	87.5
Tamaño del bebé	1	1.6	1.6	89.1
Pelvis estrecha	4	6.3	6.3	95.3
Poco líquido amniótico	1	1.6	1.6	96.9
Parto prematuro	1	1.6	1.6	98.4
Problemas de cadera	1	1.6	1.6	100.0
Total	64	100.0	100.0	
No aplica	26	40.6	40.6	40.6

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 4. REFERENCIA INTRAHOSPITALARIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	53	82.8	82.8	82.8
NO	11	17.2	17.2	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 5. TIEMPO EN RECIBIR ATENCIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
0 - 30 min	30	46.9	46.9	46.9
1 - 2 hrs	18	28.1	28.1	75.0
Más de 2 hrs	16	25.0	25.0	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 6. ATENCIÓN DE MÉDICOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Muy mala	1	1.6	1.6	1.6
Regular	4	6.3	6.3	7.8
Buena	53	82.8	82.8	90.6
Muy buena	6	9.4	9.4	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 7. ATENCIÓN DE ENFERMERAS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Regular	8	12.5	12.5	12.5
Buena	50	78.1	78.1	90.6
Muy buena	6	9.4	9.4	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 8. QUEJAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Mala actitud	2	3.1	3.1	3.1
Ignoran paciente	2	3.1	3.1	6.3
No aplica	60	93.8	93.8	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 9. QUEJAS DEL PERSONAL MÉDICO

	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
Mala actitud	2	3.1	3.1	3.1
Ignoran paciente	1	1.6	1.6	4.7
No aplica	61	95.3	95.3	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 10. QUEJAS DE LA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA

	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
Ausencia médicos	3	4.7	4.7	4.7
No atienden partos	2	3.1	3.1	7.8
No hay material	2	3.1	3.1	10.9
No aplica	57	89.1	89.1	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 11. QUEJAS DEL HOSPITAL "DR. LUIS F. NACHÓN"

	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
No aplica	16	25.0	25.0	25.0
Falta de insumos	1	1.6	1.6	26.6
Tiempo de espera excesivo	3	4.7	4.7	31.3
Forzar a parto vaginal	1	1.6	1.6	32.8
Mal trato en urgencias	43	67.2	67.2	100.0
Total	64	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

ANEXO B

SIN SOBREOCUPACIÓN

Tabla 1. DÍAS HOSPITAL

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
DIAS HOSPITAL	191	1	9	2.25	1.321

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 2. TIPO DE PARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Vaginal	70	36.6	36.6	36.6
Abdominal	100	52.4	52.4	89.0
Embarazada	13	6.8	6.8	95.8
No aplica	3	1.6	1.6	97.4
Legrado	5	2.6	2.6	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 3. CAUSA DE LA CESÁREA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No aplica	91	47.6	47.6	47.6
No dilatación	17	8.9	8.9	56.5
Cordón enredado	8	4.2	4.2	60.7
Posición del bebé	1	.5	.5	61.3
Sin contracciones	4	2.1	2.1	63.4
Condilomatosis	3	1.6	1.6	64.9
Arritmia cardiáca del producto	1	.5	.5	65.4
Multiparidad	3	1.6	1.6	67.0
Ruptura de membranas	18	9.4	9.4	76.4
Preeclampsia	7	3.7	3.7	80.1
Cesáreas previas	13	6.8	6.8	86.9
Edad	7	3.7	3.7	90.6
Tamaño del bebé	2	1.0	1.0	91.6
Pelvis estrecha	2	1.0	1.0	92.7
Poco líquido amniótico	7	3.7	3.7	96.3
Parto prematuro	5	2.6	2.6	99.0
Problemas de cadera	2	1.0	1.0	100.0
Total	191	100.0	100.0	
No aplica	91	47.6	47.6	47.6

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 4. REFERENCIA INTRAHOSPITALARIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	148	77.5	77.5	77.5
NO	43	22.5	22.5	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 5. TIEMPO EN RECIBIR ATENCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
0 - 30 min	114	59.7	59.7	59.7
1 - 2 hrs	35	18.3	18.3	78.0
Más de 2 hrs	42	22.0	22.0	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 6. ATENCIÓN DE MÉDICOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Muy mala	7	3.7	3.7	3.7
Regular	36	18.8	18.8	22.5
Buena	135	70.7	70.7	93.2
Muy buena	13	6.8	6.8	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 7. ATENCIÓN DE ENFERMERAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Muy mala	2	1.0	1.0	1.0
Mala	11	5.8	5.8	6.8
Regular	43	22.5	22.5	29.3
Buena	124	64.9	64.9	94.2
Muy buena	11	5.8	5.8	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 8. QUEJAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Mala actitud	22	11.5	11.5	11.5
Ignoran paciente	3	1.6	1.6	13.1
Mal trato	5	2.6	2.6	15.7
Ausencia	1	.5	.5	16.2
No aplica	160	83.8	83.8	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 9. QUEJAS DEL PERSONAL MÉDICO				
	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
Mala actitud	5	2.6	2.6	2.6
Ignoran paciente	6	3.1	3.1	5.8
Mal trato	4	2.1	2.1	7.9
Ausencia	4	2.1	2.1	9.9
No aplica	172	90.1	90.1	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 10. QUEJAS DE LA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA				
	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
Ausencia médicos	11	5.8	5.8	5.8
No atienden partos	2	1.0	1.0	6.8
No aplica	178	93.2	93.2	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

Tabla 11. QUEJAS DEL HOSPITAL "DR. LUIS F. NACHÓN"				
	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado	Frecuencia
Ausencia médicos	3	1.6	1.6	1.6
No aplica	64	33.5	33.5	35.1
Ausencia especialista	1	.5	.5	35.6
Falta de insumos	2	1.0	1.0	36.6
Tiempo de espera excesivo	10	5.2	5.2	41.9
Forzar a parto vaginal	1	.5	.5	42.4
Personal de vigilancia groseros	2	1.0	1.0	43.5
Falta de información a los familiares	5	2.6	2.6	46.1
Mal trato en urgencias	103	53.9	53.9	100.0
Total	191	100.0	100.0	

FUENTE: Instrumento de Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención obstétrica del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2011

ANEXO

UNIVERSIDAD VERACRUZA

Instituto de Salud Pública

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Hospital General de Xalapa, Luis F. Nachón

Diagnóstico de las Condiciones de Salud de la Población Usuaria para Atención Obstétrica

del Hospital Luis F. Nachón, Xalapa, 2011

FOLIO:

EXPEDIENTE:

Buenos días Señora _____, el Instituto de Salud Pública en coordinación con la Secretaría de Salud de Veracruz, estamos realizando un trabajo de investigación que nos permita conocer las características de las mujeres que acuden a este hospital para recibir atención de su parto, de su cuarentena o de alguna complicación que hayan tenido con el actual embarazo. El objetivo es contar con su valiosa colaboración, para que, con la información aquí colectada podamos establecer medidas que mejoren la calidad del servicio que Usted reciba. Este cuestionario, no le tomara mucho tiempo, y la información será confidencial y solamente se utilizará para la investigación. Por su apoyo le damos las gracias anticipadas:

ESTABLECER SI CON ESTA INFORMACIÓN, LA PACIENTE ESTÁ DISPUESTA A PARTICIPAR

0.- ¿Está Usted dispuesta a participar y ayudarnos con la información? 1= SI 2= NO **[ ]**

EN CASO DE QUE HAYA CONTESTADO SI CONTINUAR CON LA ENTREVISTA, SI CONTESTÓ QUE NO, DE LAS GRACIAS y DE POR TERMINADA LA MISMA.

A: INFORMACIÓN GENERAL

1.- ¿Si está Usted de acuerdo me podría decir su nombre? _____

2.- ¿Me podría decir cuántos años tiene actualmente? **[ ]**

3.- ¿Cuál es su estado Civil? **[ ]**1= Soltera 2= Casada 3= Unión libre 4= Divorciada 5= Viuda 99: No desea contestar

4.- ¿Usted vive en esta ciudad? 1= SI 2= NO **[ ]**

SI LA PACIENTE CONTESTO QUE NO VIVE EN ESTA CIUDAD, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA, SINO PASE A LA PREGUNTA

NUMERO 6

5.- ¿Entonces, en que localidad vive Usted? _____

6.- ¿A qué se dedica Usted / Cuál es su ocupación? [ ]

1.- Ama de Casa 2=Empleada 3=Estudiante 4.- Obrera 5=Comerciante

6=Otra actividad (Especificar:_____)

7.- Señora _____, Usted sabe leer y escribir? 1= SI 2= NO [ ]

SI SABE LEER Y ESCRIBIR HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA, EN CASO CONTRARIO PASE A LA PREGUNTA 9

8.- ¿Cuál fue el último grado que aprobó en la escuela? [ ]

0= Sin escolaridad formal 1=Preescolar 2= Primaria completa 3 = S e c u n d a r i a completa

4=Preparatoria completa 5=Carrera Técnica 6=Estudios de licenciatura 7=Estudios de posgrado

99=No aceptó contestar

9.- Para el presente embarazo, me podría decir si recibió Usted control prenatal? 1= SI 2= NO [ ]

SI MENCIONA QUE NO RECIBIO CONTROL PRENATAL, PASAR A LA PREGUNTA 12

10.- ¿Recuerda en que mes de su embarazo recibió la primera consulta de control de su embarazo? [ ]

11.- ¿En donde llevó principalmente el Control de su Embarazo? [ ]

1= Centro de Salud 2= En este hospital 3=Con partera tradicional 4=Médico particular

5= Otra opción (Especificarla: _____)

99=No aceptó contestar

12.- Contando este último embarazo, ¿Cuántas veces se ha embarazado? [ ]

13.- ¿Cuantos partos vaginales ha tenido? [ ]

14.- Cuantas cesáreas le han realizado? [ ]

15.- Si ha tenido algún aborto, me podría decir cuántos han sido? [ ]

16.- Durante este embarazo tuvo algún problema de salud? 1= SI 2= NO [ ]

17.- Durante el embarazo le detectaron alguna enfermedad? 1= SI 2= NO [ ]

18.- Antes de estar embarazada, sabía si tenía alguna enfermedad? 1= SI 2= NO [ ]

EN CASO DE HABER DICHO QUE SI, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA, SI DIJO QUE NO PASE A LA PREGUNTA 20

19.- Me podría decir que enfermedad o que enfermedades sabe usted que padecía antes de estar embarazada?

19.1- **[ ]**

19.2- **[ ]**

19.3- **[ ]**

20.- Tipo de Parto

[ ]

1. Vaginal 2. Abdominal

21.- Está usted referida de algún centro de salud? 1= SI 2= NO **[ ]**

EN CASO DE HABER DICHO QUE SI, HAGA LA SIGUIENTE PREGUNTA, SI DIJO QUE NO PASE A LA PREGUNTA 24

23.- Cuál es el lugar de referencia? _____

24.-Por qué eligió este hospital para atender su parto?

1. Por la atención especializada 2. Por el costo 3. Por la distancia de mi lugar de residencia **[ ]**

4 otro (especifique)_____

23.- Cuánto tiempo transcurrió para que la bridarán atención a partir del momento en que llego? **[ ]**

1. 0 a 30 minutos.

2. 1 a 2 horas

3.-Más de 2 horas

23.- Cuál es su opinión con respecto a la atención que ha recibido?

Médicos: 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena **[ ]**

Enfermeras: 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena **[ ]**

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE 6 A 12 AÑOS DE DOS ESCUELAS PRIMARIAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ ANTONIO MARABOTO CARREÓN", XALAPA VERACRUZ

América Gabriela Allinar Landa, Lucerito Esmeralda Ávila Lagunes, Ángela María Insuasty Delgado, Elsa Guadalupe Hernández García, Miriam Palmeros Barrientos, Gisela Zavaleta Torres
Asesoras internas: Dra. Clara Luz Sampieri Ramírez, MSP. María de Lourdes Mota Morales
Asesora externa: CD. Paula Yadira Landa Cano

RESUMEN

Objetivo: Determinar la situación de salud de la población de 6 a 12 años de dos escuelas primarias del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

Metodología: Se realizó un estudio de corte cuantitativo descriptivo, de tipo transversal. La población objetivo fueron los niños de edad escolar, entre los 6 y 12 años, que asistieron a dos escuelas primarias públicas, que se encuentran en el área influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón". El muestreo fue por conveniencia, y de acuerdo a las necesidades del Centro de Salud, se tomaron dos escuelas primarias públicas una catalogada como urbana (Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona) y otra como suburbana (Esc. Prim. América). La recolección de la información fue a través de una encuesta precodificada y validada que se aplicó a los tutores de los escolares de las primarias participantes, con el fin de investigar aspectos de hábitos saludables, morbilidad y características sociodemográficas de la población en estudio. Se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) y se determinó el estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC). Finalmente se verificó la presencia de probable micosis en manos y pies así como de pediculosis. Los datos obtenidos fueron ingresados, procesados y analizados con el software SPSS. Versión 18.

Resultados: En la Esc. Prim. América, ubicada en la zona suburbana, participó el 64% de los padres de familia o tutores, en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, perteneciente a la zona urbana, participó el 70% de padres de familia o tutores (total 338 encuestas de los escolares entre las dos escuelas). La mayor distribución por derechohabiencia de las familias de los escolares, se concentran en el IMSS con 4.1% de la Esc. Prim. América y 46.6% de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona y el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", con el 84% y 30% de las familias de la Esc. Prim. América y Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona respectivamente. La prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) encontrada en la Esc. Prim. América y Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, fue del 44% y 51%, respectivamente. La prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) que se identificó en la Esc. Prim. América y Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, fue de 8% y 4% respectivamente. El 29% de la población estudiada de la Esc. Prim. América presentó pediculosis, así mismo en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona el 9.3% presentó esta parasitosis. La prevalencia de micosis fue mayor en los estudiantes de la Esc. Prim. América con 25.5% en comparación con los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, con 1.6%. En cuanto al estado nutricio, en la Esc. Prim. América se encontró que el 77% de la población escolar tiene peso ideal y el 14% tiene bajo peso, siendo estas dos condiciones las de mayor frecuencia en esta última escuela, en contraste con la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, en la cual el 51% de los escolares gozan de peso ideal y el 23% tienen sobrepeso.

Conclusiones: El estado de salud de los escolares tiene características que vuelven especialmente vulnerable a esta población y por lo tanto merecen particular atención. Se requieren estudios de seguimiento para valorar de manera continua el estado de salud de este grupo etario, con la finalidad de elaborar y fortalecer propuestas de intervención que impacten en la salud de la población escolar.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud o Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas y se establecen las prioridades; todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS, que es adoptar un plan de intervención que, en un futuro con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se realice.[1]

El análisis de la situación de salud se realiza en distintos espacios poblacionales y en diferentes niveles organizativos del sistema de salud como son:

Espacios

- Consejo Popular.
- Grupo Básico de Trabajo.
- Instituciones Infantiles y Escolares.
- Centros de Trabajo.

Niveles

- Consultorio de Medicina Familiar.
- Área de Salud.
- Municipio.
- Provincia.
- País.

Para nuestro estudio delimitaremos el DSS a los estudiantes en edad de 6 a 12 años, que acuden a dos escuelas primarias públicas, una perteneciente a la zona urbana y otra a la zona suburbana.

La elaboración de un DSS en el ámbito escolar permite detectar y ofrecer una intervención oportuna, evitando que siga incrementándose el número de niños que sufran de enfermedades, identificar las causas de problemas cuya solución es viable, derivándose de estos la planeación, organización y ejecución de acciones dirigidas a mejorar su estado de salud.[2]

Los programas de salud escolar tienen varias décadas de experiencia y lecciones acumuladas, que muestran que no se pueden desarrollar aprendizajes de calidad en los escolares si no se garantizan estándares de salud adecuados. Estas experiencias pusieron el énfasis en los componentes de higiene y saneamiento ambiental, prevención y tratamiento de enfermedades.[3]

En los últimos años se ha avanzado en la comprensión de la salud y es promovida desde un enfoque integral, un trabajo multidisciplinario y multisectorial. Hoy existen programas de salud coordinados con instituciones educativas, que aunque tienen diferentes denominaciones como Escuelas Promotoras de la Salud, Escuelas Saludables, Instituciones Educativas Promotoras de la Salud, todos estos aspiran a fortalecer las acciones que promueven la salud para instaurar tempranamente estilos de vida saludable que contribuyan a una mejor calidad de vida futura.[3]

No obstante, el gran número de población escolar existente, ha ocasionado que la ejecución de programas como Escuelas Promotoras de salud y Escuelas Saludables, sea lenta, reflejándose en el rezago de la mayoría de escolares, por lo que las intervenciones no son homogéneas, aunado a lo anterior, el vacío de información sobre este grupo etario en cuanto a sus condiciones de salud y estilos de vida en el ámbito escolar aumentan las barreras de ejecución de los programas de salud enfocados a la atención de niños en edad escolar, que potencialice su aplicación, incrementando el beneficio de los recursos que se invierten en éstos en el momento actual.

En este sentido, la existencia de un diagnóstico que permita visualizar las problemáticas existentes, proporciona un panorama amplio que ayude a planear soluciones efectivas y eficaces a favor de la salud de la población en estudio y sobre la cual se podrán llevar a cabo intervenciones más puntuales que optimicen la efectividad de programas destinados a mejorar su estado de salud.[4]

Bajo este contexto, el objetivo de este trabajo fue la elaboración de un DSS de escolares de 6 a 12 años que acuden a dos escuelas primarias públicas pertenecientes a la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", con el propósito de conocer el estado de salud-enfermedad y los factores de riesgo a la salud de los escolares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños representan el futuro; su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos son especialmente vulnerables frente a

la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.[5]

Los estudios epidemiológicos muestran que la desnutrición infantil se debe a un complejo círculo vicioso de infecciones virales, bacterianas y parasitosis, alteraciones en la alimentación, desequilibrio nutrimental y disminución de la resistencia inmunológica, lo cual frecuentemente conduce a un estado de desnutrición que, a su vez, favorece la presencia de episodios infecciosos más frecuentes y de mayor duración en medios ambientes insalubres.[6] Aunado a lo anterior, se ha reportado que existen extremos en la situación de salud de los niños, esto se refleja claramente en el estado de nutrición, en el que la desnutrición se encuentra en el extremo opuesto a la obesidad y el sobrepeso.[7]

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, el 10.4% de los niños y 9.5% de las niñas de entre 5 a 11 años de edad, sufren desnutrición crónica o desmedro (deterioro físico).[8] En concordancia con la Encuesta Nacional de Salud de Escolares (ENSE) 2008, el 8.6% de los niños y 7.8% de las niñas que acuden a la primaria presentan baja talla. Estos porcentajes representan alrededor de 1 millón de estudiantes, niños y niñas, en todo el país con este padecimiento. En el estado de Veracruz la prevalencia de baja talla disminuye considerablemente, con 5% para niños y 4.6% para niñas[9], sin embargo, esto no significa, que los problemas de nutrición, junto con las infecciones, no representen importantes problemas de salud.

En contraste con la situación anterior, el sobrepeso y la obesidad han aumentado en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, lo que ha llevado a nuestro país a ocupar, en 2010, el segundo lugar en el mundo en obesidad en adultos y el primer lugar en obesidad infantil.[10]

En 2006, una proporción elevada de la población infantil y adolescente en México tuvo sobrepeso u obesidad: 5.3% de los menores de 5 años, 26% de los escolares y más del 30% de los adolescentes.[8] De acuerdo a las tendencias que muestran las encuestas nacionales de los últimos años, la prevalencia va en aumento. Es indudable que el sobrepeso en la infancia es un factor de riesgo de obesidad en el adulto, con todo lo que esto implica respecto a comorbilidades que se magnifican al manifestarse desde etapas tempranas por tener evoluciones largas. En vista de lo anterior, la implementación de acciones efectivas de prevención desde la infancia debe ser una prioridad de nuestros sistemas de salud.

En el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", durante el periodo de enero a junio de 2011 se observó una prevalencia de desnutrición en niños de 5 a 9 años de 10.2%. Así mismo, la prevalencia de obesidad en niños de la misma edad, fue mayor, con 19.7%, cifra que deja muy en claro la necesidad de mejorar la situación nutricional de esta población.[11] En este sentido consideramos que es fundamental conocer la magnitud de los problemas nutricionales mediante el DSS de este grupo de población, con el fin de diseñar las estrategias más adecuadas que permitan intervenciones futuras que tengan impacto en la salud de los niños.

Por otra parte, a pesar de los avances médicos, las infecciones siguen siendo un reto para los sistemas de salud. Estudios realizados en 2008 muestran que el porcentaje de escolares que presentaron infecciones respiratorias agudas (IRA´s) es alto; a nivel nacional, la prevalencia de IRA´s en escolares fue 36%, mientras que el Estado de Veracruz fue la segunda entidad con mayor prevalencia (55%). A pesar de los esfuerzos realizados, no se ha logrado disminuir la frecuencia de estos padecimientos.[9]

En este sentido, las enfermedades diarreicas agudas (EDA´s) en México, han tenido un descenso como causa de muerte, el número de episodios diarreicos por niño y por año se redujo de 4.5 a 2.2[12], aun así, todavía son un problema de salud pública por su afectación a la niñez; a nivel nacional en 2008 las EDA´s tuvieron una prevalencia de 5.3% en los escolares, por lo que continúan siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud.[9]

Actualmente, la Secretaria de Salud (SSA), junto con la Secretaria de Educación Pública (SEP) han desarrollado programas cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de niños en edad escolar, con énfasis en los grupos indígenas, rurales y urbanos de bajos ingresos. Esto, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad, sin embargo, estos programas han tenido poco impacto, probablemente debido a un desconocimiento de las necesidades de este grupo etario. También se ha observado con frecuencia que el estado de salud de los niños en edad escolar entre 6 y 12 años de edad ha sido tradicionalmente

menos estudiado que el de los niños menores de cinco años, ocasionando un vacío de información, que ha provocado desconocimiento de las necesidades de esta población.[13] En este sentido, consideramos que el primer paso es la generación de conocimiento acerca de la situación actual de salud de los escolares a través de un DSS, que resultará ser de gran utilidad para planear estrategias de intervención y desarrollar programas que mejoren la calidad de vida de esta población.

En el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", se lleva a cabo el programa "Escuela y Salud", el cual tiene como objetivo realizar intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con los niños de educación básica, con el fin de desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla y así incrementar el aprovechamiento escolar.[14]

Este programa cosiste en realizar prevención y detección de problemas de salud con el propósito de evitar que los escolares se enfermen, además de identificar tempranamente los problemas de salud que les afectan, esto último permite la referencia a la institución de servicios de salud idónea para su evaluación y manejo, sin embargo, hemos identificado que el desarrollo de éste es lento, por lo que no ha logrado tener una cobertura total, consecuencia quizá, del insuficiente recurso humano disponible y la gran población existente, aunado a una mala planeación y por ende una escaza ejecución, que ha dejado fuera a la mayoría de los niños en edad escolar, generando una falta de atención a su salud, factor importante para su desarrollo y soporte para un buen desempeño físico y mental.

De acuerdo con lo anterior, consideramos que es importante identificar necesidades de la población escolar de 6 a 12 años, para que, una vez detectados los problemas de salud, las estrategias sean enfocadas a dar solución a esos problemas, esto con el fin de obtener resultados que beneficien y mejoren la salud de la población infantil.

Es importante señalar que ante la inexistencia de información específica del grupo etario de 6 a 12 años que acude a las escuelas primarias de la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón" de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Veracruz; el presente trabajo pretende describir el estado de salud de niños de esta edad, a través de un DSS que demuestre la situación real de salud de los escolares, conocer primero necesidades y con base en resultados, el progreso de los programas enfocados a mejorar la salud sean de mayor impacto y beneficien a la población participante, lo anterior, sumado a que esta investigación descriptiva generará conocimiento que sirva como referente para la toma de decisiones en este Centro de Salud.

MARCO REFERENCIAL

Marco Teórico

Antes de iniciar un DSS, se debe contemplar qué se entiende por salud, en el año de1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud de un individuo como el "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad o invalidez".[15] Bajo este mismo enfoque, Perkins, describe a la salud como un estado de relativo equilibrio, entre la forma y las funciones del organismo que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es sólo una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa procurando su adaptación, concibiendo a la salud como una falta de adaptación (enfermedad).[16]

Hernan (1998), define a la salud de la población como el mejor estado de equilibrio ecológico entre los riesgos que pueden afectar su biología y los medios para controlar los riesgos.[17] En 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apunta que la salud y la enfermedad son fenómenos tanto individuales como colectivos, productos de complejas interacciones entre los procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad en determinado momento histórico.[18]

González[19], menciona que el diagnóstico de la salud colectiva describe y analiza cuantitativa y cualitativamente los problemas de sanidad de una población. Este diagnóstico debe estar constituido por los elementos que condicionan o determinen a dicha comunidad, deben ser presentados de tal manera que permitan establecer alternativas viables para su solución, a través de dicho análisis, la población de un lugar determinado analiza y toma conciencia de su realidad, de su historia, de su entorno natural, de sus problemas y potencialidades de sus conocimientos,

actitudes y prácticas para mantener la salud y combatir la enfermedad de los individuos y las familias.

En México, la SSA en la Guía Metodológica Básica para la Atención Médico Familiar (2000), considera que el diagnóstico de salud es "un instrumento que permite conocer dentro de un área geográfica determinada las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de una comunidad, así como la red de servicios de salud, con que cuenta, su forma de gobierno y la situación política de la misma". Este cúmulo de información permite identificar tanto los problemas de salud como sus factores condicionantes, a la vez que facilita valorar las posibilidades y recursos de una comunidad.[20]

La OMS ha señalado que la influencia de la sociedad, del medio ambiente y del sistema de cuidado en la salud de la población es fundamental para asumir las responsabilidades de todos los participantes, así como de sus decisiones y de las posibles repercusiones en la salud. En este contexto es necesario impulsar la creación de políticas de salud social infantil y escolar, que den cabida a la atención de las necesidades especiales de los niños a través de un esquema de salud pública infantil, que permita colocar a la salud para los niños y su familia en un ambiente político, económico y social de justicia.[21]

Existe consenso acerca del importante papel de promoción a la salud y en concreto de las acciones de educación desarrolladas en las escuelas, para la formación integral del alumnado. Los comportamientos espontáneos no aseguran el máximo de salud de las personas, de ahí la necesidad de que la educación formal obligatoria incorpore la salud entre sus objetivos.[22]

Köhler menciona que la salud pública infantil y escolar implica un concepto muy amplio, sitúa a los profesionales de este campo con un compromiso verdaderamente social para llevarlos a la comunidad, con la finalidad de conseguir una mejor comprensión de los problemas sanitarios y también de la necesidad de proporcionar un auténtico funcionamiento coordinado.[23]

Los niños forman parte de un grupo vulnerable de la sociedad, debido a que no cuentan con poder político al no ser representados por grupos de presión social que sean capaces de influir tanto en la política de la salud institucional cómo en el desarrollo sano de los niños y su capacidad de vivir en ambientes armoniosos. Esta justificación es considerada base fundamental para impulsar programas de desarrollo de la niñez por organizaciones como la OMS y la OPS.[23]

Salud Infantil

En el artículo 24 primer apartado, de la Convención Sobre los Derechos del Niño (1959), está estipulado que los estados reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación a la salud. En el segundo apartado, se establece que los estados asegurarán la aplicación de este derecho y adoptarán medidas apropiadas para: reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de la asistencia médica haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud, combatir las enfermedades y la mal nutrición. [24]

La salud infantil en nuestro país debe construirse apoyándose en las políticas sanitarias, económicas y sociales, bajo esta óptica se creó la Norma Oficial Mexicana NOM-031- SSA-1999 para la atención a la salud del niño, que tiene la finalidad de establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y control de las EDA´s, IRA´s, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento. [25]

Dentro de este marco se señala que entre las enfermedades más comunes en la infancia, se pueden identificar las IRA´s, EDA´s, las micosis, pediculosis, y el inadecuado estado nutricional como el bajo peso, peso ideal, sobrepeso y obesidad, las cuales se describen a continuación:

- La IRA se refiere a una enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.[25]

- La EDA se refiere a una enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24 horas.[25]

- Micosis: son enfermedades muy comunes en nuestro medio y su distribución es universal, se caracterizan por causar enrojecimiento, manchas, comezón, descamación, irritación y agrietamiento de la piel.[26]

❗ Pediculosis capitis: es una ectoparasitosis producida por un insecto hematófago, que se hospeda en el cuero cabelludo humano, es aquí donde realizan sus ciclos de alimentación por medio de picaduras que se repiten aproximadamente cada cuatro horas, generando un intenso prurito en los hospedadores. Las excoriaciones dérmicas como consecuencia del rascado usualmente se suelen infectar de forma secundaria[27].

❗ Bajo peso: es toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, es la asimilación deficiente de alimentos por el organismo, lo cual conduce a un estado patológico, de acuerdo al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) los percentiles para este rango se ubican entre el 0° y menor al 5° percentil.[28, a]

❗ Peso ideal: es el peso de cada persona que viene marcado por su constitución corporal, sexo y edad. Para la CDC el peso saludable para los niños de este grupo etario, comprende del 5° al percentil 85°.[28]

❗ Sobrepeso: es toda ganancia anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, de acuerdo a la CDC los percentiles para este rango se ubican en el 85° al 95°.[28]

❗ Obesidad: es definida por la OMS como un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 30,de acuerdo a la CDC los percentiles para este rango es igual o mayor al percentil 95°, es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.[28]

Escuelas Promotoras de Salud

La Carta de Ottawa redactada en 1986, señala que la promoción de la salud debe ser el resultado de la participación social y la creación de entornos saludables, es decir, debe construirse entre los miembros de la comunidad por lo cual las diversas instituciones deben fungir como promotoras de la salud, reforzando de manera constante su capacidad para impulsar, por ejemplo, un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.[29]

Con base en lo anterior surge la necesidad de que se pueda llevar a cabo una modificación a los escenarios para la salud, los cuales son lugares o contextos sociales en los que las personas desarrollan actividades diarias. En ellos interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Bajo esta concepción, los escenarios para la salud pueden ser instituciones como las escuelas o la iglesia, comunidades e incluso agrupaciones sin un espacio físico para reunirse como las redes sociales por Internet, de tal manera que todos los elementos y protagonistas forman parte de estos entornos en los cuales se puede propiciar la salud.

En 1989, México se suscribió a un acuerdo de coordinación entre la SEP y la SSA con el objetivo de promover acciones de salud en las escuelas. Actualmente este programa recibe el nombre de "Escuela y salud" y considera a la escuela como espacio en el que es posible aumentar, practicar y fortalecer el conocimiento sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ayudando a que los escolares tomen una adecuada decisión en torno a su salud.[30]

En el diagnóstico de salud escolar, debe darse una identificación de los daños a la salud y de estilos de vida que tienen una influencia en el proceso salud-enfermedad, para lograr que el personal sanitario y autoridades educativas, conozcan y actúen en la modificación de los factores determinantes de este proceso.

Marco Empírico

La práctica de la salud pública ha permitido evidenciar que la aplicación de técnicas sanitarias no es suficiente para dar solución a los problemas de salud, ya que hay otros factores económicos, sociales, culturales, políticos que forman parte de los parámetros sobre los cuales se concreta el nivel de salud de las poblaciones. Como consecuencia, se ha llegado a enfatizar la importancia de lo que se conoce como factores condicionantes de la salud, y que son agregados al DSS de cualquier comunidad.

El Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", cuenta con dos Diagnósticos de Salud, elaborados con la participación de los alumnos de Maestría del Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana, región Xalapa.

---

a CDC. [internet]. Percentil de IMC Calculadora de la Niñez y Adolecentes Versión Métrica. Atlanta, USA. (actualizado 2011 noviembre 25; consultado 2011 noviembre 25) disponible: http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/calculator. Aspx?calculatortypemetric.

El primer diagnóstico, fue realizado en el año 2005 bajo el título: "Hacemos lo que pensamos: concepción de calidad en los Servicios de Salud de Veracruz", cuyo objetivo fue valorar la concepción de calidad en la atención otorgada, partiendo de la perspectiva de los prestadores de servicios de salud que laboran en el Centro de Salud. Esta intervención diagnostica fue de corte cualitativo apoyándose en entrevistas focalizadas y observación como instrumentos de recolección de información, para lo cual participaron dos grupos: médicos y enfermeras, integrados con personal de ambos turnos del servicio.

Dentro de los resultados se encontró que el personal tiene elementos que proporcionan un concepto interpersonal de trato digno, así mismo se identificó que el grupo de médicos describen un trato igual para todos los pacientes mientras que el grupo de enfermería hace diferencias en la atención a pacientes más vulnerables. El personal de salud menciona no contar con mobiliario y equipo para dar la atención completa a los pacientes. Las recomendaciones que surgen a partir de la actividad diagnóstica indican que se debe continuar con la retroalimentación entre el ISP y los Centros de Salud.[31]

En el año 2007, se realizó el segundo diagnóstico titulado "Diagnóstico de Salud del Centro de Salud José Antonio Maraboto", que tuvo por objetivo: evaluar los daños a la salud de la población, los factores de riesgo y explicitar las interpretaciones respecto de la calidad de atención, para proponer acciones específicas acorde con la situación identificada.

El diseño de este diagnóstico fue de corte cuantitativo y cualitativo; en el abordaje cuantitativo el instrumento para la recolección de datos consistió en un cuestionario que medía las siguientes variables: datos demográficos, utilización de los servicios de salud, mortalidad y morbilidad, en diferentes dimensiones como: IRA´s, EDA´s, Infecciones de Vías Urinarias (IVU), Hipertensión Arterial (HTA), infarto agudo al miocardio y accidentes de tráfico. Con respecto al diseño cualitativo éste fue interpretativo recuperando la información que dieron los usuarios, los trabajadores de servicios y los directivos, además de la entrevista focalizada como instrumento de recolección, también se utilizó una guía de observación y un grupo focal.

Obteniendo como resultados significativos, que la población de 15 a 19 años representan el 22% de la población total, mientras que los menores de 5 años representan el 4.3%, lo cual denota que se incrementa la longevidad y en consecuencia se incrementan los padecimientos crónicos degenerativos. Se identificó que los daños en IRA´s en menores de 5 años, se debe a la falta de la lactancia materna hasta los 6 meses de edad. Dentro de las propuestas de solución se plantea continuar y reforzar las campañas de promoción a la salud, dirigidas a los programas de IRA´s y EDA´s que reduzcan la incidencia de éstas. A pesar de ser un diagnóstico integral, los resultados obtenidos no describen la situación de salud de grupos vulnerables como los niños en edad escolar, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad.[32]

Debido a los convenios de la Unidad de Vida Saludable (UVISA), Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) y la Secretaria de Educación de Veracruz (SEV), se han realizado diagnósticos de salud, los cuales han sido de manera específica con la población escolar, dentro del marco del programa "Escuela y Salud". En el periodo comprendido del año 2010-2011 se llevaron a cabo las intervenciones en dos escuelas del turno matutino y una escuela de turno vespertino, perteneciente al área de influencia del Centro de Salud. En ambas se realizó la valoración del estado de salud, comprendiendo la evaluación del estado nutricional, detecciones de caries y mal oclusión, defectos posturales y de pie plano, pediculosis, agudeza visual y auditiva.

Los resultados más sobresalientes de estos diagnósticos de salud fueron los siguientes:[33]

- Esc. Prim. Juan Zilli Bernard (Turno Vespertino), la prevalencia de caries fue del 63%. Mientras el 16% de los escolares se encontraba en desnutrición extrema, el 23% con desnutrición leve, en estado normal de nutrición el 25%, en sobrepeso un 15% y obesidad el 21%.

- Esc. Prim. Carlos A. Carrillo (Turno Matutino), se detectaron 33.58% de la población con caries y 4.48% con algún tipo de mal oclusión ya sea en su dentición temporal, mixta o permanente. En pediculosis, se encontró que el 7% de los niños resultaron positivos a esta parasitosis y dada la naturaleza de esta condición que es sumamente contagiosa, mencionan que son necesarias las medidas higiénicas generales en todos los niños para detener la propagación entre el resto de los alumnos. También registran algunos casos de micosis. En cuanto al estado de nutrición, encontraron que

la mayor proporción son los estados de sobrepeso y obesidad, seguidos de los problemas de desnutrición leve y extrema. El 28% del alumnado, cursa con un estado de nutrición saludable o normal, seguida del 23% de alumnos con problemas de desnutrición, el 20% con problemas de obesidad y el 19% cursan con sobrepeso. En menor proporción, alumnos con problemas de desnutrición extrema con un 8%.

❗ Esc. Prim. Manuel C. Tello (Turno Matutino), la prevalencia de micosis y pediculosis fue del 75% y 81% en los menores del grupo de 2° grado, mencionan que esto se debe a una mala higiene y al uso de zapatos sintéticos. Los grupos de 3° y 4° también tuvieron problemas de este tipo con un 86% y un 79% respectivamente. En el grupo de 6° grado, se reportó un 76% de este mismo padecimiento. En cuanto a pediculosis, se detectó como problema grave en el grupo de 3° "A" y de manera aislada en algunos estudiantes de los grupos de 1° "A" y 1° "B", por lo que sugieren un seguimiento y valoración posterior. En cuanto al estado nutricio, encontraron que entre los menores del grupo de 1° "A" el 37% tiene un estado de nutrición normal y el resto cursa con problemas de desnutrición extrema y leve, representando esto un riesgo para su crecimiento y desarrollo. En contraste el 29% cursa con sobrepeso y obesidad, reflejo de los malos hábitos de alimentación en ambos casos descritos.[33]

Con base en la revisión histórica de los DSS, que se han realizado en la población que recibe servicio en el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", se debe señalar que los registros del estado de salud de grupos vulnerables como población infantil, adultos mayores y mujeres embarazadas son escasos, a pesar de que las recomendaciones de los diagnósticos previos, enfatizan que se deben intervenir en estos grupos.

Marco Contextual

En el municipio de Xalapa se localiza la Jurisdicción Sanitaria No. V, con presencia en 33 municipios, la cual tiene a su cargo una población de 895,042 habitantes, a su vez, esta Jurisdicción Sanitaria está conformada por 262 núcleos básicos, distribuidos en 86 Centros de Salud. Cada uno tiene a su cargo un área de responsabilidad para brindar servicios de salud.[34]

La ciudad de Xalapa cuenta con siete centros de salud: "Dr. Gastón Melo", Col. Emiliano Zapata, Col. Revolución, Miguel Alemán, Sebastián Lerdo de Tejada, Arroyo Blanco y "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", y tres hospitales: Centro de Especialidades Médicas "Dr. Rafael Lucio", Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" y Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón".

El Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", fue fundado en 1968 con el nombre de Centro Macuiltépetl, por iniciativa del Dr. Arenas y la Enf. Susana Cacho.[b] Actualmente este Centro de Salud tiene una población de 45,669 habitantes, de los cuales 26,822 personas están afiliadas a algún servicio de seguridad social y 18,847 personas no están afiliadas a alguna institución de seguridad social.

El área de responsabilidad se integra por 40 colonias: Pocitos, Fovissste, Luz del Barrio, Lomas de Chapultepec, Unidad y Trabajo, Loma Bonita, 24 de abril, Ferrer Guardia, Obrero Campesina, Progreso (antes de la Calle Chilpancingo), Rafael Lucio, Unidad del Bosque, Prol. Villa Hermosa, Magisterial, Hernández Ochoa, Ampliación de Virginia C. de Murillo Vidal, 10 de abril, 28 y 21 de marzo, Aguacatal, Luis Donaldo Colosio, 9 de abril, Miradores de San Roque, Gutiérrez Barrios, Veracruz, Jaramillo, Altamira, Diamante, Colinas de Xalapa, Lomas de San Roque, Lomas del Seminario, Framboyanes, Manantiales, Solidaridad, Nahuinoli, Niños Héroes, Insurgentes, Victimas de 16 de septiembre, Guadalupe Victoria, Renacimiento y Nuevo Renacimiento. Esta área de responsabilidad incluye 33 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB´s). Para ofertar el servicio de consulta externa a la población, se cuenta con trece núcleos básicos, los cuales se organizan en la sede: dos son externos, uno en la unidad Fovissste y otro en la colonia de Molinos de San Roque.

Este Centro de Salud es una unidad médica de primer nivel de atención, en donde se realizan acciones de promoción de salud, prevención y atención ambulatoria a la morbilidad. Con una plantilla laboral, integrada por el director Dr. Ángel Luis Cortes Lagunes, 23 personas del área de enfermería (enfermeras general "A", "B" y "C" titulado, enfermera jefe de servicios, enfermera general, técnica, enfermera especialista "A", auxiliar de enfermería "A" y "B" y enfermera general técnica), 18 médicos generales, 8 cirujanos dentistas, 4 nutriólogos, 2 trabajadoras social, 11 personas del área

b Narrado por la CD. Paula Landa Cano comunicación personal, 11 de octubre de 2011

administrativa (administrador, auxiliar administrativo, apoyo administrativo en salud, técnico en estadísticas en área médica, encargado de Recursos Humanos, analista) y tres pasantes de servicio social (una Psicóloga y dos Enfermeras).

Los horarios de atención son:

- Turno matutino 9:00-15:00, 7:00-14:30, 7:30-15:00, 8:00-15:30.

- Turno vespertino: 14:00-21:00 y 15:00-21:00. [c]

Los servicios que se ofrece en el Centro de Salud son: Servicios de consulta externa (turno mixto)

Consulta odontológica (turno matutino)
Consulta nutricional (turno matutino)
Consulta psicológica (turno matutino)
Trabajo Social (promoción de la salud)
Servicios de farmacia (turno mixto)

El Centro de Salud es el escenario en el cual se desarrollará la presente investigación. Esta unidad es considerada urbana, se encuentra ubicada en la calle Santiago Bonilla No.47, en la Colonia Obrero Campesina. En los alrededores de la unidad se encuentra un mercado, una plaza comercial, un tianguis, tiendas de abarrotes, locales comerciales y fondas. Las viviendas ubicadas en el contorno del centro tienen características muy diversas en cuanto a tamaño, materiales de construcción y diseño arquitectónico.

En la calle donde se localiza el Centro de Salud, hay un jardín de niños y una escuela primaria, un gimnasio, una bodega de la Secretaría de Salud, una fonda, dos tiendas de abarrotes, una estética, una carpintería, dos pollerías y una verdulería.

Dentro del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón" la SEV ubica 31 escuelas primarias públicas y privadas, incluyendo las del turno matutino y vespertino, de las cuales dos primarias públicas constituyeron la población de estudio: la Esc. Prim. América de la zona suburbana y la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona perteneciente a la zona urbana, ambas en la ciudad de Xalapa, Veracruz.

La Esc. Prim. Suburbana América, la cual pertenece a la SEV, se ubica en la calle Josefa Ortiz de Domínguez S/n, Col. Independencia, esta institución brinda atención a 355 estudiantes de educación básica en el turno matutino.

La propiedad de la Esc. Prim. América es estatal, el terreno de construcción es con desniveles. El edificio cuenta con una fachada, un acceso, dos niveles y dos edificaciones, una refleja su antigüedad debido a que a pesar de tener muros de concreto, el techo es de lámina galvanizada y presenta deterioro en la pintura. En contraste con el otro inmueble, que evidentemente es de reciente edificación, tiene un sistema de construcción de concreto armado, los muros están hechos de block y cancelería. Así mismo, la escuela tiene una cancha deportiva, pequeñas áreas verdes y una vía de acceso complementaria.

La Esc. Prim. América posee 11 aulas, una dirección, una pequeña cooperativa, servicio de sanitarios para alumnos y personal docente. No se identificó consultorio de atención médica. Sin embargo cuenta con Unidades de Servicios y Apoyo a la Educación Regular (USAER), para el cual tienen asignado un salón.

La Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona igualmente pertenece a la SEV, está ubicada en Ismael Cristein No. 204, Col. Rafael Lucio, esta primaria da atención a 319 niños en edad escolar de educación básica en el turno matutino.

Actualmente la estructura de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona está constituida por tres zonas de edificaciones de material de concreto con piso de mosaico, cuenta con dos canchas deportivas techadas, pasillo de acceso principal y una vía de acceso complementaria. Los edificios y entrepisos están construidos de concreto armado y los muros están hechos de block.

En el primer edificio se encuentra la dirección, servicios administrativos, aula de cómputo, biblioteca y 12 salones de clases, la construcción es de dos pisos. En el segundo edificio se encuentra un área destinada para guardar material que se emplea en clases de educación física y el servicio de USAER. Finalmente el edificio más pequeño corresponde a dos aulas y junto a éste se ubican los sanitarios para alumnos y personal docente. El inmueble cuenta con los servicios de agua potable, drenaje, energía eléctrica, alumbrado

---

c Información proporcionada por la CD. Paula Y. Landa Cano, comunicación personal , 5 de septiembre de 2011

público, al igual que la Esc. Prim. América.

En ninguna de las dos escuelas labora personal de salud, únicamente el personal es docente, administrativo y de intendencia.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la situación de salud de la población escolar de 6 a 12 años, de dos escuelas primarias del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

Objetivos Específicos

1. Conocer las características sociodemográficas de la población escolar en estudio.

2. Determinar los principales problemas de salud que afectan a la población escolar, como la prevalencia de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, micosis y pediculosis.

3. Determinar las prevalencias de desnutrición, sobrepeso y obesidad en la población escolar en estudio.

4. Identificar los hábitos saludables que practica la población escolar en estudio.

METODOLOGÍA

Criterios Generales de Planificación del Diagnóstico de Salud

La planificación de la propuesta para realizar el DSS inicia con la delimitación de la población que fue objeto de estudio para que, de esta manera, se determinara la situación de salud de los escolares en edad de 6 a 12 años, que acuden a dos escuelas primarias públicas que se encuentran en el área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

Las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia de la población de estudio se identificaron mediante el análisis de diagnósticos previos que se realizaron en el Centro de Salud. Otra fuente de información la constituyó el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), (ver anexo 1)

Como complemento a esta información, se realizó una búsqueda de las enfermedades prevalentes en la población infantil, la cual se hizo con la revisión, de la estadística de niveles de morbilidad de la población infantil a nivel Nacional y Estatal, así como de la ENSE (ver anexo 1).[8]

Con el objetivo de agrupar las patologías más importantes en la población, se consideró para su agrupación el Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles (CARMEN) de la OPS, la cual tiene como finalidad mejorar la salud de las poblaciones mediante la reducción de los factores de riesgo, asociados a las enfermedades no transmisibles (ENT). Dicha iniciativa servirá para la agrupación de patologías más importantes en la población de este estudio, en los siguientes rubros: 1) Enfermedades No Transmisibles, y 2) EnfermedadesTransmisibles.[35]

Los factores de riesgo de las enfermedades o eventos de interés para este estudio, se clasificaron en específicos y generales, para enfermedades transmisibles (ver tabla 1), y no transmisibles (ver tabla 2).

Tabla 1. Clasificación de enfermedades transmisibles consideradas para el diagnóstico de salud de escolares y factores de riesgo específicos y generales.

Enfermedades	Factores de riesgo específicos por enfermedad	Factores de riesgo generales
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	Débil alimentación de la leche materna durante los seis meses de vida. Desnutrición. Fumador pasivo. Residente de localidades con ambientes contaminados. Hacinamiento.	Edad Sexo Talla Peso Hábitos alimenticios Hábitos higiénicos Nivel socioeconómicos Actividad física Sobrepeso Desnutrición Sedentarismo Factores genéticos Alcoholismo Tabaquismo Ambiente obesigenico Condiciones sanitarias del agua de consumo Fauna nociva Eliminación de excretas Disposición de basura Contaminación Clima
Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	Consumo de agua o alimentos contaminados. Higiene personal deficiente. Desnutrición. Bajo peso al nacer. Hacinamiento.	
Enfermedades de la Piel	Hacinamiento. Higiene deficiente. Desnutrición Contacto con animales particularmente perros y gatos.	

Tabla 2. Clasificación de enfermedades no transmisibles consideradas para el diagnóstico de salud de escolares y factores de riesgo específicos y generales.

Enfermedades	Factores de riesgo específicos por enfermedad	Factores de riesgo generales
Desnutrición	Desnutrición en los primeros años de vida. Alimentación insuficiente. Enfermedades frecuentes. Higiene y saneamiento deficientes. Consumo de alimentos "Chatarra"	Edad Sexo Talla Peso Hábitos alimenticios Hábitos higiénicos Nivel socioeconómicos Actividad física Sobrepeso Desnutrición Sedentarismo Factores genéticos Alcoholismo Tabaquismo Ambiente obesigenico Condiciones sanitarias del agua de consumo Fauna nociva Eliminación de excretas Disposición de basura Contaminación Clima
Obesidad	Factores genéticos. Elevado consumo de harinas refinadas. Excesivo consumo de frituras, refrescos embotellados y golosinas. Sedentarismo.	

Definición Operacional de las Variables

Basados en la clasificación de las principales patologías que afectan a la población escolar, se identificaron las variables y se definieron conceptualmente; posterior a esto se operacionalizó cada una. El ejercicio de operacionalización de las variables, permitió construir el instrumento de recolección de datos, para el análisis de las condiciones de salud de la población, (ver anexo 2).

Tipo de Estudio y Diseño

El ejercicio del DSS se llevó a cabo en la población escolar de responsabilidad del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

El diseño para este diagnóstico fue de corte cuantitativo descriptivo, de tipo transversal, en escolares de dos primarias públicas que se ubican dentro del área de responsabilidad del Centro de Salud.

Cabe mencionar que el levantamiento de la información de campo fue recolectada del día 25 de octubre al día 15 de noviembre de 2011.

Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra

El universo de estudio fue la población de responsabilidad del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", el cual cuenta con 45,669 habitantes, distribuidos en 33 AGEB´s. La población objetivo fueron los niños de edad escolar, entre 6 y 12

años, que asistieron dos escuelas primarias públicas que se encuentran en las AGEB´s de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

La unidad de muestreo fueron las escuelas, ya que dentro del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", la SEV ubica 31 escuelas primarias públicas y privadas incluyendo los turnos matutino y vespertino.

El muestreo fue por conveniencia, en el cual, de acuerdo a las necesidades del Centro de Salud, se seleccionaron dos escuelas primarias públicas una catalogada como urbana y otra como suburbana, el objetivo fue colaborar con el Centro de Salud ayudándole a registrar el estado de salud de los niños de las escuelas y por otra parte realizar un comparativo de la situación de salud de los niños que acuden a escuela del área urbana y del área suburbana.

Al decidir las escuelas en las que se realizaría el DSS se aplicaron los siguientes criterios:

Inclusión

- Escuelas que el Centro de Salud consideró que los escolares tienen deficiencias en su salud
- Escuelas primarias públicas
- Atenidas por el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"
- Escuelas que laboraran en el turno matutino

Exclusión:

- Escuelas primarias que contaran con DSS realizado por Unidad de Vida Saludable (UVISA)
- Escuelas primarias que a juicio del personal del Centro de Salud se ubicaran en una zona de inseguridad
- Encuestas que no cuenten con un mínimo de 75% de llenado

Al aplicar estos criterios se incluyeron dos Primarias: La Escuela Primaria América ubicada en zona suburbana y la Escuela Primaria Gral. Heriberto Jara Corona ubicada en la zona urbana, ambas pertenecientes al área de influencia del Centro de Salud. "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

Procedimientos para la Recolección de Información, Instrumentos utilizados y Métodos para el Control y Calidad de Datos

Para la recolección de datos para conocer el estado de salud de los escolares así como, los factores de riesgo en la población de estudio, se aplicó una encuesta a los padres o tutores de cada menor que acude a las escuelas primarias seleccionada para el estudio.

Para obtener la información sobre hábitos saludables, morbilidad, así como características sociodemográficas de la población en estudio, se construyó un cuestionario que consta de 60 preguntas, las cuales fueron contestadas por los padres o tutores de los niños de las escuelas participantes, (ver anexo 3).

Así mismo, se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) y se determinó el estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC). Finalmente se verificó la presencia de probable micosis en manos y pies así como de pediculosis.

Validación del Instrumento

Para la validación del cuestionario se realizaron dos revisiones previas con las asesoras del equipo de trabajo, donde se detectaron una serie de errores, que fueron corregidos previos a la prueba piloto.

La prueba piloto se llevó a cabo el día 21 de octubre de 2011, en la Esc. Prim. Leyes de Reforma, del turno vespertino, ubicada en Prolongación Acueducto 250, Lomas de San Roque en la ciudad de Xalapa, que pertenece al área de responsabilidad del Centro de Salud, esto con el objetivo de abordar una población con características similares a la población con la que se trabajó. Durante la prueba se detectaron algunos errores que más tarde fueron corregidos, así mismo, durante la aplicación del cuestionario a los padres de familia, se obtuvo el tiempo en el cual los padres contestaban los cuestionarios que, en promedio, fue de 30 minutos.

Una vez que se realizaron los ajustes finales del instrumento validado se procedió a realizar la recolección de los datos de la población de estudio.

La Estrategia de Recolección de la Información

La estrategia de recolección de la información comprendió dos fases:

La primera consistió en recabar información documental de fuentes como el SUIVE, SIS y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Así mismo, se recurrió a fuentes externas como el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).

La segunda fase, consistió en el levantamiento de la información a través de cuestionarios dirigidos a los padres o tutores de los escolares. El cuestionario abordó dos apartados: salud y nutrición.

1. Salud: en este apartado se hizo recolección de datos acerca de su condición sociodemográfica, de los servicios de salud, de enfermedades como las IRA´s, EDA´s, pediculosis y micosis, así como también de los hábitos de higiene.

2. Nutrición: el segundo apartado consistió en realizar las mediciones antropométricas y obtención de información referente a hábitos alimenticios. Es preciso mencionar que para el registro de medidas antropométricas, fue necesario contar con instrumentos como básculas y cintas métricas.

Consideraciones Éticas

Se elaboraron cartas de consentimiento informado dirigidas a los padres de familia o tutores de los escolares, dentro del contenido del consentimiento se expusieron los objetivos del DSS y de las mediciones antropométricas que se realizaron a los escolares para el estudio.

Asimismo, en los cuestionarios se incluyeron las cláusulas de confidencialidad que reflejan que por ningún motivo se publicarán los nombres de los alumnos participantes en el estudio. Los resultados se presentaron en forma agregada, para garantizar la confidencialidad de los alumnos que colaboraron en la encuesta, (ver anexo 3).

Indicadores Utilizados para la Descripción

En la tabla 3 se puede observar los indicadores empleados para la descripción de la información obtenida a través del instrumentos aplicado a los tutores o padres de familia y las medidas antropométricas hechas a los escolares, así como la revisión de cabeza, manos y pies para valorar la probable presencia de pediculosis y micosis, respectivamente.

Tabla 3. Descripción de Indicadores para el análisis del Diagnóstico de la Situación de Salud de la población de 6 a 12 años de dos Escuelas Primarias del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

	Indicador	
Características sociodemográficas	! Distribución por edad en grupos de edad y por sexo. ! Razón hombre mujer. ! Distribución por lugar de residencia (colonia). ! Distribución por nivel de escolaridad (≥ 12 años). ! Distribución por condición de actividad económica (≥ 12 años). ! Proporción de población analfabeta por sexo (≥ 15 años). ! Distribución del nivel económico familiar. ! Frecuencia de hacinamiento. ! Proporción de viviendas en condiciones desfavorables	
Morbilidad	Prevalencia	Infección respiratoria aguda en niños durante las dos semanas previas a la entrevista: prevalencia general, por edades desplegadas y por sexo
		Enfermedad diarreica aguda en niños durante las dos semanas previas a la entrevista: prevalencia general, por edades desplegadas y por sexo
		Presencia de alteraciones de la piel de manos y pies causada por hongos
		Presencia de piojos y liendres en piel cabelluda

Hábitos de salud	Higiene Personal Adecuada / Inadecuada	! Lavado de manos ! Cambio de Ropa ! Frecuencia de baño corporal
	Higiene Oral Adecuada /Inadecuada	! Frecuencia de Cepillado ! Frecuencia de vista odontológica
	Alimentació n Adecuada/ inadecuada	! Frecuencia de comidas y colaciones realizas al día. ! Frecuencia de consumo de grupos de alimentos ! Tipo de agua de consumo ! Cantidad de consumo de agua natural y sabor ! Cantidad de consumo de refresco
Estado Nutricio	! Desnutrición ! Peso ideal ! Sobrepeso ! Obesidad	
Recursos, servicios y programas de salud	! Distribución del tipo de derechohabiencia por edad y sexo. ! Distribución por servicios de salud utilizados ! Frecuencia de consulta médica ! Lugar de última visita al médico	

Plan de Análisis de los Resultados

El análisis de los resultados se hizo, tanto de la información recabada por los sistemas de información del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", como de los datos recolectados a través de las encuestas aplicadas a los tutores de los escolares. Este análisis fue primordialmente descriptivo.

De la fuente de información SIS, SINAIS y ENSE se analizaron las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población en edad escolar, así mismo, de la fuente de información SUIVE, se analizaron los eventos incidentes en la población de 5 a 9 años, cabe mencionar que éste es el rango poblacional establecido por este sistema de información y resulta ser el más cercano a la población de este estudio, los datos en éste describieron la distribución porcentual de los nuevos casos, según el evento.

En cuanto a la recolección de la información a través de la aplicación del instrumento a los tutores, se planeó aplicar 500 cuestionarios a los padres de familia, abarcando el universo de cada institución participante, una escuela con 225 (Esc. Prim. América) y otra con 275 (Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona) padres de familia. Así mismo se establecieron estrategias para la obtención de la información, ya que no todos los tutores de los escolares acudieron a las primarias a contestar el cuestionario. Las estrategias fueron las siguientes:

! Se les entregó con 48 horas de anticipación a los alumnos los citatorios para los padres de familia o tutores, para que acudieran a la institución a contestar el instrumento, sin embargo, la respuesta obtenida fue deficiente ya que sólo acudieron menos del 50% de padres de familia citados, en ambas escuelas.

! A los que no acudieron se les envió el cuestionario para que lo contestaran en casa, y lo regresaran con su hijo, sin embargo fueron pocos los cuestionarios que devolvieron, debido a que los escolares olvidaron entregarlo a sus padres, otros, incluso, no lo llevaron, situaciones que fueron difíciles de controlar por el equipo.

! Se pidió apoyo del personal docente para coordinar la entrega de los cuestionarios a los tutores de los escolares, sin embargo en la Esc. América no se logró completar el total de cuestionarios, obteniendo 145 cuestionarios completos, lo que significa que la tasa de respuesta fue de 64 por cada 100 tutores participantes, no obstante en la Esc. Gral. Heriberto Jara Corona fue mayor la cobertura, lográndose abarcar 193 cuestionarios completos, es decir la tasa de respuesta en esta escuela fue de 70 por cada 100 tutores encuestados.

! Así mismo, se pidió autorización a cada docente responsable del grupo para realizar la medición de los escolares y la revisión de cabeza, manos y pies, sin embargo, un grupo de la Esc. Gral. Heriberto Jara Corona, no participó por decisión del maestro de grupo.

Únicamente se incluyeron en el análisis las encuestas que tuvieran el 75% de llenado como se estableció dentro de los criterios de exclusión. Es decir, encuestas que además de estar identificadas cuenten con el peso y la talla del estudiante, por lo que los resultados obtenidos son de 338 encuestas correspondientes a información de los escolares de las primarias que participaron en este ejercicio.

Una vez capturada la información de las encuestas donde se incorporó las respuestas de los escolares y los padres de familia o tutores, se sistematizaron los datos utilizando el software SPSS. Versión 18. Los análisis estadísticos, se hicieron usando esta herramienta informática y se analizaron datos de frecuencia y porcentajes con las variables sociodemográficas, esto con la finalidad de describir las condiciones, sociales y económicas del contexto donde se desarrollan los escolares de 6 a 12 años. De igual manera este análisis de frecuencias se realizó con todas las variables contempladas en el diseño del estudio.

Debido a que lo planeado fue trabajar con los universos de las escuelas, se decidió realizar estadísticos descriptivos, así como análisis bivariables, con el objetivo de realizar una posible asociación entre las variables de IRA, EDA, hábitos higiénicos y condiciones de hacinamiento. Es importante señalar que este último indicador nos permitió aproximarnos a una asociación, ya que la razón de momios (OR) como medida de asociación no fue viable emplearla puesto que solo se aplica cuando se trabaja con muestras.[d]

El análisis de los datos de peso y talla, sirvió para calcular el IMC, de los escolares, con este índice se conoció y describió el estado nutricional de los niños y niñas que son sujetos de este estudio.

Para el análisis de la información, se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas como: distribución de frecuencias y proporciones. Para fines comparativos el análisis se realizó por escuela.

RESULTADOS

Para organizar los resultados de la información recabada en 338 encuestas, de las cuales 145 se recuperaron en la Esc. Prim. Suburbana América y 193 en la Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona, se tomaron en cuenta los siguientes puntos: aspectos sociodemográficos, análisis de morbilidad, hábitos de salud, estado nutricio y hábitos alimenticios.

Características Sociodemográficas

Las principales características para el análisis sociodemográfico fueron las siguientes:

- Distribución de escolares por edad y por sexo.
- Distribución por lugar de residencia (colonia).
- Distribución por nivel de escolaridad de los tutores de los escolares (≥ 12 años).
- Distribución por condición de actividad económica de los tutores de los escolares (≥ 12 años).
- Proporción de población analfabeta (≥ 15 años).
- Distribución por nivel de ingreso económico familiar.
- Frecuencia de hacinamiento.
- Proporción de viviendas en condiciones desfavorables[32]

En las tablas 4 y 5 se puede observar la proporción de los escolares distribuidos por edad y sexo, correspondientes a las escuelas encuestadas, Esc. Prim. América (suburbana) y Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (urbana).

---

d e En comunicación directa: Dr. Jaime Morales Romero, comunicación directa, asesoría externa octubre 2011.

Tabla 4. Distribución de los escolares por sexo y edad de la Esc. Prim. América (suburbana)

	Niño		Niña	
Edad (años)	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
6	17	11.7	12	8.3
7	12	8.3	6	4.1
8	7	4.8	12	8.3
9	7	4.8	9	6.2
10	11	7.6	16	11.0
11	9	6.2	10	6.9
12	4	2.8	13	9.0
Total	67	46.2	78	53.8

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Tabla 5. Distribución de los escolares por sexo y edad de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (urbana)

	Niño		Niña	
Edad (años)	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
6	21	10.9	32	16.6
7	24	12.4	14	7.3
8	14	7.3	26	13.5
9	9	4.7	14	7.3
10	3	1.6	8	4.1
11	8	4.1	13	6.7
12	5	2.6	2	1.0
Total	84	43.5	109	56.5

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Como se puede observar en la tabla 4, la Esc. Prim. América mantiene un 53.8% de población del sexo femenino en relación con el sexo masculino que fue de 46.2%, con estos datos obtenemos la una razón niño-niña de 0.85:1, lo cual quiere decir que, por cada 0.85 niño hay una 1 niña, (ver tabla 6). Así mismo como vemos en la tabla 5, en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona se observa la misma situación, mayor proporción en las niñas con un 56.5% en relación con los niños que fue de 43.5%, con una razón niño-niña de 0.77:1, esto es, por cada 0.77 niño hay 1 niña, (ver tabla 7).

Tabla 6. Razón hombre-mujer Esc. Prim. América (suburbana)

	Frecuencia	**Porcentaje**	**Razón niño-niña**
Niño	67	46.2	
Niña	78	53.8	
Total	145	100	0.85: 1

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre – noviembre 2011

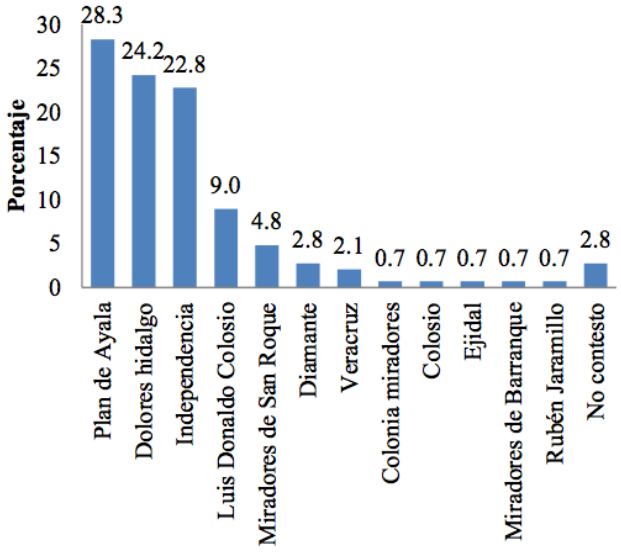
Tabla 7. Razón hombre-mujer Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (urbana)

	Frecuencia	Porcentaje	Razón niño-niña
Niño	84	43.5	
Niña	109	56.5	
Total	193	100	0.77: 1

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre – noviembre 2011

En lo que corresponde a la distribución y lugar de residencia se construyeron los gráficos de acuerdo a las colonias en donde habitan las familias de los escolares, como se puede observar en el gráfico 1, la mayor parte de las familias de los menores que asisten a la Esc. Prim. América viven en la colonia Plan de Ayala con un 28.3%, seguida por la colonia Dolores Hidalgo e Independencia, con un 24.2% y 22.8% respectivamente.

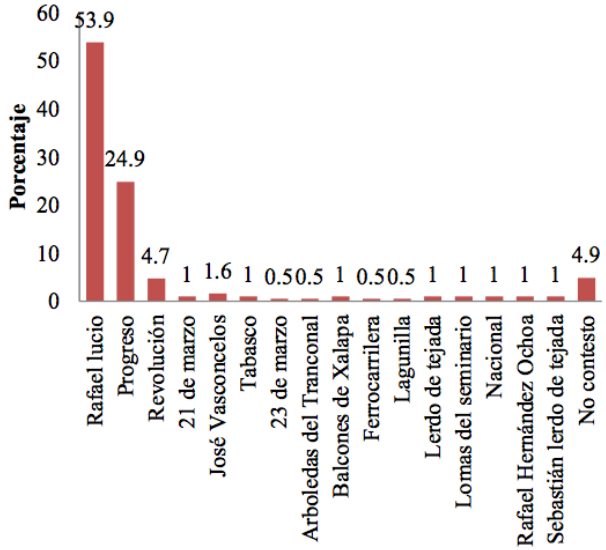
Gráfico 1. Distribución por lugar de residencia de la Esc. Prim. América



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En lo que respecta a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, gráfico 2, el mayor porcentaje de familias vive en la colonia Rafael Lucio (53.9%), seguida por la colonia Progreso (24.9%) y Revolución (4.7%), todas estas ubicadas dentro del Municipio de Xalapa.

Gráfico 2. Distribución por lugar de Residencia de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona

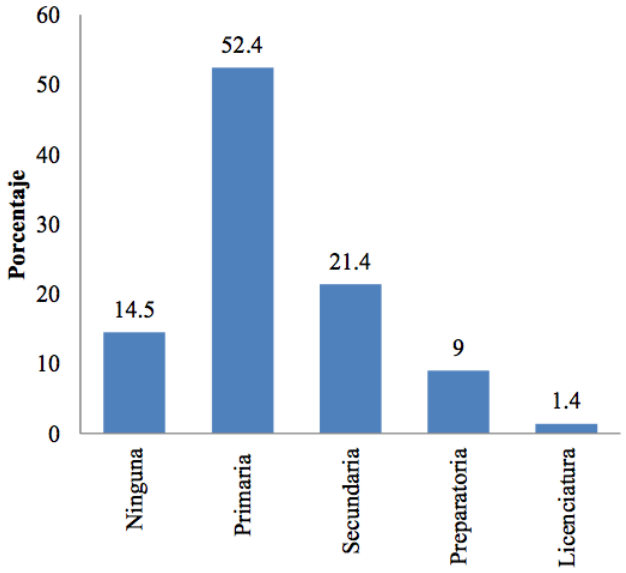


Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

De acuerdo al nivel de escolaridad de los miembros de las familias encuestadas, (ver gráfico 3), se observa que el 52.4% de los padres o tutores de los escolares que acuden a la Esc. Prim. América tienen grado máximo de estudios de primaria, continuando con los padres o tutores que tienen secundaria que corresponden al 21.4% y finalmente el 9% con estudios de preparatoria. Es importante considerar que el 14.5% de los tutores o padres de los escolares, no tienen escolaridad.

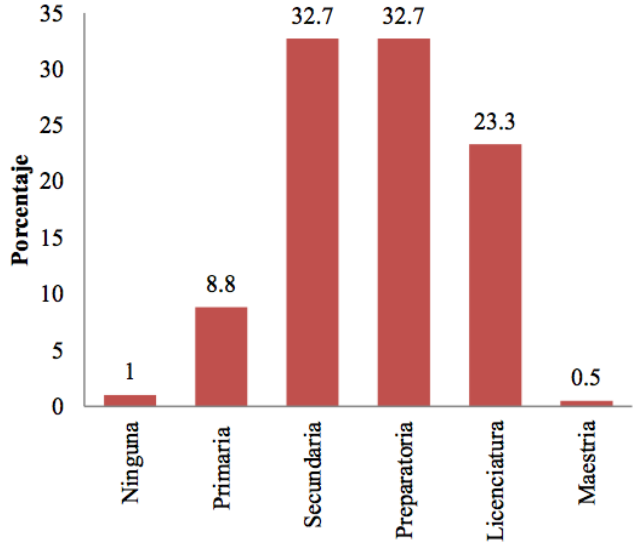
En lo que respecta a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, observamos en el gráfico 4 que los padres de familia de los escolares que acuden a esta escuela tiene un nivel de estudios mayor que la Esc. Prim. América, ya que el 32.7% de padres refieren contar con estudios de secundaria, el mismo porcentaje tiene preparatoria, el 23.3% tiene licenciatura y el 0.5%, tiene grado de maestría.

Gráfico 3. Escolaridad de los Padres de Familia, escolares de Esc. Prim. América



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

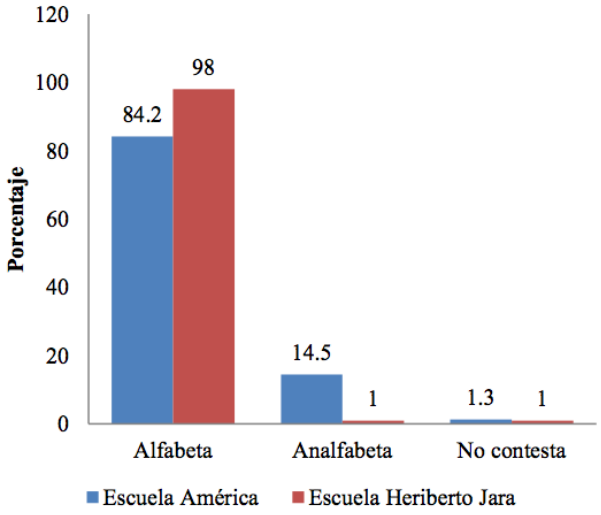
Gráfico 4. Escolaridad de los Padres de Familia, escolares de Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En cuanto a la proporción de personas analfabetas, (ver gráfico 5), es mayor en la población de familias de alumnos de la Esc. Prim. América (14.5%) en comparación con las familias de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (1%).

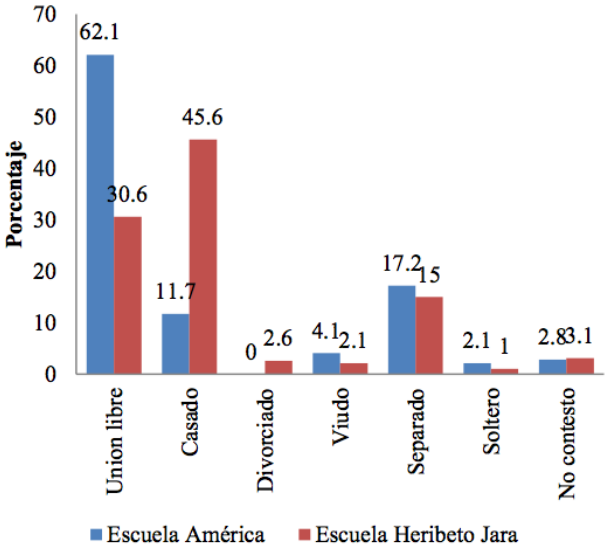
Gráfico 5. Condición de Analfabetismo de los padres de familia o tutores de escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Como se puede observar en el gráfico 6, el mayor porcentaje (62.1%) de los padres de los escolares de la Esc. Prim. América viven en unión libre, mientras que solo el 11.7% es casado y el 17.2% son separados. En contraste con los padres de familia de los alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, de los cuales el 45.6% está casado, el 30.6% se encuentra en unión libre y el 15% se encuentra separado de su pareja.

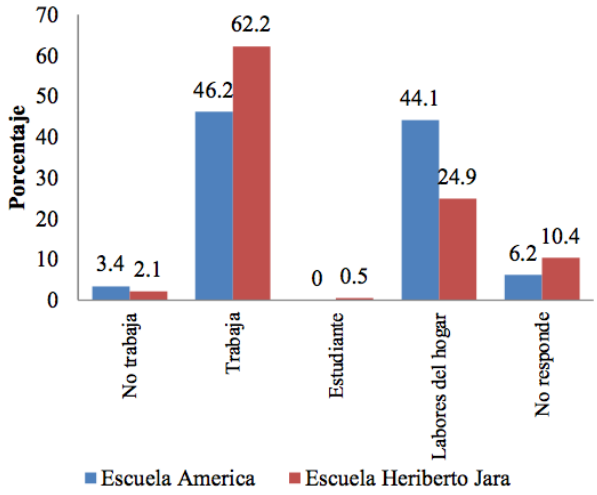
Gráfico 6. Estado civil de los padres de familia de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

La distribución por actividad económica de los padres de familias encuestados fue la siguiente: en la Esc. Prim. América, el 46.2% trabaja, el 44.1% se dedica a labores del hogar, el 3.4% no trabaja y el 6.2% de los encuestados no contestaron este apartado. Con respecto a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, se observa que el 62.2% de los padres trabajan, el 24.9% se dedica a labores del hogar, el 2.1% no trabaja y el 0.5% reportó ser estudiante y el 10.4% no proporcionó información en este apartado, (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución por Condición de Actividad Económica de los padres de familia de los alumnos que asisten



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

El ingreso económico familiar fue medido en función del salario mínimo, para lo cual se calculó el equivalente de salarios mínimos a ingreso mensual. En la tabla 8 se puede ver que el 32.4% de las familias de los escolares de la Esc. Prim. América tiene un ingreso mensual de 850 a 1,700 pesos, lo que equivale a ganar hasta un salario mínimo al día. Mientras que el 29% de las familias de esta misma escuela, tienen un ingreso mensual de menos de 850 pesos, esto es, el ingreso diario es de menos de un salario mínimo.

En lo que respecta a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, el 20.7% de las familias de los escolares tiene un ingreso familiar de 2 a 3 salarios mínimos diarios, esto es, un ingreso de 3,401 a 5,103 pesos mensuales. El 20.2% tiene un ingreso familiar de 850 a 1,700 mensuales, lo que significa que estas familias tienen un ingreso diario de hasta un salario mínimo. En comparación con la Esc. Prim. América, en la que el 29% de las familias ganan menos de un salario mínimo diario, en ésta escuela solo el 6.7% de las familias ganan menos de un salario mínimo al día, y el 11.9% ganan de 3 hasta 5 salarios mínimos diarios, (ver tabla 8).

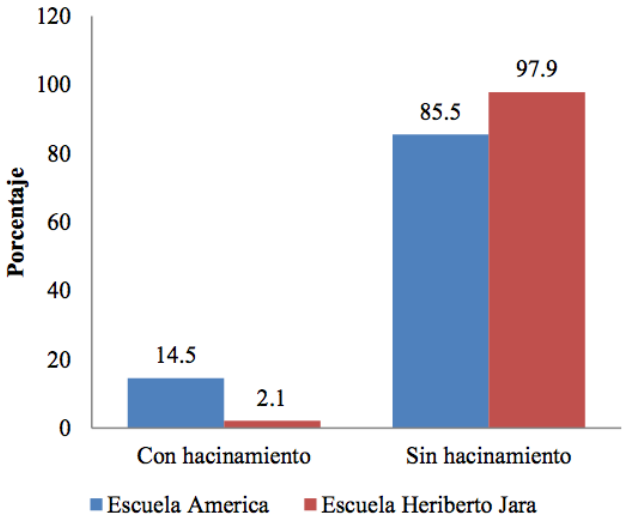
Tabla 8. Ingreso Económico Familiar Mensual de los Padres de Familia de los Alumnos de las Escuelas Primarias Participantes

Ingreso mensual familiar	Esc. Prim. América (suburbana)		Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de $850	42	29.0	13	6.7
De $850 a $1700	47	32.4	39	20.2
De $1700 a $3400	27	18.6	38	19.7
De $3401 a $5103	13	9.0	40	20.7
De $5104 a $7804	1	0.7	23	11.9
Más de $7805	4	2.8	15	7.8
No responde	11	7.6	25	13.0
Total	145	100.0	193	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En lo que se refiere al hacinamiento existente en los hogares de los niños participantes, se encontró que en la Esc. Prim. América el 14.5% de los hogares viven en condiciones de hacinamiento, en contraste con la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona en la que solo el 2.1% de las familias vive en estas condiciones, (ver gráfico 8).

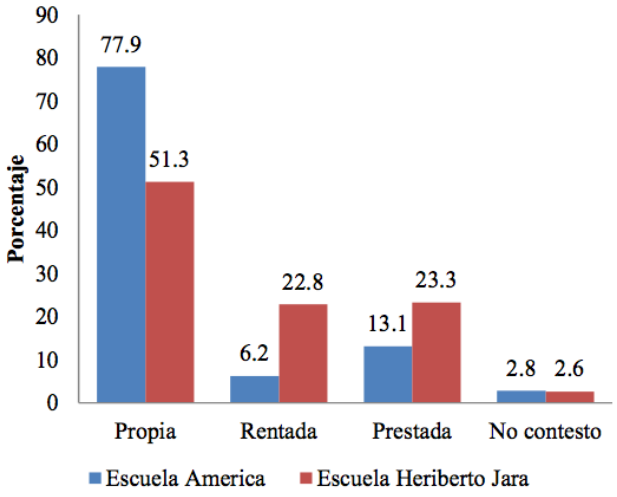
Gráfico 8. Frecuencia de Hacinamiento de las familias de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En lo que respecta al tipo de vivienda, se observa que el 77.9% de las familias de los niños que acuden a la Esc. Prim. América, tienen vivienda propia, mientras que el 51.3% de las familias de los niños que asisten a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, cuentan con su propia vivienda, en este caso, el porcentaje de familias que rentan vivienda es mayor en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona con un 22.8%, en comparación con las familias de la Esc. Prim. América con un 6.2%, (ver gráfico 9).

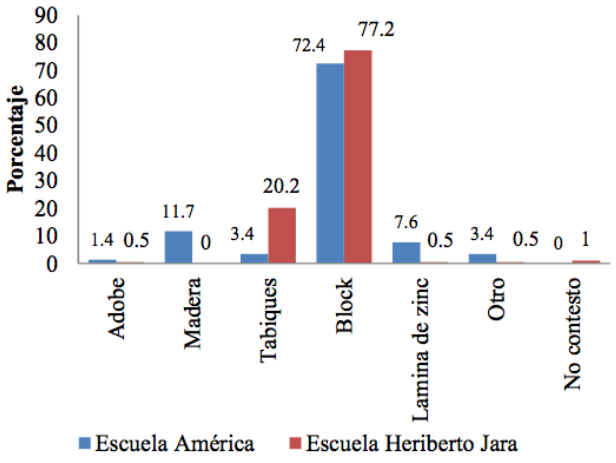
Gráfico 9. Tipo de Vivienda de las Familias de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

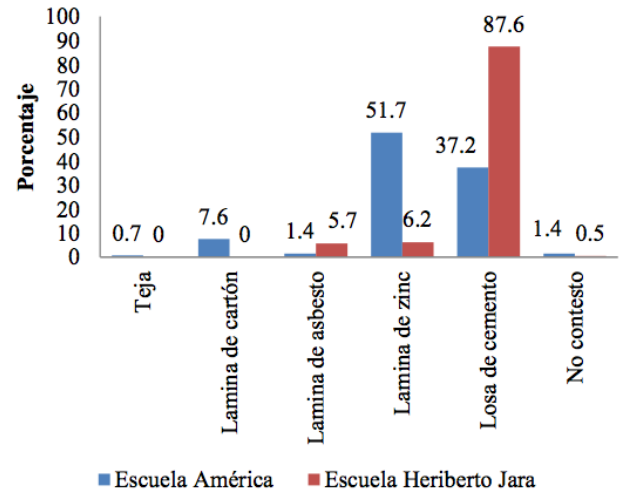
La proporción de viviendas en condiciones desfavorables[32] es baja, en los gráficos 10 y 11 se puede ver que más del 70% de las viviendas de las familias de ambas escuelas tienen los muros de block, el techo de las viviendas de los escolares de la Esc. Prim. América en la mayoría de los casos (51.7%) es de lámina de zinc, mientras que las viviendas de los escolares que asisten a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, son de techo de cemento (87.6%).

Gráfico 10. Tipo de Material de los Muros de la Vivienda de las familias de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

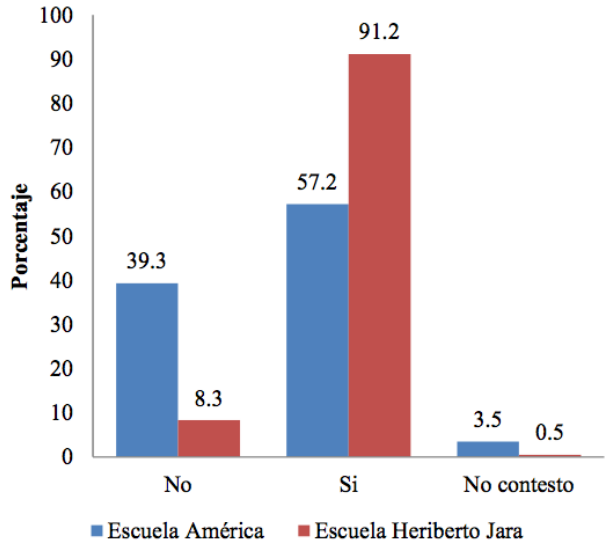
Gráfico 11. Tipo de Material de Construcción Techo de la vivienda de las familias de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Así mismo, puede notarse que el 39.30% de las viviendas de los niños de la Esc. Prim. América no cuenta con drenaje, al contrario de las viviendas de los niños de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona de las cuales solo el 8.3% no cuentan con drenaje, (ver gráfico 12).

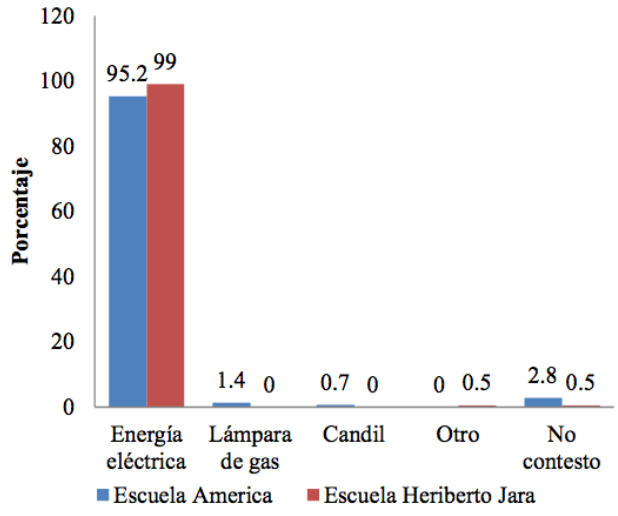
Gráfico 12. Servicio de Drenaje en la Vivienda de las familias de los escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En ambos casos, la iluminación que emplean las viviendas fue energía eléctrica, (ver gráfico 13).

Gráfico 13. Tipo de Iluminación en la Vivienda de las familias de los escolares de ambas escuelas



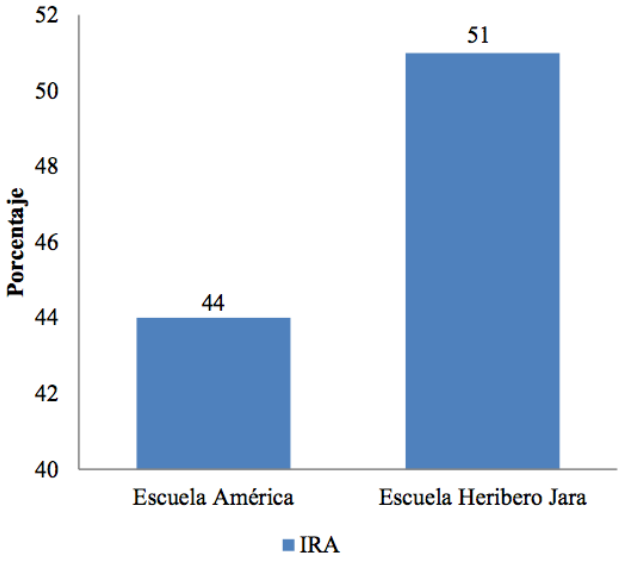
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

6.2 Análisis de Morbilidad

6.2.1 Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La prevalencia de IRA para las dos escuelas, refiere no ser mayor del 50%, los niños y niñas de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, refieren haber presentado alguna IRA, quince días antes de la encuesta, con un porcentaje del 51%; observando menor prevalencia en la Esc. Prim. América con un 44%, cabe destacar que el 5% faltante corresponde a los tutores que no respondieron, (ver gráfico 14).

Gráfico 14. Identificación de Infección Respiratoria en alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

El porcentaje de prevalencia en IRA´s se presentó en mayor proporción en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona.

Según el rango de edad, la prevalencia de las IRA es mayor en el grupo de entre 6 y 9 años de edad, tanto para la Esc. Prim. América, como para la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, (ver tabla 9).

Tabla 9. Identificación de IRA en las dos escuelas, según rango de edad.

	Rango de Edad	**Esc. Prim. América (suburbana)**	**Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)**
Presentaron IRA	Entre 6 y 9 años	50%	52.9%
	Entre 10 y 12 años	36.5%	43.6%
No presentaron IRA	Entre 6 y 9 años	40.2%	43.8%
	Entre 10 y 12 años	58.7%	56.4%
No lo recuerdan	Entre 6 y 9 años	7.3%	1.3%
	Entre 10 y 12 años	1.6%	0

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

El análisis de los datos recabados en las encuestas, permite una aproximación a los factores de riesgo, características como condiciones de hacinamiento en los hogares, son comúnmente relacionadas con enfermedades trasmisibles. Para el caso de los estudiantes, se encontró que, lo escolares que viven en condiciones de hacinamiento, el 54.7% de la Esc. Prim. América presentaron IRA´s, y el 41.8% de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona enfermaron de IRA, (ver tabla 10).

Tabla 10. Identificación de IRA en las dos escuelas y Hacinamiento en la vivienda

	Hacinamiento	**Esc. Prim. América (suburbana)**	**Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)**
Presentaron IRA	Con hacinamiento	54.7%	41.8%
	Sin hacinamiento	45.3%	58.2%
No presentaron IRA	Con hacinamiento	50%	35.6%
	Sin hacinamiento	50%	64.4%

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Otra característica a tener en cuenta, es el tipo de combustible utilizado para la cocina, en las viviendas de los estudiantes, la utilización de leña, se relaciona con la presencia de enfermedades de tipo respiratorio. De los padres y madres de familia que identificaron la presencia de probable IRA quince días antes de la encuesta y que en sus viviendas, utilizaban leña, como

combustible para cocinar corresponde al 7.6% del total de los encuestados, equivalente a 27 estudiantes. De este total, quienes refieren haber enfermado quince días antes de la encuesta, son el 33.3% de los estudiantes de la Esc. Prim. América y 66.7% en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, (ver tabla 11).

Tabla 11. Identificación de IRA en las dos escuelas y utilización de leña como combustible para la cocina

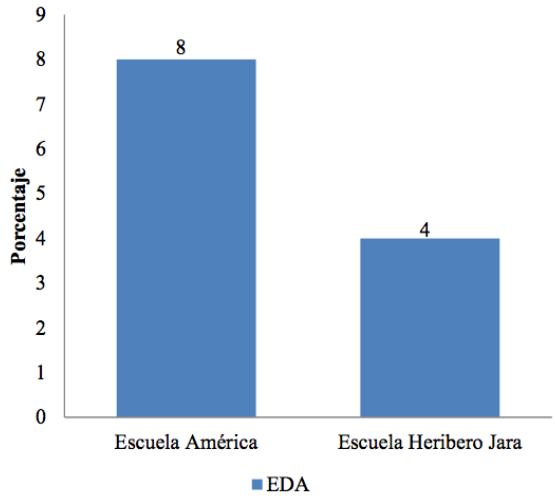
	Combustible para cocinar	Esc. Prim. América (suburbana)	Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)
Presentaron IRA	Cocinan con leña	33.3%	66.7%
	No cocina con leña	47.1%	50.5%
No presentaron IRA	Cocina con leña	62.5%	33.3%
	No cocinan con leña	44.5%	46.8%

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La prevalencia de EDA en ambas escuelas, dos semanas previas al levantamiento de la información fue de 6%. Las EDA´s que se identificaron en las Escuelas América y Gral. Heriberto Jara Corona, presentan una prevalencia del 8% y 4% respectivamente, (ver gráfico 15); esto sugiere que es mayor la prevalencia en la Esc. Prim. América y que posiblemente tenga relación con algunas condiciones higiénico sanitarias, en las que viven estos infantes.

Gráfico 15. Identificación de EnfermedadDiarreica Aguda en alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

De los estudiantes que enfermaron de EDA, en los últimos quince días antes de la encuesta, se realizaron las siguientes interpretaciones:

Tabla 12. Identificación de EDA en las dos escuelas, según rango de edad

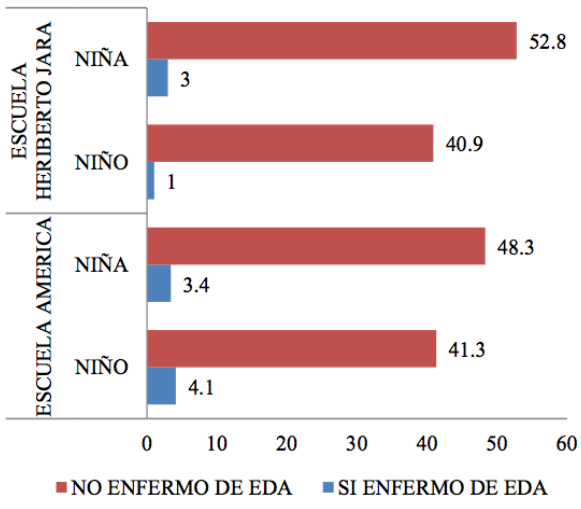
	Rango de Edad	Esc. Prim. América (suburbana)	Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)
Presentaron EDA	Entre 6 y 9 años	81.8%	75.0%
	Entre 10 y 12 años	18.2%	25.0%
No presentaron EDA	Entre 6 y 9 años	53.8%	79.4%
	Entre 10 y 12 años	46.2%	20.6%

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Como se observa en la tabla 12, los estudiantes que enfermaron de EDA, quince días antes de la encuesta, se distribuyen con mayor porcentaje en el rango de 6 a 9 años, con un 81.8% en la Esc. Prim. América y un 75% en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona.

La identificación de EDA, fue mayor en los niños de la Esc. Prim. América, con un 4.1%, comparado con las niñas equivalente a un 3.4%. La distribución por sexo en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, presentó un comportamiento diferente, observándose que el mayor porcentaje de probable presencia de EDA, se presentó en las niñas con un 3%, comparado con el 1% de los niños, (ver gráfico 16).

Gráfico 16. Identificación de EDA en las escuelas. Distribucion por sexo



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Del porcentaje de estudiantes que enfermaron de EDA en los últimos quince días, el 27.3% de escolares de la Esc. Prim. América, que no tienen drenaje en casa, enfermaron de EDA. De manera contraria, los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, más del 90% cuenta con drenaje en su vivienda por lo que el 91.7% no presentaron EDA, (ver tabla 13).

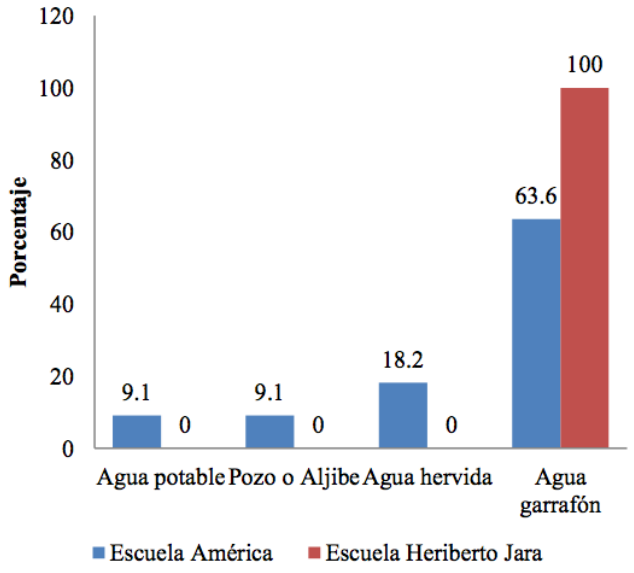
Tabla 13. Identificación de EDA y tipo de drenaje en la vivienda

	Drenaje	**Esc. Prim. América (suburbana)**	**Esc. Prim. Heriberto Jara (urbana)**
Presentaron EDA	Cuenta con drenaje en casa	72.7%	100%
	No cuenta con drenaje	27.3%	0
No presentaron EDA	Cuenta con drenaje en casa	56.2%	91.7%
	No cuenta	40.8%	8.3%

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Una característica que se establece con frecuencia en la presencia de algunas enfermedades diarreicas, es el consumo de agua y su fuente, para este caso, como se observa en el gráfico 17, la mayoría de los niños y niñas que presentaron EDA en los últimos 15 días, consumen con mayor frecuencia agua de garrafón.

Gráfico 17. Tipo de Consumo de Agua y prescencia de EDA



Otra aproximación que fue posible realizar con las encuestas a los padres y madres de los escolares, fue sus hábitos higiénicos y también fue posible, relacionar el hábito de lavado de manos, antes de comer y después de ir al baño con la presencia de EDA.

Encontrándose que el mayor porcentaje presentado es la no presencia de EDA en los estudiantes y esto ocurre cuando se lavan las manos antes de comer, en las Escuelas América y Gral. Heriberto Jara Corona con un 88.7% y 91.6% respectivamente, (ver tabla 14 y 15).

Tabla 14. Identificación de EDA en los escolares y lavado de manos antes de comer. Esc. Prim. América (Suburbana)

Presencia de EDA	Lavado de manos antes de comer				
	SI		**NO**		**Total**
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Presenta EDA	11	7.6	0	0	7.6
No presenta EDA	127	88.7	2	1.4	90.1
No recuerda	0	0	0	0	0
No responde	3	2.1	0	0	2.1
Total	141	98.4	2	1.4	99.8

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Tabla 15. Identificación de EDA en los escolares y lavado de manos antes de comer. Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (Urbana)

Presencia de EDA	**Lavado de manos antes de comer**				
	SI		NO		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Presenta EDA	8	4.1	0	0	4.1
No presenta EDA	177	91.6	4	2	93.6
No recuerda	2	1	0	0	1
No responde	2	1	0	0	1
Total	189	97.7	4	2	99.7

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Ante la pregunta del lavado de manos después de ir al baño, la identificación de EDA (ver tabla 16 y 17), cuando los estudiantes no se lavan las manos después de ir al baño, es mínima, únicamente el 0.7% de escolares, de la Esc. Prim. América, que no se lavan las manos después de ir al baño presentaron EDA, a pesar de lo anterior, es relevante el lavado de manos, porque, en las dos escuelas, la mayoría de los estudiantes que se lavan sus manos después de ir al baño, no refieren haber enfermado de EDA, en los últimos quince días. Así, en

la Esc. Prim. América un 87.1% de escolares que señaló lavarse las manos después de ir al baño, no presentó EDA, mientras que en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona el 87.8% de escolares que señaló lavarse las manos después de ir al baño tampoco presentó algún tipo de EDA.

Tabla 16. Identificación de EDA en los escolares y lavado de manos después de ir al baño. Esc. Prim. América (suburbana)

Presencia de EDA	Lavado de manos después de ir al baño				
	SI		**NO**		**Total**
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Presenta EDA	9	6.4	1	0.7	7.1
No presenta EDA	122	87.1	4	2.8	89.9
No recuerda	0	0	0	0	0
No responde	4	2.8	0	0	2.8
Total	135	96.3	5	3.5	99.9

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Tabla 17. Identificación de EDA en los escolares y lavado de manos después de ir al baño. Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (urbana)

Presencia de ED	**Lavado de manos después de ir al baño**				
	SI		NO		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Presenta EDA	8	4.1	0	0	4.1
No presenta EDA	169	87.8	11	5.7	93.5
No recuerda	2	1	0	0	1
No responde	2	1	0	0	1
Total	181	93.9	11	5.7	99.6

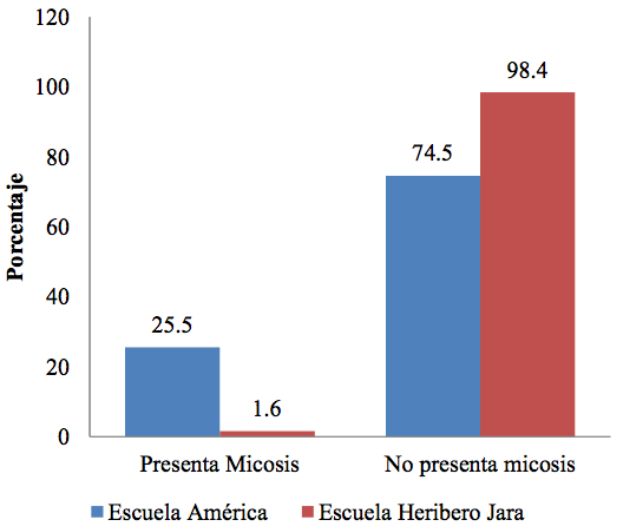
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Prevalencia de Probable Micosis en Pies y Manos

La presencia de micosis tanto en pies como en manos fue reducida, así como se puede observar en los gráficos 18 y 19.

Aun así se refleja una brecha entre las dos escuelas, en los estudiantes de la Esc. Prim. Suburbana América se observó posible micosis en pies en un 25.5%, comparado con el 1.6% de posible presencia de micosis en pies, en los estudiantes de la Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona.

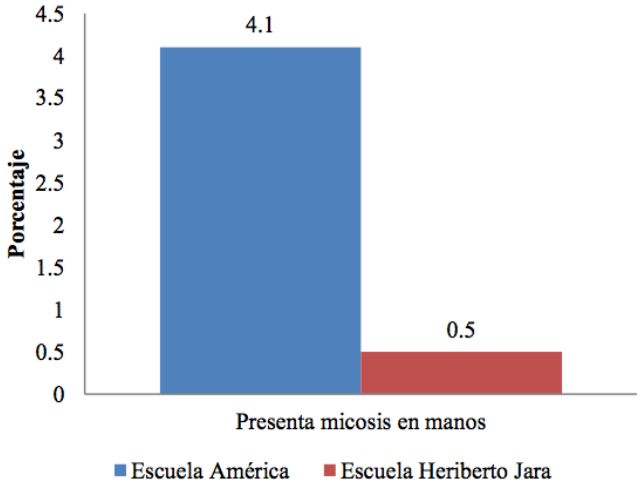
Gráfico 18. Probable Presencia de Micosis en pies de alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Lo mismo se refleja en cuanto a la presencia de posible micosis en manos, (ver gráfico19), la diferencia que se observa es un 4.1% de prevalencia en los estudiantes de la Esc. Prim. América, comparado con el 0.5% de prevalencia en los estudiantes de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, cabe señalar que el 95.4% de los escolares de ambas escuelas, no presentaron micosis en manos.

Gráfico 19. Probable Presencia de Micosis en manos de alumnos de ambas escuelas



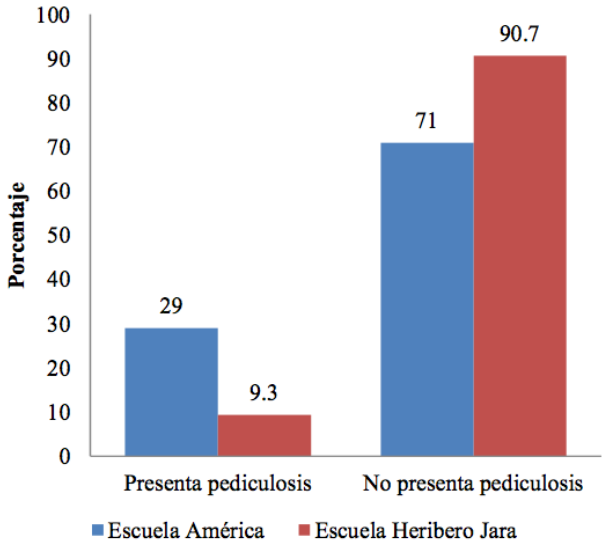
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Prevalencia de Pediculosis en Cuero Cabelludo

La presencia de pediculosis, como se puede apreciar en gráfico 20, está por debajo del 50%, sin embargo,

entre las dos escuelas, puede observarse la diferencia en su prevalencia. Entre los niños y niñas de la Esc. Prim. Suburbana América el 29%, presentaron pediculosis y en los niños y niñas de la Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona, tan solo se observó que el 9.3% la presentaron.

Gráfico 20. Identificación de Pediculosis en alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Hábitos de Salud

Descripción de Hábitos Higiénicos de los Escolares

La información capturada en las encuestas con respecto a los hábitos higiénicos, en los niños y las niñas de las Escuelas América y Gral. Heriberto Jara Corona, reflejan la importancia del acompañamiento de los padres, madres de familia y tutores, en cuanto a su aseo personal y el cuidado de su salud.

Tabla 18. Frecuencia del lavado de manos antes de comer

Escuela Primaria	Si		No		No respondieron	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
suburbana América	141	97.2	2	1.4	2	1.4
urbana Heriberto Jara	189	97.9	4	2.1	0	0
Total	330	97.6	6	1.8	338	100

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En los datos presentados en la tabla 18 se puede observar que el mayor porcentaje de los niños y niñas en la Esc. Prim. América, contestaron lavarse las manos antes de comer, correspondiente a un 97.2%; de manera similar, se observó con los niños y niñas de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, un 97.9% contestó que se lavan la manos antes de comer.

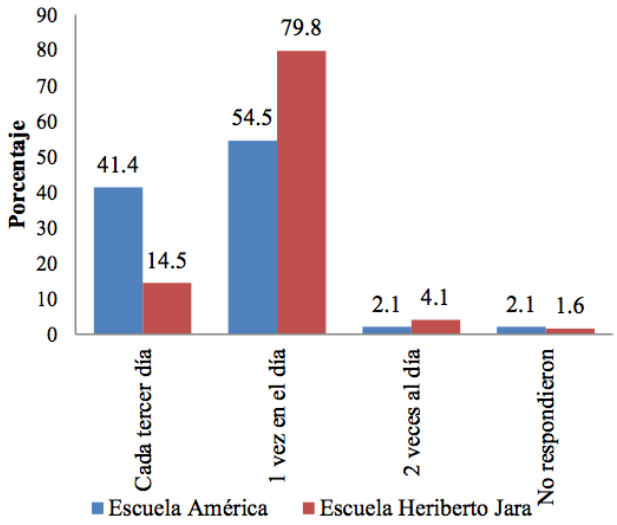
Tabla 19. Frecuencia del lavado de manos después de ir al baño

Escuela Primaria	Si		No		No respondieron	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
suburbana América	135	93.1	5	3.4	4	2.8
urbana Heriberto Jara	181	93.8	11	5.7	1	0.5
Total	316	93.5	16	4.7	5	1.5

Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

El mayor porcentaje de los niños y niñas en la Esc. Prim. América, contestaron haberse lavado las manos después de ir al baño, correspondiente a un 93.1%; de manera similar, se observó con los niños y niñas de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, un 93.8% contestó que se lavan las manos después de ir al baño, (ver tabla 19).

Gráfico 21. Frecuencia del Baño Corporal en alumnos de ambas escuelas



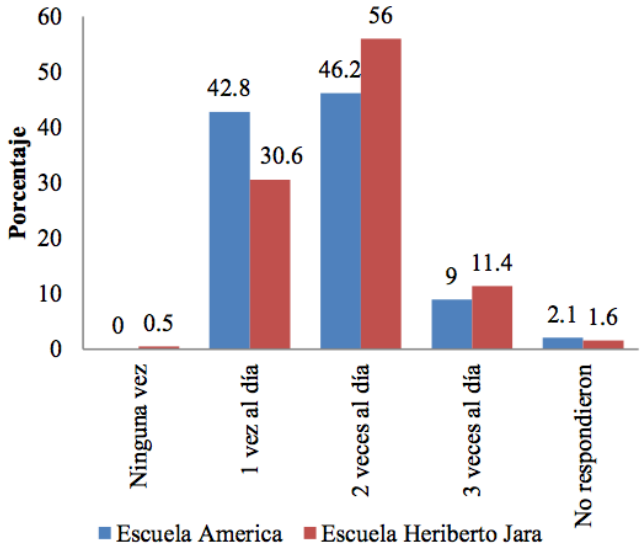
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En el gráfico 21, se describe la frecuencia del baño corporal de la población escolar participante. Dentro de esta información cabe destacar que el 54.5% de escolares de la Esc. Prim. América y el 79.8% de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara

Corona mencionan bañarse una vez al día.

El 51.8% de los alumnos respondieron realizar 2 cambios de ropa al día, donde el 56% corresponde a los niños que asisten a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona y el 46.2% a la Esc. Prim. América. El 30.6% de los alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona señalan que solo realizan un cambio de ropa al día. Así mismo, el 42.8% de los alumnos que asisten a la Esc. Prim. América señalaron realizar solo un cambio de ropa al día, (ver gráfico 22).

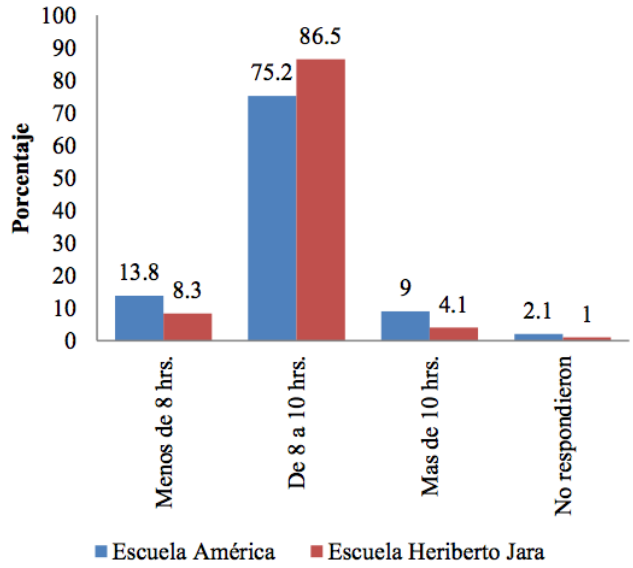
Gráfico 22. Frecuencia del Cambio de Ropa en alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

En el gráfico 23, se muestra la frecuencia de horas sueño en el día de los escolares que participaron en el DSS de cada escuela, encontrando el mayor porcentaje en el intervalo de 8 a 10 horas, lo cual señala que el 81.7% de los alumnos de ambas escuelas duermen en un periodo no mayor a 10 horas.

Gráfico 23. Horas de Sueño en el día de alumnos de ambas escuelas

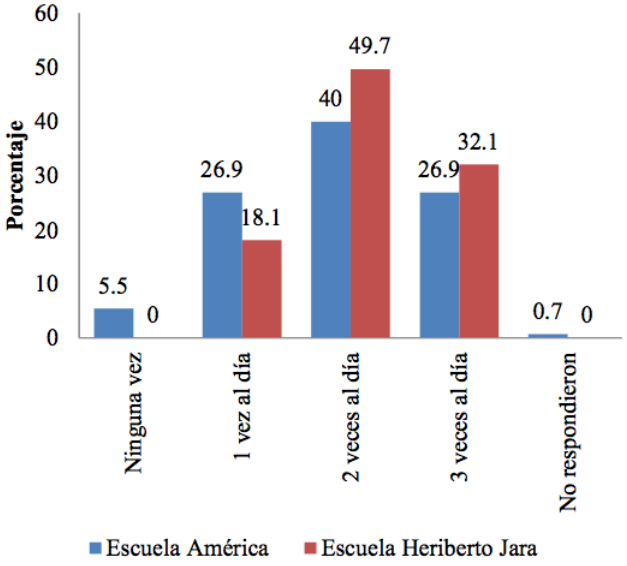


Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Descripción de la Higiene Oral de los Escolares

En el caso de la frecuencia del cepillado de dientes al día, el 40% de los alumnos que asisten a la Esc. Prim. América indican cepillarse 2 veces al día, y el 5.5% no cepillarse ninguna vez al día. Mientras que el 49.7% de los alumnos que asisten a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona se cepillan 2 veces al día y el 32.1% mencionan cepillarse 3 veces al día, (ver gráfico 24).

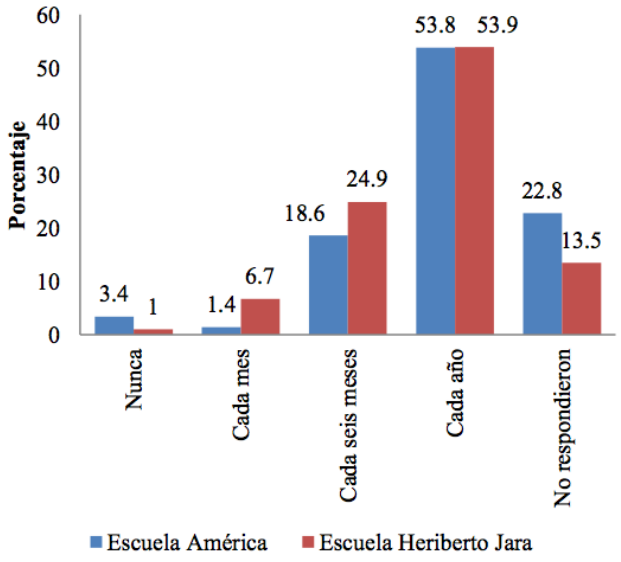
Gráfico 24. Frecuencia del Cepillado de Dientes al día de los alumnos de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Cabe señalar que el 18.6% de los alumnos que asisten a la Esc. Prim. América reportan asistir al dentista cada seis meses, mientras que los alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona reportan un 24.9% de asistencia en el mismo periodo de tiempo, (ver gráfico 25). No obstante, el mayor porcentaje de los alumnos y alumnas que asisten a ambas escuelas, correspondiente al 53.8%, señalan asistir a consulta odontológica cada año, cabe señalar que el 5% restante corresponde a los tutores que no respondieron.

Gráfico 25. Frecuencia de Consulta al Dentista por alumnos de ambas escuelas



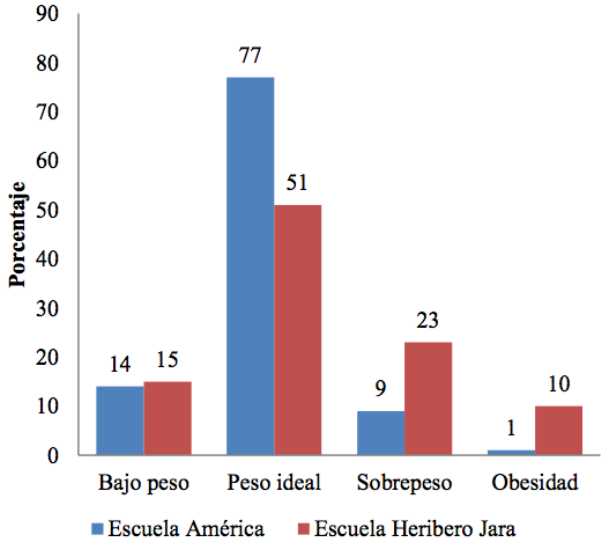
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Descripción del Estado Nutricio de los Escolares

La distribución por percentiles sobre el indicador de IMC en la población escolar perteneciente a la Esc. Prim. América indica que el 77% tiene un peso ideal, el 14% se encuentran en bajo peso, el 9% de los menores tienen sobrepeso y solo el 1% de los estudiantes presenta un cuadro de obesidad.

En comparación con los resultados de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona el 51% de los niños gozan de peso ideal, el 15% de los niños cursan con bajo peso, el 23% de los niños tiene sobrepeso y el 10% de los estudiantes presentan obesidad, (ver gráfico 26).

Gráfico 26. Estado Nutrición de los Escolares de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Hábitos Alimenticios de los Escolares

De acuerdo a los datos obtenidos con el instrumento aplicado a los tutores de los escolares, observamos que las familias de los niños que acuden a la Esc. Prim. América, consumen con mayor frecuencia frijol, maíz, pan y leche, así mismo emplean con mayor frecuencia grasas para cocinar los alimentos, éstos son consumidos los siete días de la semana. Las verduras y frutas son consumidas tres veces a la semana y con la misma frecuencia se consume pollo y queso.

En lo que respecta a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, los alimentos mayormente consumidos por las familias de los alumnos de esta escuela son maíz y leche, con una frecuencia de consumo de siete veces a la semana, seguido por verduras y frutas, leguminosas como frijol, alimentos de origen animal como pollo y queso, que son consumidos tres veces a la semana, (ver tabla 20).

Tabla 20. Frecuencia de consumo de alimentos

	Esc. Prim. América (suburbana)	Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona (urbana)
Alimento	Frecuencia de consumo a la semana	Frecuencia de consumo a la semana
Verduras	3	3
Frutas	3	3
Frijol	7	3
Arroz	2	3
Maíz	7	7
Lenteja	1	1
Pan	7	3
Jamón	1	3
Pollo	3	3
Pescado	0	1
Res	1	1
Cerdo	1	1
Leche	7	7
Queso	3	3
Grasas	7	7
Dulces	7	2
Miel	1	0
Sabritas	1	2
Gansitos	0	0
Pizza	0	1
Hamburguesas	0	0
Tacos	0	1

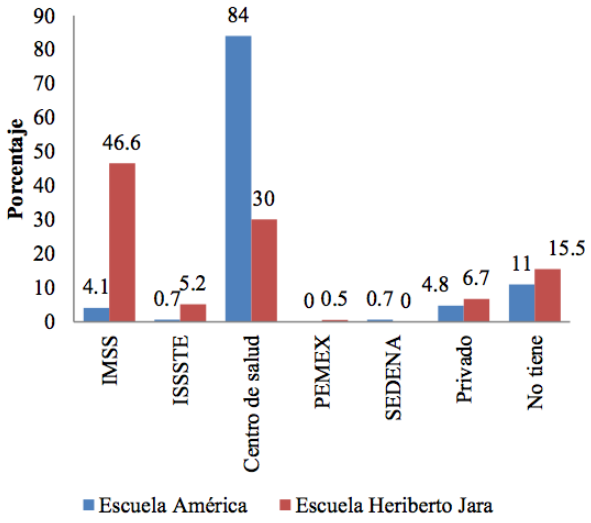
Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Recursos, Servicios y Programas de Salud

En lo referente a los recursos, servicios y programas de salud, para este DSS se obtuvo la distribución de derechohabiencia de la población de ambas escuelas. En el gráfico 27, se puede observar que el 4.1% de las familias de los escolares de la Esc. Prim. América cuenta con seguridad social por parte del IMSS, el 0.7% cuenta con servicios del ISSSTE, el mayor porcentaje, 84.02%, acude al Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón" y el 11% no cuenta con ningún tipo de seguridad social, (ver gráfico 27).

En lo que respecta a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, el 46.6% cuenta con seguridad por parte del IMSS, el 5.2% con servicios del ISSSTE, solo el 30% acude al Centro de Salud y el 15.5% no cuenta con seguridad social, cabe destacar que el porcentaje se encuentra fuera de rango ya que existen familias que cuentan con seguridad social por parte de oportunidades y seguro popular.

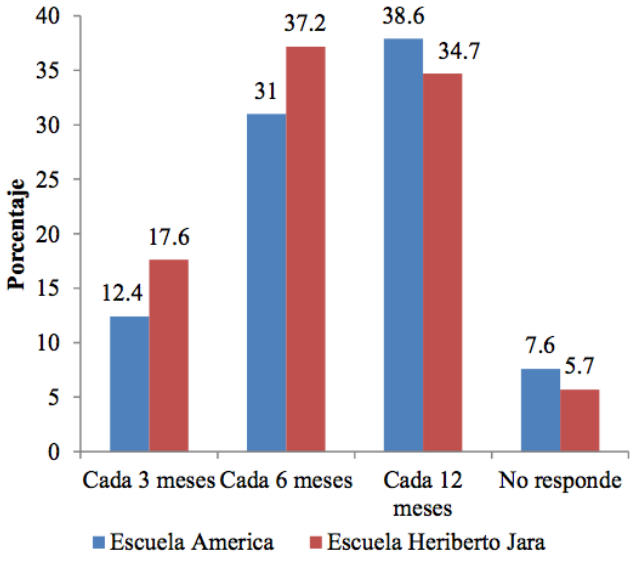
Gráfico 27. Distribucion por Derechohabiencia de las familias de ambas escuelas



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

La frecuencia con qué acuden las familias de las Escuelas participantes a un servicio de salud, es la siguiente: en la población de la Esc. Prim. América se encontró que el 12.4% de la población escolar acude cada 3 meses al servicio, el 31% acude cada 6 meses y el 38.6% de las familias visita al médico cada 12 meses, (ver gráfico 28).

Gráfico 28. Frecuencia de Requerimientos de Servicios de Salud

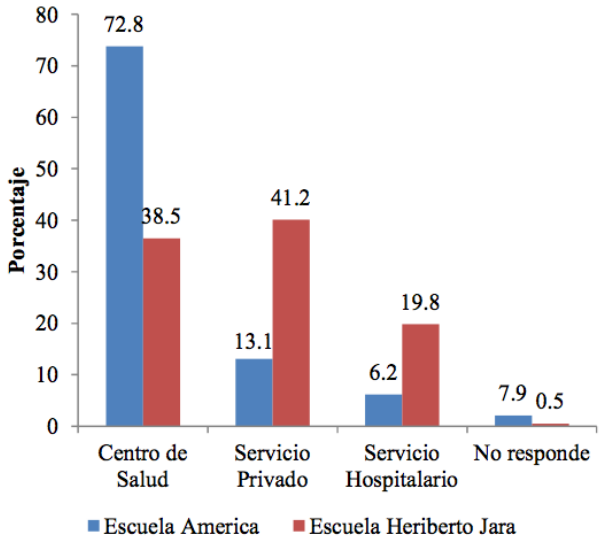


Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

Comparando los resultados de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona se observa que, el 17.6% de las familias acude a los servicios de salud cada tres meses, el porcentaje que acude cada 6 meses es el 37.2%, y el 34.7% de los niños visitan a un médico cada 12 meses. Aunque en el gráfico 28 no se especifica la frecuencia de asistencia a consulta en el Centro de Salud, en la Esc. Prim. América es del 0.7% cada 15 días y cada mes del 9.7%, a diferencia de la asistencia en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, la cual es del 1.6% cada 15 y del 3.1% cada mes.

Cabe señalar que el 72.8% de los alumnos que asisten a la Esc. Prim. América reportan asistir al Centro de Salud, mientras que los alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara reportan un 38.5% de asistencia al mismo. Sin embargo, a pesar de tener algún tipo de seguridad social en salud, el 13.1% de los tutores de los alumnos de la Esc. Prim. América y el 41.2% de los tutores de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona acuden a servicios particulares de salud, (ver gráfico 29).

Gráfico 29. Lugar donde acuden los padres o tutores cuando los escolares enferman.



Fuente: Cuestionario aplicado en octubre-noviembre 2011.

DISCUSIÓN

El presente estudio representa el primer DSS en la población escolar realizado en la Esc. Prim. Suburbana América y en la Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona ubicadas en la zona de responsabilidad del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón".

Su originalidad deriva de analizar la situación de salud de la población correspondiente al grupo etario de 6 a 12 años, puesto que revisando la literatura, aún son escasos los estudios que abordan la salud y nutrición de los niños frente a su desempeño escolar, además este ejercicio no se limitó exclusivamente a ellos, sino que también se incluyeron datos sociodemográficos de las familias de los escolares bajo el supuesto de que, muchos de los factores de riesgo para el estado de salud de los escolares se originan en el ambiente familiar.

Sin embargo, en este ejercicio diagnóstico existieron limitantes a pesar de nuestro empeño por disminuirlas, un ejemplo de esto fue, la falta de participación, ya que un grupo de alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona no participó por decisión del docente a cargo, así mismo, se registró que un promedio, de por lo menos el 10% de los estudiantes de cada escuela primaria faltó a clases por enfermedad u otros motivos.

No obstante, se obtuvo una tasa de no respuesta, en la Esc. Prim. América del 36% y para la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona del 30%. A pesar de esta limitante, la literatura refiere que la tasa de no respuesta, en el caso de encuestas aplicadas a población escolar, suele ser del 30%,[36] en este sentido, se considera que la tasa de respuesta es suficientemente elevada como para permitir que la información obtenida es representativa para cada universo de la Esc. Prim. América y la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona.

En este DSS se muestra un panorama general de las condiciones de salud en los escolares de nivel primaria que acuden a la Esc. Prim. América y Gral. Heriberto Jara Corona, con el objetivo de conocer las características de esta población, a través de la identificación de los principales problemas de salud que afectan a la población escolar y la identificación de hábitos saludables que practican los escolares.

Básicamente, para la identificación de los daños hemos recurrido a un tipo de indicador, prevalencia, con el cual hemos medido el porcentaje de casos de EDA, de IRA, de micosis y pediculosis en la población de estudio, el registro de la prevalencia fue durante los 15 días previos al día de la entrevista.

Así mismo, el abordaje cuantitativo de este estudio se centró principalmente en:

- Características sociodemográficas

En el análisis sociodemográfico, podemos observar que hasta el momento de la encuesta, cerca del 62% de padres o tutores de los escolares de la Esc. Prim. América declararon vivir en unión libre. Así mismo, aproximadamente el 31% de los padres o tutores de los alumnos de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, señalaron igualmente vivir en unión libre. La importancia de este dato deriva, de la significación de las familias nucleares (padres viviendo en pareja) como factor que favorece la salud de los niños y niñas, ya que la literatura sugiere que los niños de familias nucleares tienen menor riesgo de déficit nutricional, en comparación con aquellos que viven en familias extensas, de madres solteras o separadas.[37]

En lo que se refiere a la escolaridad de los padres de familia, el nivel educativo de la población perteneciente a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona es alto en relación al nivel educativo de los tutores de los escolares de la Esc. Prim. América, ya que al momento de la encuesta, cerca del 33% de tutores de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona tuvieron un nivel educativo de preparatoria, mientras que cerca del 23% alcanzó nivel de licenciatura. Por el contrario, el 52% de los padres de familia de los escolares de la Esc. Prim. América tuvieron un nivel educativo de primaria y solo el 21% alcanzó nivel secundaria.

El analfabetismo en la población de estudio predominó sustancialmente en los tutores de los escolares de la Esc. Prim. América con cerca del 15% similar al porcentaje de población analfabeta en el Estado de Veracruz que es del 12%, no obstante el porcentaje de analfabetismo encontrado en la población de la Esc. Prim. América es superior en relación al porcentaje reportado a nivel municipal que es del 2.8%. Así mismo, la condición de analfabetismo observada en los padres de familia o tutores de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona fue baja, del 1% en relación al porcentaje de población analfabeta a nivel municipal y estatal.[38]

La proporción de personas económicamente activas es similar en ambas escuela, así se encontró que el 46% de tutores de los escolares que asisten a la Esc. Prim. América trabajan, cifra similar a la identificada en la población de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, en la cual se encontró que el 62% de tutores de los alumnos que acuden a esta escuela poseen empleo. Es importante señalar que gran parte de los tutores participante correspondió al sexo femenino, por lo cual destaca el porcentaje de personas que se dedican a las labores del hogar ya que del total de tutores, el 44% de la Esc. Prim. América y el 25% de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, se dedican a las labores del hogar.

Con respecto al nivel de ingreso económico es importante recalcar que el 29% de los tutores de los escolares de la Esc. Prim. América ganan menos de 850 pesos al mes, es decir menos de un salario mínimo diario, y el 32.4% tienen un ingreso mensual de 850 a 1700 pesos lo que equivale a ganar hasta un salario mínimo al día. En comparación con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) podemos destacar que para el año 2011 en el estado de Veracruz, el 17.5% de la población tenía un nivel de ingresos de hasta un salario mínimo, por lo que el porcentaje de tutores de los escolares de la Esc. Prim. América, que tienen un nivel de ingreso de hasta un salario mínimo, es alto, en relación a la cifra reportada a nivel estatal por dicha encuesta.[39]

En contraste con los padres de familia de los niños de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, de los cuales el 20.2% tienen un nivel de ingreso de hasta un salario mínimo diario equivalente a 850 hasta 1700 pesos mensuales, podemos observar que el porcentaje de población que tiene este nivel de ingreso es superior por tres puntos porcentuales a la reportada a nivel estatal por la ENOE, que fue del 17.5%. Así mismo, el 20.7% de tutores de los escolares de esta misma Primaria tienen un nivel de ingreso de 3401 a 5103 pesos mensuales lo que equivale a más de 2 hasta 3 salarios mínimos diarios, en este sentido el porcentaje de padres de familia con este ingreso mensual es mayor en comparación al porcentaje reportado por la ENOE a nivel estatal, en la cual se registra que el 16.5% de la población ocupada tiene un nivel de ingreso de más de 2 hasta 3 salarios mínimos.[39]

Por lo anterior, se considera que las consecuencias de tener un salario mínimo limitado son evidentes: la pobreza ha aumentado, la gente tiene cada vez menos acceso a servicios de salud, la calidad de vida ha venido en decremento, los menores se han integrado a actividades productivas a temprana edad para cooperar con el ingreso familiar lo cual,

provoca en ellos un bajo aprovechamiento escolar o en el peor de los casos su deserción, así mismo se provocan problemas de desnutrición, que favorecen la aparición de enfermedades infecciosas.[40]

Lo anterior se ve reflejado probablemente en las condiciones de vida, ya que algunas características socioeconómicas de la población de estudio (condiciones de la vivienda) pueden considerarse como posibles factores de riesgo a los que está expuesta la población de estudio.[9]

Así en el presente DSS se identificó que el 14.5% de los hogares de los escolares de la Esc. Prim. América, se encuentran en condiciones de hacinamiento a diferencia con el 2.1% correspondiente a los hogares de los niños que acuden a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona. Tomando en cuenta lo anterior, es importante destacar que el hacinamiento ha sido considerado en la literatura como un factor de riesgo de IRA.[41]

Así mismo, las condiciones de la vivienda son similares en la población de ambas escuelas, más del 70% de los hogares de los escolares de la Esc. Prim. América y Gral. Heriberto Jara Corona están construidos con block; el 51% de las viviendas de los escolares de la Esc. Prim. América tiene techo de lámina de zinc y el 87% de las viviendas de los niños que acuden a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona tiene techo de losa de cemento. Sin embargo se identificó que el 39% de los hogares de los niños de la Esc. Prim. América no cuentan con drenaje y el 57% si cuenta con este servicio, contraste muy marcado con los hogares de los niños de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona de los cuales solo el 8% de los hogares no tiene drenaje y el 91% si cuenta con este servicio.

❗ Morbilidad de la población escolar

Nuestro estudio encontró que la prevalencia de IRA en niños y niñas en edad escolar fue de 47%; el 44% correspondiente a la Esc. Prim. América y el 51% a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona. La ENSE señala una prevalencia a nivel nacional durante el año 2008 de 40.4% (niños menores de 10 años), y a nivel estatal, de 54.7%, dato que concuerda con lo encontrado en el presente estudio, en el cual aproximadamente 4 de cada 5 niños que participaron en el estudio en edad escolar presentó una IRA.[9]

Así también, en el presente estudio se identificó que, de la población escolar de la Esc. Prim. América y Gral. Heriberto Jara Corona, los niños de 6 a 9 años fueron más vulnerables a padecer una IRA ya que, en estos últimos, se encontró una prevalencia mayor, de 50% para los escolares de la Esc. Prim. América y del 52.9% para los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, en comparación con los niños de 10 a 12 años en los cuales la prevalencia de IRA fue menor, de 36.5% para los escolares de la Esc. Prim. América y del 43.6% para los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, lo anterior se asemeja a lo reportado en la ENSE en la cual la prevalencia de IRA fue mayor en los niños menores de 10 años (40.4%), comparado con la prevalencia de IRA en niños mayores de 10 años (36.6%).[9] Estos datos sugieren probablemente ausencia de medidas preventivas para el contagio de IRA.

La prevalencia de EDA en los escolares de la Esc. Prim. América y Gral. Heriberto Jara Corona fue de 8% y 4% respectivamente; el promedio general identificado en el presente estudio fue de 6%, similar a la prevalencia a nivel nacional en los menores de diez años reportada en la ENSE 2008 que fue de 5.3%. A pesar de no ser un prevalencia alta, está presente y esto refleja debilidad en las pautas para la higiene y salud de los niños y niñas, participantes del DSS.[9]

En este sentido, la prevalencia general de EDA que se encontró en este estudio (prevalencia de EDA 6%) en niños de 6 a 12 años, es superior a la reportada a nivel nacional y estatal por la ENSE 2008, la cual identificó una prevalencia a nivel nacional de 5.3% y a nivel estatal de 1.9%, probablemente esto es debido a las condiciones socioeconómicas de los escolares, principalmente de los que acuden a la escuela de la zona suburbana, los alumnos de la Esc. Prim. América, quienes viven en condiciones que son mayormente favorables para desarrollar una EDA, evidencia de lo anterior fue demostrado en el análisis bivariable en el cual se encontró que aproximadamente el 27% de los escolares que presentaron EDA no contaban con drenaje en casa.[9]

La identificación de micosis en los escolares participantes en el DSS nos aproxima a un diagnóstico probable, tomando en cuenta que el diagnóstico definitivo lo realiza el médico, por lo que los resultados presentados, son sugerentes de presencia de micosis en manos y pies de los escolares.

La prevalencia de micosis en pies identificada en el DSS fue del 25.5% en los escolares de la Esc. Prim. América y del 1.6% en los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, observándose que la mayor prevalencia se encontró en los niños que acuden a la escuela suburbana (Esc. Prim. América), en comparación con los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, perteneciente a la zona urbana, no obstante la prevalencia de micosis en ambas escuelas es baja en relación a la reportada en el DSS realizado por UVISA en la Esc. Prim. Manuel C. Tello, cuya prevalencia de micosis en escolares fue del 75%, mencionando que esto se debe a una mala higiene y al uso de zapatos sintéticos.[33]

La prevalencia de pediculosis igualmente a la de micosis es predominante en los escolares que acuden a la Esc. Prim. América de la zona suburbana, con un 29%, en comparación con el 9.3% de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, perteneciente a la zona urbana. A partir de lo anterior se considera que la prevalencia de pediculosis en los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona es baja, sin embargo, en los escolares de la Esc. Prim. América es alta en relación a la reportada en el DSS de UVISA, en el cual se reporta una prevalecía de pediculosis del 7% en niños de la Esc. Prim. Carlos A. Carillo; lo anterior se debe probablemente a la falta de higiene de los escolares de la Esc. Prim. América de los cuales el 41% señaló bañarse cada tercer día, así mismo, las sugerencias por parte del personal de UVISA mencionan que dada la naturaleza de esta condición, que es sumamente contagiosa, son necesarias las medidas higiénicas generales en todos los niños para detener la propagación entre el resto de los alumnos.[33]

Un aspecto importante de este ejercicio fue la descripción de la higiene oral, en este estudio el 40% de los escolares de la Esc. Prim. América y el 49.7% de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona señalaron cepillarse los dientes en promedio dos veces al día, y el 54% de los escolares de ambas escuelas declaró ir al dentista cada año. Según la ENSE 2008, las principales razones para no acudir con el dentista fuero por no ser necesario, por ser caro y por no haber un dentista cercano[9], situación que podría ser similar en la población de estudio, sin embargo, el investigar las causas de no acudir al dentista no fueron objetivo de este estudio, no obstante sería interesante darle continuidad al presente DSS con el propósito de indagar las causas por las cuales la población en estudio no acude con mayor frecuencia al dentista, dado a que se ha reportado que la prevalencia de las enfermedades bucales entre la población escolar es alta.[9]

México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel internacional, con el 24% de población mayor de 15 años con un IMC superior a 30, que es un indicador que permite medir el volumen de grasa visceral o central, así como el riesgo de presentar enfermedades crónico degenerativas.[30]

En relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad que se identificó en este ejercicio en la población de 6 a 12 años de edad, los resultados muestran que un número considerable de niños y niñas que acuden a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona tienen sobrepeso (23%) y obesidad (10%), en contraste con los escolares de la Esc. Prim. América, en la cual solo el 9% tiene sobrepeso y el 1% tiene obesidad. En este sentido la prevalencia de sobrepeso y obesidad identificada en la Esc. Prim. América es baja, contrario a lo encontrado en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, en la cual la prevalencia de sobrepeso (23%) es ligeramente mayor en relación a la reportada por la ENSANUT 2006 a nivel nacional, en la cual se identificó una prevalencia de sobrepeso en escolares del 20.6%, así, la prevalencia de obesidad (10%) en la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona es menor en relación a la reportada por la ENSANUT 2006 la cual fue de 13.3%. De igual forma, de acuerdo con la prevalencia de sobrepeso reportada a nivel nacional por la ENSE que fue del 20%, se considera que el porcentaje de escolares con sobrepeso en la Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona es alto.[8, 9] A nivel local, el DSS realizado por UVISA en la Esc. Prim. Juan Zilli Bernard reportó que el 15% de los escolares tienen sobrepeso, por lo que, con lo anterior se reafirma la elevada frecuencia de sobrepeso encontrada en la población escolar de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona.[33]

Lo anterior es importante, dado las altas prevalencias de enfermedades crónico degenerativas con las que se asocia la obesidad y la edad temprana en que se presentan cada día con más frecuencia.[30]

En el extremo opuesto, los casos de bajo peso son igualmente significativos, ya que ambas escuelas tiene un porcentaje similar de niños que poseen bajo peso, 14% para la Esc. Prim. América y 15% para la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, cifras que son superiores

a la reportada en la ENSE 2008, en la cual se identificó que el 8.6% de los niños y 7.8% de las niñas que acuden a la primaria presentan baja talla, así mismo, a nivel local comparando con el DSS realizado por UVISA se observa que, el porcentaje de escolares que presentaron bajo peso de la Esc. Prim. América y Gral. Heriberto Jara Corona es similar al porcentaje de escolares con bajo peso de la Esc. Prim. Juan Zilli Bernard el cual fue del 16%.[9, 33]

En este sentido la alimentación es fundamental para el desarrollo físico y mental de los niños. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 043, clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal. Con base a los datos obtenidos con el instrumento aplicado a los padres de familia de los escolares, observamos que las familias de los niños que acuden a la Esc. Prim. América, consumen con mayor frecuencia frijol, maíz, pan y leche, así mismo emplean frecuentemente grasas de origen vegetal para cocinar los alimentos, estos alimentos son consumidos los siete días de la semana. Las verduras y frutas son consumidas cada tres días y con la misma frecuencia se consume pollo y queso. En contraste con la dieta de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, los cuales consumen de manera balanceada frutas, verduras, alimentos de origen animal, leguminosas y lácteos, ya que, la frecuencia de consumo de cada alimento es en promedio de tres veces a la semana sin caer en el consumo excesivo de un alimento en particular.[42]

❗ Servicios de salud

Referente a los servicios de salud con los que cuenta la población de estudio se encontró que el 84% de las familias de los escolares de la Esc. Prim. América tienen principalmente cobertura por el Seguro Popular y el Programa Oportunidades, en comparación con la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, el porcentaje es alto, ya que solo el 30% de las familias de los escolares de esta última escuela cuentan con seguridad social por parte del Seguro Popular y el Programa Oportunidades. No obstante cerca del 46% de las familias de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona tienen seguridad social por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es importante destacar que según los datos del DSS del Programa "Escuela y Salud", del total de personas afiliadas al Seguro Popular al 30 de junio de 2007, el 45% de la población con Seguro Popular correspondería a la población escolar, cifra de va de acuerdo a los resultados encontrados en este DSS, en el cual, el 84% de la población de la Esc. Prim. América y el 30% de la población de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona cuenta con seguridad social por parte del Seguro Popular.[30]

A pesar de lo anteriormente dicho, el 11% de la población de la Esc. Prim. América y el 15% de la población de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona no son derechohabientes a ningún sistema de seguridad social en salud, público gratuito. Así mismo se identificó que el 13% de los tutores de los escolares de la Esc. Prim. América y el 41% de los tutores de los escolares de la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona señalaron acudir al servicio privado para atender sus necesidades de salud.

En este sentido, un número importante de las familias de los escolares no tienen seguridad social en salud, 11% correspondiente a la Esc. Prim. América y 15% a la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, pese a que en el artículo 4° Constitucional se establece que, "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud…" y que el Seguro Popular debería tener "cobertura universal" como lo señala la Ley General de Salud en el Titulo Tercero Bis denominado "De la Protección Social en Salud" comprendiendo los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41.[43]

Cabe mencionar que la población que se encuentra en este rango de edad (6 a 12 años) es la más susceptible para enfermar, por lo que contar con adecuados servicios de salud desde temprana edad puede ayudar a preservar la salud de los escolares.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados estadísticos obtenidos con base en el instrumento aplicado para el DSS, se concluye:

1. Las características socioeconómicas entre los escolares de la Esc. Prim.

Suburbana América y Esc. Prim. Urbana Gral. Heriberto Jara Corona, son diferentes.

2. En lo que se refiere a las condiciones de vivienda, podemos ver que, en los hogares de los escolares de la

zona suburbana (Esc. Prim. América) son más frecuentes las condiciones de hacinamiento y la falta de drenaje. Por otra parte, en los hogares de los escolares de la zona urbana (Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona), es menos frecuente el hacinamiento y aproximadamente todos los hogares cuentan con drenaje.

3. En cuanto a la morbilidad observada en los escolares, se concluye que la prevalencia de IRA fue mayor en los escolares de la Esc. Prim. urbana Gral. Heriberto Jara Corona. Contrariamente, la prevalencia de EDA fue mayor en los escolares de la Esc. Prim. Suburbana América. En ambas escuelas la prevalencia de IRA, como de EDA, fue mayor en el grupo de edad de 6 a 9 años, comparado con los estudiantes de 10 a 12 años.

4. La prevalencia de pediculosis y micosis en manos y pies fue mayor entre los escolares de la Esc. Prim. Suburbana América.

5. Con respecto al estado nutricional, en ambas escuelas prevalecieron los alumnos con peso ideal, sin embargo, en la Esc. Prim. América, el segundo lugar lo obtuvo el estado nutricio de bajo peso, en contraste con la Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, en la cual en segundo lugar predominó la proporción de niños con sobrepeso.

6. Por otra parte, se observó que existe inequidad en el acceso a los servicios de salud, siendo más frecuente en aquellas poblaciones que se encuentran en la zona suburbana, puesto que de la población estudiada aún existe un número considerable de personas que no cuenta con seguridad social en salud.

7. Con el fin de dar continuidad al apoyo brindado tanto por la Esc. Prim. América y Esc. Prim. Gral. Heriberto Jara Corona, así como por el Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón", se realizó la entrega de los resultados obtenidos a cada padre de familia sobre el estado nutricio, probable presencia de micosis y pediculosis, de su hijo.

RECOMENDACIONES

❗ Instituciones educativas:

Es importante que por parte del Centro de Salud existan asesoramiento y capacitación de los docentes sobre temas relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Así mismo, el personal docente podrá apoyar al personal de salud revisando de manera periódica la situación de salud de los escolares, con respecto a su estado nutricio, enfermedades transmisibles como las IRA´s y EDA´s, así como las no transmisibles, con el propósito de mejorar la situación de salud de esta población.

Elaborar material educativo para la promoción de la salud de los niños, con el afán de fomentar la práctica de hábitos saludable tales como: alimentación, actividad física e higiene personal.

❗ Servicios de Salud

Se sugiere ampliar las acciones de control para las IRA´s, enfocadas en la promoción y prevención a través de la capacitación de tutores en el manejo de las IRA´s, principalmente enfocadas a fomentar la búsqueda de ayuda médica, para evitar complicaciones del resfriado común, como la neumonía. En relación con la prevención y la atención de las EDA´s, recomendamos fomentar el uso de los servicios de salud que promueva que los tutores lleven a sus hijos a consulta con el médico durante las complicaciones de una EDA. Así mismo, incrementar el uso de sobres de Vida Suero Oral en casos enfermedad diarreica.

Según el Programa de Acción Específico 2007-2012 el programa "Escuela y Salud" se compone de cinco apartados uno de los cuales es la realización de un DSS[30], por lo que es importante la elaboración periódica de un diagnóstico de las condiciones de salud de la población escolar con el objetivo de monitorear el estado de salud de los niños de las escuelas participantes, con énfasis en los niños de la zona suburbana ya que se detectó que éstos son más vulnerables a padecer enfermedades.

Promover la existencia de servicios de enfermería y atención médica, en las instituciones participantes, dado a que ninguna de ellas dispone de alguno de estos servicios.

Poner atención en el abastecimiento de agua en las viviendas de los escolares de la zona suburbana, ya que el agua contaminada puede transmitir enfermedades, y la falta de agua puede obstaculizar los hábitos de higiene necesarios para proteger la salud.

Gestionar recursos para el desarrollo de materiales,

mensajes de difusión y capacitación de personal con el fin de ampliar la cobertura del Programa "Escuela y Salud" principalmente hacia las escuelas suburbanas.

Así mismo, es importante incrementar la promoción de hábitos saludables, haciendo énfasis en la educación de higiene oral, así recomendamos, fomentar el cepillado entre los escolares además de fortalecer las técnicas de cepillado.

❗ Padres de Familia

Participar en los cursos de capacitación y talleres que se ofrezcan en el marco del Programa "Escuela y Salud" por parte de la SEP y la SSA, ya que, desde el punto de vista preventivo, los padres pueden colaborar educando y reforzando el valor de la salud en casa. Así mismo, que en el hogar, se continúe con la construcción de una cultura alimenticia saludable y la práctica de hábitos saludables.

Finalmente consideramos que es fundamental poner atención permanente en la salud de los niños en edad escolar, a fin de conocer sus necesidades, prevenir y mejorar sus condiciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Calvo, S. Análisis de la Situación de Salud. Primera edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. 156 p.
2. García Romero, H. Diagnóstico situacional de unidades médicas de petróleos mexicanos. Salud Pública Méx. 1993; 35(6):556-62
3. Mazzeti Soler, P. [Internet]. Promoción de la salud en las instituciones educativas: Guía de implementación y organización. Perú. 2005 Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/121_PROMINSEDU.pdf
4. Cabrera Vásquez, AN. Martínez Bonilla, GE. Rubí García, A. Diagnóstico de salud de la escuela de bachilleres "Ricardo Flores Magón". Primera edición. Xalapa, Ver: talleres de Documaster S.A de C.V; 2008. 40 p.
5. Página de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2011. Disponible en: http://www.who.int/topics/child_health/es/
6. Chandra RK. Nutrition, immunity, and infection: present knowledge and future directions. Lancet. Lancet [Internet].1983. [Consultado 29 Nov 11]; 1(8326 Pt 1):688-91. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6132048
7. Pajuelo, J. Villanueva, M. Chávez, J. La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de áreas rurales del Perú. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe [Internet]. 2000. [Consultado 2011 Nov 11]; 61(03):201-06. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37961304.pdf
8. Página del Instituto de Salud Pública. [Internet]. México, D. F. Secretaria de Salud; 2006 (Actualizado 2011 Agosto 01; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html
9. Página del Instituto de Salud Pública. [Internet]. México, D. F. Secretaria de Salud; 2008 (Actualizado 2011 Jul 27; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/1448-encuesta-nacional-de-salud-en-escolares-2008.html
10. Página de la Secretaria de Salud. [Internet]. México, D.F. Secretaria de Salud; 2010 (Actualizado 2010 Nov 12; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo_nacional.html
11. Sistema de Información en Salud [base de datos en CD-ROM]. Xalapa, Ver. (México, D. F.). Secretaria de Salud, Centro de Salud Dr. José Antonio Maraboto Carreón. 2011
12. Página de la Secretaria de Salud. [Internet]. México, D.F. Secretaria de Salud; (Consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/edas/faqedas.htm
13. Hernández- Guerson, E. Morales, J. Rodríguez, E. Zenteno, R. (Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Ver.)(Generación 2007-2009 primer semestre) [Internet]. Xalapa, Ver. México, D.F. 2008; [Consultado 2011 Nov 29]. 501 p. Disponible en: http://www.uv.mx/msp/productividad/documents/coleccion_6.pdf
14. Página de la Secretaria de Salud. [Internet]. México, D. F. Secretaria de Salud. 2010. (Actualizado 2010 Noviembre 12; Consultado 2011 Nov 10). Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/escuela_salud.html

15. Página de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza; 1946. (Actualizado 2011; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.who.int/suggestions/faq/es/
16. Gurney Clark, E. Rodman Leavell, H. Los Niveles de Aplicación de la Medicina Preventiva. Tercera edición. Capítulo 2. 1965. (Consultado 2011 Nov 29). 16 p. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/hne.pdf
17. San Martín Ferrari, H. Salud y Enfermedad. Cuarta edición. México: Ediciones científicas la prensa médica; 1989. 13 p.
18. Sánchez Monge, A. La conceptualización de la salud en el modelo de atención del sistema nacional de salud. 2004. 34 p. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina.
19. Cantú Martínez, P. El cometido de la Salud Pública. Primera edición. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. 15 p.
20. Vargas Flores, H. Guía Metodológica Básica para la Atención Medica Familiar. Secretaria de Salud. 2000. México, D. F. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. 86 p.
21. Martínez Hernández, J. Nociones de Salud Pública. Primera edición. Madrid: Díaz de Santos. 911 p.
22. Catalán, VG. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. Rev. Esp. Salud Pública. 2003;77(2): 275-85
23. Köhler, L. Child public health: A new basis for child health workers. Eur J Public Health. 1998; 8(3): 253-55
24. Páginade la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos. [Internet]. Convención sobre los derechos del niño. 1990. (Actualizado 2007; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm
25. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la Atención a la Salud del Niño. México. (Actualizado 2001 Febrero 9; consultado 2011 Nov 29). Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/atencion.pdf
26. Crespo Erchiga V. Delgado Florencio V. Atlas de Micología Cutánea. Tomo II. Micosis Superficiales. [Internet]. Madrid 2006. Editorial Loki y Dimas. (Consultado 2011 Nov Disponible en: http://www.lokidimas.com/docs/formación/atlastomo2.pdf
27. Calderón-Arguedas, O. Solano, ME. Sánchez, C. El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica. Parasitol. latinoam. 2003; 58(3-4): 177-80
28. Gómez, F. Desnutrición. Salud Pública Méx. 2003; 45(sup 4):576-82
29. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.
30. Programa de Acción Específica 2007-2010: Escuela y Salud. Secretaria de Salud. México, D. F. 2009. (Consultado 2011 Nov 29). 106 p. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/programa_escuela_salud.pdf
31. Anaya-Cassou, J. Marín-Marín, OJ. Ortiz-Chacha, C. Diagnóstico de salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. 1ª edición. López Vázquez editor. México: talleres de Documaster SA de CV; 2005. p. 91-115.
32. Portillo Cancino, AI. Ramírez González, IM. Rojas Rodríguez, A. Diagnóstico de salud del Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Primera edición. México: editor In: Cuevas| DRZ; 2007. p. 61-94.
33. Unidad de Vida Saludable (UVISA). Resultados de los Diagnósticos de Salud en las Escuelas. Xalapa, Veracruz. 2011
34. Jurisdicción Sanitaria No. V. Xalapa, Veracruz. Datos obtenidos de visita 2011 Dic 2. Información obtenida a través de la Dra. Carreón.
35. Organización Panamericana de la Salud. Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles (CARMEN). La Habana. 2002. 40 p.
36. ONU. [internet] Encuestas Escolares Sobre el Uso Indebido de Drogas. Primera Ed. Austria: 2003; (consultado 20011 diciembre 23). Disponible:http://www.1.org/documents/data-and- analysis/estadics/drugs/GAP_Toolkit_module_3_spanish.pdf
37. Vásquez-Garibay, EM. Ortiz-Ortega, MA. Romero, E. Nápoles, F. Factores de riesgo de retraso en el crecimiento linear en niños de 12 a 120 meses de edad en Arandas, Jalisco, México. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2008; 58(4):336-42

38. Página del Instituto Nacional de Geografía y Estadística. [Internet]. México, D. F. 2010. (Actualizado 2010; consultado 2012 enero 20). Disponible en: http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ver/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=30
39. Página del Instituto Nacional de Geografía y Estadística. [Internet]. México, D. F. 2011. (Actualizado 2011; consultado 2012 enero 20). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=27608&c=27221& s=est&cl=4#
40. Página de la Unión de Científicos Comprometidos con la Sociedad (UCCS). [Internet]. 2010. (Actualizado 2010; consultado 2012 enero 20). Disponible en: http://www.uccs.mx/images/library/file/sociedad_finanzas/Art_Salarios_Minimos.pdf
41. Prieto-Herrera, ME. Russ- Durán, G. Reitor-Landrian, L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(2):160-4
42. Página de la Secretaria de Salud. [Internet]. México, D.F. Secretaria de Salud; 2006 (Actualizado 2005; consultado 2012 enero 20). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf
43. Página de la Cámara de Diputados. [Internet]. México, D. F. Secretaría de Servicios Parlamentarios. 2011 (Actualizado 2006; consultado 2012 enero 20). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm

ANEXOS

ANEXO 1

Principales Causas de Morbilidad y Mortalidad en la Población Escolar

Tabla 21. Primeros nueve eventos de notificación, población entre 5 y 9 años. Enero a Junio. Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

EVENTO NOTIFICACIÓN	NIÑOS		NIÑAS		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	TOTAL
Infecciones Respiratorias Agudas	107	50	108	50	215
Infecciones Intestinales por otros organismos y mal definidas	18	62	11	38	29
Conjuntivitis	6	60	4	40	10
Gingivitis y periodontitis	1	20	4	80	5
Varicela	2	40	3	60	5
Infección de vías urinarias	3	60	2	40	5
Otitis media aguda	3	60	2	40	5
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	2	100	0	0	2
Amebiasis intestinal	0	0	1	100	1

Fuente: SUIVE Centro de Salud José Antonio Maraboto. Enero a Junio 2011

Tabla 22. Primeros nueve eventos de notificación, población entre 10 y 14 años. Enero a Junio 2011. Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

EVENTO NOTIFICACIÓN	NIÑOS		NIÑAS		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	TOTAL
Infecciones Respiratorias Agudas	58	48	62	52	120
Infecciones Intestinales por otros organismos y mal definidas	9	56	7	44	16
Conjuntivitis	2	33	4	67	6
Gingivitis y periodontitis	3	33	6	67	9
Varicela	1	100	0	0	1
Infección de vías urinarias	4	44	5	56	9
Otitis media aguda	1	33	2	67	3
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	1	50	1	50	2
Amebiasis intestinal	0	0	0	0	0

Fuente: SUIVE Centro de Salud José Antonio Maraboto. Enero a Junio 2011

Tabla 23. Diez principales causas de enfermedad de reporte obligatorio, por grupo de edad 5 a 24 años, Estados Unidos Mexicanos, 2006

Número	Padecimiento	Grupo de edad			
		5-9	10-14	15-19	20-24
1	Infecciones respiratorias agudas	3,519,088	2,221,299	1,306,724	1,135,543
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	502,695	339,572	232,496	270,292
3	Infección de vías urinarias	155,478	123,876	203,460	299,761
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	0	73,629	123,587	151,272
5	Otitis media aguda	123,946	78,682	49,476	44,755
6	Amebiasis intestinal	96,274	72,274	44,290	41,663
7	Hipertensión arterial	0	0	1 513	5,418
8	Gingivitis y enfermedad periodental	34,401	39,559	43,921	53,159
9	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	126	267	739	3 382
10	Otras helmintiasis	66,74	47,861	22,089	17,729

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaria de Salud/Estados Unidos Mexicanos-2006

Tabla 24. Diez principales causas de mortalidad en hombres población en edad escolar (5 a 14 años), Estados Unidos Mexicanos, 2007

	Causa de muerte		Hombres	
Orden	Clave CIE-10 1/	Descripción	Defunciones	Tasas 2/
	A00 - Y98	Total	3,771	33.8
1	a/	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	334	3.0
2	C91-C95	Leucemia	306	2.7
3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	224	2.0
4	V02-V04 (.1, .9), V09.2- V09.3, V09.9	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	217	1.9
5	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	104	0.9
6	N00-N19	Nefritis y nefrosis	89	0.8
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	87	0.8
8	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	84	0.8
9	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	82	0.7
10	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	56	0.5
	R00-R99	Causas mal definidas	65	0.6
		Las demás causas	2,123	19.0

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil hombres en edad escolar.

a/ Códigos CIE-10 para causas de muerte por accidentes de vehículo de motor (tránsito): V19.4-V19.6, V12-V14 (.3-.9), V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9 , Y85.0

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México,

2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Tabla 25. Diez principales causas de mortalidad en mujeres población en edad escolar(5 a 14 años), Estados Unidos Mexicanos, 2007

	Causa de muerte		**Mujeres**	
Orden	Clave CIE-10 1/	Descripción	Defunciones	Tasas 2/
	A00 - Y98	Total	2,803	26.1
1	C91-C95	Leucemia	273	2.5
2	a/	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	199	1.9
3	N00-N19	Nefritis y nefrosis	100	0.9
4	V02-V04 (.1, .9), V09.2- V09.3, V09.9	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	95	0.9
5	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	91	0.8
6	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	87	0.8
7	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	68	0.6
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	62	0.6
9	G40-G41	Epilepsia	59	0.5
10	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	54	0.5
	R00-R99	Causas mal definidas	48	0.4
		Las demás causas	1,667	15.5

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y

Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil mujeres en edad escolar.

a/ Códigos CIE-10 para causas de muerte por accidentes de vehículo de motor (tránsito): V19.4-V19.6, V12-V14 (.3-.9), V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9 , Y85.0

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría

de Salud y Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México,

2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Anexo 2

Variables Empleadas para la Obtención de Datos en el DSS

Tabla 26. Descripción de variables sociodemográficas para el análisis del DSS de escolares de dos primarias públicas pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

Variables Sociodemográficas	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Factor de riesgo
Edad	Años cumplidos que tiene una persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos del niño(a) al momento del levantamiento de la información, edad cumplida entre 6 y 12 años	Cuantitativa	Discreta	Esta variable no es considerada factor de riesgo para este DSS
Grado escolar	Tiempo durante el que un alumno asiste a una escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado que está cursando el escolar al momento de la entrevista de primero a sexto grado escolar	Cualitativa	Ordinal	Variable no considerada como factor de riesgo

Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino	Sexo declarado por el entrevistado	Cualitativa	Binomial	Variable no considerada como factor de riesgo
Escolaridad padres	Conjunto de estudios realizados o en proceso de culminación	Máximo nivel académico obtenido por los padres	Cualitativa	Continua	Si no curso ningún nivel educativo
Nivel de ingreso	Percepción monetaria que recibe un individuo por día como salario mínimo	Total del ingreso monetario mensual que reciben los integrantes de la familia	Cuantitativa	Continua	Menos de un salario mínimo
Vivienda	Espacio físico en el que vive una persona	Materiales con los que está construida la vivienda	Cualitativa	Nominal	Material de cartón, de lámina, de madera y asbesto piso de tierra
Cuartos de vivienda	Espacio físico delimitado como dormitorio, para una persona, dentro de la vivienda	Número de cuartos-dormitorio dentro de una vivienda	Cuantitativa	Ordinal	Un cuarto-dormitorio por vivienda
Número de personas en hogar	Número de personas que viven en el hogar	Número de integrantes de la familia que viven en el hogar	Cuantitativa	Discreta	Más de tres personas por cuarto dormitorio*
Cocina	Sitio destinado a la preparación de la comida	Sitio destinado a la preparación de la comida, dentro de la vivienda	Cualitativa	Binomial	Preparación de los alimentos dentro del cuarto-dormitorio
Combustible para cocinar	Carburante que hace funcionar un aparato	Carburante utilizado para la cocción de los alimentos; ya sea leña, carbón petróleo, gas, electricidad	Cualitativa	Nominal	Utilización de leña como combustible en la cocción de alimentos
Iluminación	Fenómeno que se obtiene al llenar un espacio de luz	Utilización de luz eléctrica, lámpara de gas, lámpara de petróleo, candil	Cualitativa	Nominal	Utilización de candil, lámparas de gas o petróleo como medio de iluminación para la vivienda
Agua entubada	Agua de uso doméstico	Si en la vivienda cuenta con agua para uso doméstico	Cualitativa	Nominal	No contar con agua para uso doméstico
Drenaje Sanitario	Sistema de tuberías interconectadas que permiten el desalojo de los desechos sanitarios	Desalojo de desechos de la vivienda ya sea por sistema sanitario, letrina, fecalismo en tierra	Cualitativa	Nominal	No contar con drenaje sanitario y /o fecalismo en tierra
Muros vivienda	Superficie lateral con grueso, longitud y altitud proporcionados para cerrar un espacio y sostener el techo	Adobe, madera, tabiques, block y lamina de zinc	Cualitativa	Nominal	Madera, tierra, cartón, lámina de cartón
Techo vivienda	Parte superior de una edificación que cubre y protege la vivienda	Teja, lamina de cartón, lamina de asbesto, lamina de zinc y cemento	Cualitativa	Nominal	Cartón, lámina de cartón
Pisos de vivienda	Pavimento natural y artificial de la vivienda	Tierra, cemento y mosaico	Cualitativa	Nominal	Tierra 81

Fuente: Anaya-Cassou,J. Martin. Marin,OJ. Ortiz .Chacha,C. Diagnóstico de Salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Año 2005

Tabla 27. Descripción de variables relacionadas con los Servicios de Salud, para el DSS de escolares de dos primarias públicas pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Utilización de servicios de salud	La demanda de la población hacia el servicio de salud	Si la familia es derechohabiente en; IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Seguro Popular, o si recibe atención médica particular.	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de Consulta médica	Número de visitas al médico	Las veces en que se consultó al médico por la salud del niño(a) en 15 días, un mes, 3 meses, 6 meses y al año.	Cuantitativa	Ordinal
Lugar de última visita al médico	Lugar donde acudió a la última consulta médica	Sitio donde tuvo lugar la última consulta médica del niño(a), centro de salud o especialista, consulta externa o servicio de urgencias de Hospital, consultorio privado.	Cualitativa	Nominal
Motivo de consulta	Razón por la cual se acude o visita al médico	Razón por la cual la última vez, acude con su hijo(a) al médico	Cualitativa	Nominal
Tipo de consulta	Diferenciación de la consulta médica según sea la especialidad	Si la última consulta de la salud del niño(a) fue por medicina general, pediatría o algún otro especialista	Cualitativa	Nominal

Fuente: Anaya- Cassou, J. Martin. Marín, OJ. Ortiz .Chacha, C. Diagnóstico de Salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Año 2005

Tabla 28. Descripción de variables para el análisis epidemiológico del DSS de escolares de dos primarias públicas pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Morbilidad	La morbilidad es el número total de enfermos de un padecimiento en un tiempo y espacio determinado	Infección respiratoria aguda (IRA´s)	Casos de IRA´s, ocurridos durante las dos semanas previas a la entrevista, en los escolares reportados por el entrevistado	Binomial	Prevalencia de IRA´s en las dos semanas previas al estudio
		Enfermedad diarreica aguda (EDA´s)	Casos de EDA´s, las dos semanas previas a la entrevista, en los escolares y reportados por el entrevistado.	Binomial	Prevalencia de EDA´s en las dos semanas previas al estudio
		Micosis	Casos conocidos micosis en manos y pies en los escolares	Binomial	Prevalencia de Micosis en manos y pies al momento del estudio
		Pediculosis	Casos conocidos pediculosis en los escolares	Binomial	Prevalencia de pediculosis al momento del estudio
		Desnutrición	Proporción de escolares con un índice de masa corporal menor a 15	Ordinal	Prevalencia de desnutrición al momento del estudio
		Obesidad	Proporción de escolares con un índice de masa corporal mayor a 30	Ordinal	Prevalencia de Obesidad al momento del estudio

Fuente: Anaya- Cassou, J. Martin. Marín, OJ. Ortiz .Chacha, C. Diagnóstico de Salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Año 2005.

Calderón. Arguedas, O. Solano, ME. Sánchez, C. El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica. 2003.

Gómez, F. Desnutrición. Salud Pública México 2003

Tabla 29. Descripción de variables relacionadas con Estado Nutricional para el análisis del DSS de escolares de dos primarias públicas pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Factor de riesgo
Hábitos alimenticios	Costumbre o práctica adquirida por frecuencia de repetición de actos iguales en alimentación	Frecuencia con que el niño(a) consume los diferentes grupos de alimentos, en una semana	Cualitativa	Nominal	Según los hábitos alimentarios que tenga el paciente es la potencialidad de riesgos para que lo conlleve a enfermedades
Tipo de agua	Calidad del agua para el consumo	Condición del agua que consume el niño(a), agua potable, de pozo, hervida o de garrafón	Cualitativa	Nominal	Agua contaminada o sucia
Cantidad de consumo de agua natural y sabor	Cantidad de agua natural y de sabor que se consume	Cantidad de agua natural y de sabor, en litros , que consume el niño(a) diariamente	Cualitativa	Nominal	Ningún litro de agua natural y de sabor
Cantidad de Consumo de refresco	Cantidad de refresco que se consume	Cantidad de refresco en litros ,que el niño(a) consume diariamente	Cualitativa	Nominal	≥ 750 ml en el día
Actividad física	Esfuerzo corporal para conservar o recobrar la salud	Actividades que realiza el niño(a) que requieren esfuerzo físico como jugar futbol, basquetbol, bicicleta, correr, caminar de la casa a la escuela o limpiar el cuarto	Cualitativa	Nominal	Si no realiza ninguna actividad física
Frecuencia de actividad física	Cantidad de horas en la semana dedicadas a la actividad física o deporte	Según el tiempo que dedican a realizar actividades: 7 hrs "activos"; ≤7 y >4 hr. "moderadamente activos; <4 hrs "inactivos"	Cualitativa	Ordinal	Inactivos ; menos de 4 horas a la semana

Fuente: Anaya- Cassou, J. Martin. Marín, OJ. Ortiz .Chacha, C. Diagnóstico de Salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Año 2005

Tabla 30. Descripción de variables relacionadas con Hábitos Higiénicos para el análisis del DSS de escolares de dos primarias públicas pertenecientes a la zona de influencia del Centro de Salud "Dr. José Antonio Maraboto Carreón"

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Hábitos Higiénicos	Respuestas aprendidas o adquiridas con el propósito de mantener el aseo, limpieza y cuidado del cuerpo	Lavado de manos	Si el niño (a) realiza el lavado de manos, antes de la comida y después de ir al baño	Binomial	Frecuencia con la que realiza cada una de las acciones descritas
		Frecuencia de cepillado	Si el niño (a) se cepilla los dientes tres veces en el día	Nominal	
		Frecuencia visita odontológica	Si el niño (a) consulta al odontólogo cada mes, cada seis meses o cada año	Nominal	
		Frecuencia de baño corporal	Número de veces en las que el niño (a) realiza su baño y aseo corporal	Nominal	
		Cambio de ropa	Número de veces en el día en que el niño(a) se cambia las prendas de vestir	Nominal	
		Horas de sueño diario	Número de horas en el día que el niño(a) duerme; entre 8 y 10 horas	Nominal	

Fuente: Anaya- Cassou, J. Martin. Marín, OJ. Ortiz .Chacha, C. Diagnóstico de Salud Centro de Salud José Antonio Maraboto Carreón. Año 2005

Anexo 3

Instrumento Aplicado en el DSS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2011-2013

La maestría a otro nivel

Folio: __ Sede: _____

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

DIAGNÓSTICO DE SALUD EN POBLACIÓN ESCOLAR CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

El presente cuestionario tiene el objetivo de conocer el estado actual de salud de los niños perteneciente a la escuela:

_____. La información que nos

proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines académicos.

1. Escriba a continuación los siguientes datos

1.1 Calle	1.2 Colonia
1.3 Localidad	1.4 Código Postal

2. Datos del niño o la niña

2.1 Edad de su hijo (a)	Años: __		
2.2 Grado que cursa su hijo(a)	1° _ ....( )	2° _ _( )	3° _ . _ .( )
	4° _ ....( )	5°... _ .( )	6° _ _.( )
2.3 Sexo de su hijo (a)	Hombre. _ _ _ _ _ _ _ _ _.	( ) 1	
	Mujer _ _ _ _ _.....	( ) 2	

3. Aspectos Sociodemográficos del padre de familia o tutor

Marque con una X su respuesta o escríbala según sea conveniente.		
3.1. ¿Cuál es su escolaridad?	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Completa Incompleta Ninguna	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )5 ( )6 ( )7
3.2. ¿Dónde o En qué trabaja?		

3.3 ¿Cuál es su estado Civil?	Unión libre Casado Divorciado Viudo Separado	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
3.4 ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?	Menos de $850 De $850 a $1,700 De $1,7001 a $3,400 De $3,401 a $5,103 De $5,104 a $7,804 Más de $7,805	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6
3.5. ¿Cuántas personas viven en su hogar?		
3.6 ¿Cuántos hijos tiene?		
3.7. ¿Cuántas dormitorios tiene su vivienda?		
3.8 Su vivienda es:	Propia Rentada Prestada	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3
3.9 ¿Tiene un cuarto solo para cocinar?	Si No	( ) 1 ( ) 0
3.10 ¿Qué combustible usa para cocinar?	Leña Carbón Petróleo Gas Electricidad	( ) 1/0 ( ) 1/0 ( ) 1/0 ( ) 1/0 ( ) 1/0

3.11 ¿Qué tipo de iluminación tiene la vivienda?	Energía eléctrica ( ) 1 Lámpara de gas ( ) 2 Lámpara de petróleo ( ) 3 Candil ( ) 4 Otro____ 5
3.12 ¿Cuál es el tipo de agua para uso en el hogar?	Agua entubada ( ) 1 Pozo o aljibe ( ) 2 Otro____ 3
3.13 ¿Su vivienda cuenta con drenaje?	Si ( ) 1, pase a la pregunta 3.15 No. ( ) 0
3.14 Drenaje por	Fosa séptica ( ) 1 Fecalismo en tierra ( ) 2 Otro ____ 3
3.15 Los paredes de su vivienda son de:	Adobe ( ) 1 Madera ( ) 2 Tabiques ( ) 3 Block ( ) 4

	Lámina de zinc ( ) 5 Otro____ 6
3.16 El techo de su vivienda es de:	Teja ( ) 1 Lámina de cartón. ( ) 2 Lámina de asbesto ( ) 3 Lámina de zinc ( ) 4 Cemento ( ) 5 Otro____ 6
3.17 El piso de su vivienda es de:	Tierra ( ) 1 Cemento ( ) 2 Mosaico ( ) 3 Otro____ 4
3.18 Dentro de su vivienda, cuenta con:	Radio ( ) 1/0 Televisión ( ) 1/0 Teléfono ( ) 1/0 Servicio de internet ( ) 1/0

4. Utilización de Servicios Sanitarios

Marque con una X su respuesta	
4.1 ¿Cuenta con el servicio de salud de alguna de las siguientes instituciones?	IMSS ( ) 1/0 ISSSTE ( ) 1/0 PEMEX ( ) 1/0 SEDENA ( ) 1/0 Seguro Popular. ( ) 1/0 Particular ( ) 1/0 Oportunidades ( ) 1/0 Ninguno... ( ) 1/0

4.2 ¿Con que frecuencia consultaal médico acerca de la salud de su hijo(a)?	Cada 15 días.. _ _ _ _ _ _. _ _ _ _ _ _ _ _ _.	(	) 1
	Cada mes _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _..	(	) 2
	Cada 3 meses _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _..	(	) 3
	Cada 6 meses _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _..	(	) 4
	Cada año.... _ _ _. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(	) 5
4.3¿A dónde acude cuando su hijo (a) se enferma?	Centro de Salud _ _ _ _ _ _ _ _ _ _.. _ _	(	) 1/0
	Centro de Especialidades _ _ _ _ _ _ _.. _	(	) 1/0
	Consulta externa de un hospital _ _.. _. _	(	) 1/0
	Servicio de urgencias de un hospital _ _...	(	) 1/0
	Consulta de médico privada. _ _ _ _ _.. _	(	) 1/0
	Consulta médica en domicilio _ _ _ _ _	(	) 1/0
4.4 ¿Cuál fue el motivo de la consulta?	Enfermedad. _ _ _ _ _.. _ _ _ _. _... _	(	) 1
	Vacunación. _ _ _ _ _ _. _ _ _ _.. _ _	(	) 2
	Accidente. _ _ _ _ _ _ _ _ _. _ _ _ _ _.	(	) 3
	Chequeo general _ _ _ _.... _ _ _ _ _ _	(	) 4
	Otro: ___		

4.5¿Qué tipo de medico consulta cuando su hijo (a) se enferma?

Médico General _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _.
Pediatra. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _..

Otro: __

5. Infecciones Respiratorias

Marque con una X su respuesta			
5.1 ¿Su hijo (a) ha tenido gripa, catarro, fiebre, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos en los últimos 15 días?	Si _ _ _.... _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _.. _ _ _.	() 1	
	No. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _.. _ _ _ _ _ _ _	(	)2
	No lo recuerdo. _ _. _ _ _ _. _ _ _ _ _ _..	( ) 3	
5.2 ¿Por esta (s) enfermedad (es), su hijo (a) ha tenido fiebre o calentura?	Si _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _.	(	) 1
	No. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(	) 0
5.3 ¿Cuando su hijo (a) ha tenido (o tuvo) gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos a quién le pide ayuda?	Medico. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	(	) 1
	Familiar _ _ _ _ _ _ _ _ _ _... _	(	) 2
	Encargado de la farmacia. _ _ _	(	) 3
	Curandero o hierbero... _ _ _ _	(	) 4
	A nadie. _ _ _ _ _ _ _.. _ _ _.. _	(	) 5

5.4 ¿Qué molestias debe observar en su hijo(a) para que lo lleve al médico? (Cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis) (Puede marcar varias opciones)	Dolor de garganta. . . . . ( ) 1/0 Aparición de puntos blancos en la garganta. ( ) 1/0 Escurrimiento nasal . . .. ( ) 1/0 Respira rápido. . . . . ( ) 1/0 No puede respirar . . . . ( ) 1/0 Se pone frío. . . . . ( ) 1/0 Más de 3 días con calentura. . . . . ( ) 1/0 Malestar general . . . . . ( ) 1/0 Otras___

6. Enfermedades diarreicas agudas

Marque con una X o escriba su respuesta.	
6.1 ¿Su hijo (a) ha tenido diarrea en los últimos 15 días?	Si . . . . . ( ) 1 No. . ..... ( ) 2 No lo recuerdo. . . . . ( )3
6.2 ¿Cuándo su hijo (a) tiene diarrea, presenta fiebre o calentura?	Si . . . . . ( ) 1 No. . . . . ( ) 0

6.3 ¿Cuando su hijo (a) tiene diarrea, a quién le pide ayuda?	Medico. . . . . ( ) 1 Familiar . . . . . ( ) 2 Encargado de la farmacia. . ..... ( ) 3 Curandero o hierbero... . . . . ( ) 4 A nadie. . . . . ( ) 5
6.4 ¿La última vez que le dio diarrea a su hijo (a) cuantos días le duro?	Días____
6.5 ¿Durante la diarrea, cómo fue el consumo de líquido de su hijo (a)?	Más líquido de lo acostumbrado . .. ( ) 1 La misma cantidad. . . . . ( ) 2 Menos de lo acostumbrado..... ( ) 3
6.6 ¿Qué líquidos le ha dado a su hijo (a) durante la diarrea?	Vida Suero Oral . . . . ( ) 1/0 Suero comercial . . . . ( ) 1/0 Suero casero . . . . . ( ) 1/0 Agua simple o de fruta . . . . . ( ) 1/0 Atole . . . . . ( ) 1/0 Té . . . . ( ) 1/0 Otro:___ ( ) 1/0

6.7 ¿Qué molestias debe tener su hijo (a) para que lo lleve al médico cuando tiene diarrea? (Puede marcar varias opciones)	Mucha sed. . . . . ( ) 1/0 Poca ingesta de líquidos o alimento. ( ) 1/0 Estar muy quieto. . . . . ( ) 1/0 Evacuaciones muy frecuentes . . . ( ) 1/0 Vómito. . . . . ( ) 1/0 Fiebre. . . . . ( ) 1/0 Otras ___		

7. Estado nutricional

Marque con una X su respuesta	
7.1 ¿Cuántas comidas realiza su hijo(a) al día, incluyendo refrigerios?	De 1 -3. . . . . ( ) 1 De 3 -5. . . . . ( ) 2

7.2 Marque con una X cuántos días a la semana consume su hijo (a) los siguientes alimentos:

Alimentos	Veces a la semana							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Verduras								
Frutas								
Cereales (arroz, maíz, trigo)								
Leguminosas (lenteja, alubia, frijol)								
Embutidos (jamón, salchicha)								
Pollo								
Pescado								
Res								
Cerdo								
Leche								
Queso								
Cocina con Aceite o manteca								
Dulces								
Miel y mermelada								
Gelatinas								
Sabritas o similares								
Gansitos o similares								
Pizzas								
Hamburguesas								
Tacos								

Marque con una X su respuesta	
7.3 ¿Qué tipo de agua utiliza para beber su familia?	Agua potable de la llave. . . . . ( ) 1 Pozo . . . . . ( ) 2 Hervida o clorada. . . . . ( ) 3 Garrafón. . . . . ( ) 4
7.4 ¿Cuánta agua natural y de fruta consume diariamente su hijo (a)?	500 ml . . . . . ( ) 1 1 litro. . . . . ( ) 2 1.5 litros . . . . . ( ) 3 2 litros . . . . . ( ) 4

7.6 ¿Cuánto refresco embotellado consume diariamente su hijo (a)?	500 ml 1 litro 1.5 litros 2 litros Nada	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Marque con una X, su respuesta

7.7 ¿Cuánto tiempo a la semana dedica su hijo (a) a las siguientes actividades?

ACTIVIDAD	NO REALIZA (1)	MENOS DE 7 HRS (2)	DE 7-14 HRS (3)	MAS DE 14 HRS (4)
1. Jugar futbol				
2. Jugar basquetbol				
3. Jugar voleibol				
4. Andar en bicicleta.				
5. Correr				
6. Caminar de la casa a la escuela				
7. Limpiar su cuarto				
8. Ver televisión				
9. Jugar videojuegos				

8. Hábitos higiénicos

Marque con una X su respuesta	
8.1 ¿Su hijo (a) se lava las manos antes de comer?	Si ( ) 1 No ( ) 0
8.2 ¿Su hijo (a) se lava las manos después de ir al baño?	Si ( ) 1 No ( ) 0
8.3 ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo (a)?	1 vez al día ( ) 1 2 veces al día ( ) 2

	3 veces al día Ninguna	( ) 3 ( ) 4
8.4 ¿Cada cuánto tiempo visita su hijo (a) al Dentista?	Cada mes Cada seis meses Cada año	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3
8.5 ¿Con qué frecuencia se baña su hijo (a)?	1 vez al día 2 veces al día Cada tercer día	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

8.6 ¿Con qué frecuencia se cambia de ropa su hijo (a)?	1 vez al día. . . . . ( ) 1 2 veces al día. . . . . ( ) 2 3 veces al día. . . . . ( ) 3
8.7 ¿Cuántas horas duerme diariamente su hijo (a)?	Menos de 8 horas . . . . . ( ) 1 De 8 a 10 horas . . . . . ( ) 2 Más de 10 horas . . . . . ( ) 3

¡POR SU COLABORACIÓN, GRACIAS!

9. Medidas antropométricas y observación física.

Registro de las medidas antropométricas del niño o niña	
9.1 Talla	Cm.
9.2. Peso	Kg.
9.3 Índice de masa corporal	Kg/m^2
Enfermedades de la piel	
9.4 Micosis (revisión de pies y manos)	Si . . . . . ( )1 No. . . . . ( )0
9.5 Pediculosis (revisión de cabeza)	Si . . . . . ( )1 No. . . . . ( )0
9.6 Observaciones	

Nota: La sección de medidas antropométricas es de uso exclusivo del equipo de

Diagnóstico, se incluirá al finalizar la valoración y el cuestionario.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DERECHOHABIENTES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA. UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA XALAPA EN EL AÑO 2011

Jahaziel Díaz Vallejo, Perla Melgarejo Bibiano, Karina Pérez Santos
Asesoras Internas: Dra. María Teresa Álvarez Bañuelos, MSP. Yolanda Campo

RESUMEN

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV), es la dependencia encargada de bridar la prestación de atención médica al personal de confianza, funcionarios, académicos y sus dependientes económicos (cónyuges, padres e hijos) de dicha universidad. La Unidad de Atención Médica Xalapa reporta que uno de los principales motivos de consulta es el trastorno mixto de depresión y ansiedad. El objetivo del presente análisis de la situación de salud fue determinar la situación general de salud y los factores asociados a ansiedad y depresión de los trabajadores derechohabientes de dicha dependencia. Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, con muestra de 85 individuos, se aplicó un cuestionario estructurado identificando variables socio-demográficas, económicas y la escala de Zung para detectar estados de depresión y ansiedad. Se encuestó un total de 37 hombres y 48 mujeres; el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 55 a 59 años (17.6%); 76% de los trabajadores se encuentran basificados. Se encontró una prevalencia de 0.7 para ansiedad y 0.6 para depresión; las áreas que presentaron mayor frecuencia de depresión fue la de humanidades y ciencias de la salud, mientras que para ansiedad fueron humanidades y administrativo. Los factores asociados significativos fueron sentirse poco seguro y no realizar actividad recreativa para depresión y ansiedad respectivamente. Así mismo, 30.6% de los encuestados reportaron trabajar más de 5 días a la semana. Es necesario realizar más investigaciones que ahonden al respecto de estos trastornos, ya que la institución reporta una morbilidad mayor a la que presenta la población general; de la misma forma, hacer un estudio que incluya también a los dependientes económicos y proponer acciones para que el SAISUV proporcione atención integral a estos padecimientos.

INTRODUCCIÓN

Analizar la situación de salud es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud[1], su principal propósito es identificar los problemas de salud de la población que se atiende y conocer el grado de prioridad en que se deben atender dichas enfermedades. Identificar las características socios psicológicos, económicos, históricos, geográficos, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto son sus principales objetivos. Los resultados constituyen el elemento eje para la planificación estratégica a ese nivel, establece las prioridades ya que dispone de los recursos locales en función de ellos. Es decir, un diagnóstico de la situación de salud es fundamental para la toma de decisiones al interior de las instituciones de salud.

Actualmente se cuenta con información sistematizada de los principales daños a la salud de la población derechohabiente al Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (SAISUV). Lo que permitió un análisis más preciso de los datos y de la misma forma, identificar las principales problemáticas de salud del personal derechohabiente. Uno de los principales motivos de consulta es el trastorno mixto de depresión y ansiedad, a nivel nacional no es de las principales causas de consulta. A continuación se analizará la situación de salud de los derechohabientes que reciben atención médica en el SAISUV unidad médica Xalapa y qué factores se asocian a dichos padecimientos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos del Sistema de Información Médica del SAISUV, durante el periodo Enero–Junio de 2011, los trastornos de ansiedad y depresión se presentaron como la cuarta causa de enfermedad entre los derechohabientes, teniendo un total de 909 consultas, precedido por hipertensión, faringitis aguda y diabetes mellitus[2]. Mientras que en el estado de Veracruz, según datos publicados por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades[3] (CENAVECE), en el año 2009, los trastornos de ansiedad y depresión no aparecen entre las principales causas de enfermedad.

La Secretaría de Salud, en el año 2001, en el Programa de Acción en Salud Mental menciona que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos representan el 12% del costo total de las enfermedades médicas; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), constituyen el 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre las principales destaca la depresión, que representa 36.5% del total. La OMS en 1996 detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales[4] Entre las quince principales causas de pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA) se encuentran las enfermedades psiquiátricas neurológicas, representando la depresión el 1.6% del total de AVISA. Estas enfermedades son una de las principales causas de ausentismo laboral y por su duración de las que mayores gastos implican para las instituciones de salud.[5] Un dato interesante emitido por la División de Política Social de la Cámara de diputados en el año 2004 es que de acuerdo con datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS) los recursos en el primer nivel de atención están conformados por más de doce mil núcleos básicos (médico y dos enfermeras), cerca del 30% de ellos opera de manera incompleta y ninguno de ellos contempla servicios de salud mental.

JUSTIFICACIÓN

El análisis de la situación de salud es fundamental para la identificación de los problemas de salud de una población, es un producto necesario para la atención y un eficaz abordaje de los problemas que aquejan a una comunidad en específico, en el SAISUV los trastornos de ansiedad y depresión son la cuarta causa de enfermedad, por lo cual es pertinente la realización de un diagnóstico de salud que los incluya, además que tal y como lo menciona Sandoval, este es un problema de salud pública por la proporción de AVISA a nivel nacional que representa y el costo económico que implica para las instituciones de salud y los aparatos productivos, ya que son trastornos crónicos, incapacitantes y cuyo tratamiento es largo y costoso[5]. Una persona que tiene estos padecimientos deja de contribuir a la economía familiar y por consiguiente, no es productivo para la economía nacional.

Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo para sus propios pobladores, el uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes. La relación entre enfermedad mental y enfermedad física es muy estrecha, ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimientos que tienen una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. Sandoval menciona que más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo [5].

Las enfermedades mentales tienen su repercusión directa en la salud física y esto se traduce en gastos importantes para los servicios de salud, porque pueden derivar en patologías crónicas que implican invertir en medicamentos costosos por un largo periodo de tiempo.[6] El ámbito laboral también es trastocado por las implicaciones que los problemas de salud mental tienen en la salud de las poblaciones, y se traducen en ausentismo laboral y baja productividad [4]. Costos ambulatorios y de hospitalización representan 87% de los costos totales.[7] Los principales costos económicos se pueden enumerar en los siguientes puntos:

Los pacientes con ansiedad, trastornos depresivos o ambos solicitan entre el 50 y 90% más servicios que aquellos con otros padecimientos.

Sus síntomas no son específicos por lo que es necesario realizarles estudios de laboratorio o gabinete especializados para descartar enfermedades, situación que elevan el costo de atención.

El tratamiento adecuado reduce el impacto económico derivado de la atención médica y la sintomatología.

Mejora la calidad de vida de quienes la padecen y sus familias.

Las acciones de prevención y detección temprana de estas patologías reducirán los costos por parte de las instituciones de salud, disminuirá las afectaciones en el ámbito laboral y mejorará la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud.

Por lo anterior, en el caso del SAISUV, analizar la situación de salud es el primer paso para definir las acciones que deben llevarse a cabo para brindar una atención integral a los usuarios diagnosticados con depresión y ansiedad, e implementar acciones de prevención y detección oportuna.; de esta manera se optimizaran los recursos asignado a esta unidad de salud.

Los resultados que arroje el presente diagnóstico de salud podrán constituirse como una base que permita visualizar las necesidades y acciones necesarias para mejorar la atención a los derechohabientes del SAISUV, así como su condición de salud. De aquí se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la situación de salud general de los derechohabientes al Sistema de Atención Integral a la Salud (SAIS) de la Universidad Veracruzana de la Unidad de Atención Médica Xalapa y la prevalencia de ansiedad y depresión en dicha población en el periodo septiembre-diciembre del 2011?

MARCO REFERENCIAL

ANTECEDENTES

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud, que incluye a la salud mental, que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La Salud mental es un derecho que todo ser humano tiene y a lo cual se debe acceder sin distinción alguna. Durante siglos, las enfermedades referentes a la salud mental han sido tratadas a nivel social, separándolas de las cuestiones físicas, sin embargo, hoy en día es posible concluir que los trastornos mentales tienen una gran relación con los problemas clínicos, ya que los problemas sociales en conjunto con las patologías adquiridas crean afecciones en el cuerpo humano disminuyendo a la vez su calidad de vida[6].

La Ley General de Salud en su artículo 27 estipula que para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a la educación para la salud, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; la atención médica; la atención materno-infantil; la planificación familiar; la salud mental; la prevención y el control de las enfermedades bucodentales; la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables [8].

En el capítulo VII del dicho artículo enuncia que la prevención de las enfermedades mentales es de carácter prioritario y se deben tener los conocimientos de los factores que afectan la salud mental. Las instituciones de salud, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán la difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental. La atención de las enfermedades mentales comprende: atender a las personas con padecimientos mentales, una rehabilitación psiquiátrica de los enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que estén consumiendo de manera habitual estupefacientes o substancias psicotrópicas[8].

Depresión

Los trastornos depresivos son dos veces más comunes entre las mujeres que entre los hombres9. La OMS describe a la depresión como una "psicosis afectiva", en la cual el ánimo se encuentra marcadamente deprimido con signos de tristeza e infelicidad, además de cierto grado de ansiedad10. La depresión es un grupo de trastornos afectivos caracterizados principalmente por un ánimo deprimido, disminución del libido, y pérdida del interés en el trabajo y actividades que antes causaban satisfacción, así como sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e idea suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados[11].

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo,

publicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social la incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas, los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas[12].

La Guía anteriormente citada expone las variables que incrementan el riesgo de depresión: historia familiar de depresión, pérdida significativa reciente, enfermedad crónica, en especial en aquellos pacientes con pobre respuesta a tratamientos, eventos altamente estresantes, violencia doméstica, cambios significativos en el estilo de vida, embarazo en mujeres con antecedentes de depresión[12].

Entre los síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión se encuentran: psicomotricidad disminuida o aumentada, aumento o disminución del sueño, pérdida de la capacidad del disfrute, concentración disminuida, disminución o aumento del apetito y peso, culpa y autor reproche, energía disminuida, fatiga y pensamientos suicidas. El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado ser superior a otros. La intervención psico educativa es parte fundamental del tratamiento psicosocial. Esta intervención se evalúa posterior a la obtención de la respuesta sobre síntomas depresivos y será proporcionada por personal capacitado (psiquiatría y/o psicología). Así mismo, la formación de grupos de ayuda mutua.[12].

Ansiedad

Los seres humanos viven con ansiedad cotidianamente, esto como consecuencia de las dificultades y presiones que implica el estilo de vida que impone un mundo globalizado. Dicha ansiedad empieza a tornarse patológica cuando compromete o atenta contra el bienestar del individuo o su eficiencia personal.13 El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiene como característica principal una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (es decir, más de la mitad de los días durante por lo menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Se considera que la preocupación y ansiedad son excesivas cuando su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido.[14]

Se considera como factor de riesgo a todo aquello que incrementa la probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Dentro de los factores de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada de encuentran:

- Sexo
- Historial familiar
- Factor genético
- Abuso de sustancias
- Condiciones médicas
- Factores socioeconómicos y éticos.
- Depresión
- Factores culturales
- Eventos estresantes en personas susceptibles[15]

Ayuso[16] enuncia que el trastorno de ansiedad puede expresarse como un sentimiento de angustia que el paciente vive como no placentera, sin causa y dirigida al porvenir. Es un sentimiento aprehensivo y constante de que ocurra algo grave como la muerte. Algunos de los síntomas físicos de la angustia son los síntomas cardiovasculares y respiratorios, sensaciones de temblor y escalofríos. El estado de alertización del organismo implica una activación a nivel del sistema nervioso central de los mecanismos de control cortico-subcortical y, a nivel periférico, una incrementada actividad del sistema nervioso simpático, activación que puede constatarse mediante diversos parámetros fisiológicos.

Algunos síntomas específicos de la ansiedad son:

- Hipervigilancia, tendencia al sobresalto
- Tensión motora
- Percepción de peligro
- Evitación fóbica
- Incertidumbre, inseguridad
- Insomnio de conciliación

Por ejemplo, los costos económicos del trastorno de ansiedad generalizada pueden ser medidos desde varios aspectos: disminución o pérdida de productividad, afectación en la calidad de vida, costos altos de atención gastos de bolsillo. Se considera que incrementa la mortalidad cuando acompañan a trastornos cardiovasculares.[7]

Cabe mencionar que la principal distinción que se debe de hacer para diagnosticar ya sea depresión o ansiedad es notar si existen sentimientos de tristeza, anhedonía,

ideación suicida y culpabilidad. Cabe mencionar que entre estos padecimientos puede alcanzarse la comorbilidad en sentido estricto.

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo[12] publicado en el año 2009 menciona que los trastornos neuropsiquiátricos se encuentran en el quinto lugar como carga de enfermedad por indicadores como muerte prematura y días vividos con incapacidad. Entre los cuatro padecimientos más discapacitantes se encuentran la esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo, siendo la depresión la primera causa de atención en las consultas de psiquiatría en México. Esta misma Guía asegura que el trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, su morbi-mortalidad aumenta cuando es acompañada de otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, afecta a población de todas las edades, género y condición social, económica y educativa, afecta la correcta funcionalidad de quien la padece, acarrea sufrimiento a quien lo padece y personas cercanas.

Los trastornos de salud mental afectan a toda la población sin distinguir raza, sexo, ocupación, o nivel de vida; de acuerdo con los resultados del informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, aproximadamente 450 millones de personas sufre algún trastorno mental. Una de cada cuatro personas padece un trastorno mental alguna vez en su vida. Si las proyecciones son correctas, en 20 años la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.[17]

Arévalo y Guerrero[18] hacen ver las distinciones entre los trabajadores de las universidades: si bien comparten un espacio y cultura laboral sus condiciones de trabajo, demandas, expectativas del trabajo y desgaste completamente distintos. Los trabajadores docentes y no docentes (en este caso, de confianza y administrativos) padecen incluso afecciones distintas: várices, afecciones músculo esqueléticas, problemas con la voz y los autores mencionan estrés emocional y "burnout". Se considera a la docencia una labor altamente estresante. Por su parte los trabajadores no docentes pueden presentar: ardor de ojos, disminución de visión, dolor de cintura, dolor de cabeza y afecciones estomacales. Los estresores de estos trabajadores son determinados por las limitaciones de crecimiento profesional, adaptación a nuevas tecnologías y asignación de nuevas responsabilidades. Esto aunado a los problemas personales y cómo afecta de manera diferenciada a hombres y a mujeres.

Contreras y colaboradores mencionan que los docentes son algunos de los profesionistas más vulnerables al trastorno depresivo debido a la sobrecarga de trabajo y las diversas tareas que realizan; esto les acarrea sentimientos de inseguridad e inestabilidad laboral. Esto tiene repercusiones directas en su labor docente, ya que dejan de ver a los alumnos como personas y pasan totalmente inadvertidos. Cada vez es más frecuente que los docentes de todas partes del mundo se vean afectados por problemas derivados del estrés y depresión. Los profesionales que tienen trato directo con las personas presentan con mayor frecuencia trastornos depresivos. La presión ocupacional golpea al profesor con tanta fuerza que desequilibra su funcionamiento orgánico[19].

Si bien el presente diagnóstico no se enfoca únicamente a los docentes, es pertinente mencionar las diferencias en las condiciones de trabajo en comparación con los funcionarios y personal de confianza. El contrato colectivo de trabajo del persona académico estipula que los trabajadores de tiempo completo laborarán durante cuarenta horas semanales, las cuales dedicarán como mínimo veinte horas semanales por docencia, y el resto a actividades extra clase; los de medio tiempo laboraran veinte horas semanales, donde quince horas de ellas serán a la docencia y el resto a labores extra clase. Por otro lado menciona que por el tiempo extraordinario laborado hasta nueve horas a la semana, el trabajador académico recibirá el 100% (ciento por ciento) más del valor del salario ordinario que corresponda, proporcionalmente [20]. También se debe considerara que los maestros se integran a programas de estímulos a la productividad académica (seguimiento de la evaluación de la superación académica, seguimiento de la evaluación de la calidad de los productos y actividades de apoyo al aprendizaje y formación integral, validación y registro de la dedicación y permanencia, seguimiento de la evaluación al desempeño docente, entre muchos más).

Las prestaciones de los trabajadores académicos se detallan en el capítulo IX del mismo contrato colectivo. Entre éstas se encuentran: gastos por honorarios médicos, medicamentos, hospitalización, análisis clínicos, estudios

de gabinete, intervenciones quirúrgicas, servicios radiológicos, extracciones, curaciones, obturaciones, profilaxis, tratamientos fluóricos, reconstrucciones dentales (en caso de alteraciones de la función masticatoria, endodoncias y paradoncias), aparatos ortopédicos y auditivos, lentes, pupilentes. El derecho a recibir la prestación se hará extensivo al cónyuge, a la concubina o el concubinario en su caso, los padres del trabajador que dependan económicamente y vivan con él. Las prestaciones a que se refiere el capítulo se otorgarán a los trabajadores que ocupen una plaza definitiva o temporal, por todo el tiempo que subsista la relación de trabajo.

MARCO EMPÍRICO

En el 2001 Cerrato y Benitez[21] realizaron un estudio con la finalidad de encontrar la prevalencia de depresión y ansiedad en una muestra de 109 personas en su mayoría mayores de 65 años, residentes en Majadahonda por medio del mini-examen de estado mental versión lobo. La prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión mayor fue la misma (7.2%), manifestándose mas en mujeres (10.9%). En cuanto a la depresión leve solo se diagnostico en 1% de los pacientes, todos mujeres.

Gómez y Rodríguez[22] en Colombia durante 1997, realizaron un estudio de corte transversal en la población colombiana. Participaron 25 134 personas fue aplicado el instrumento de Zung, obteniendo los siguientes resultados: el 11% de la población tenia depresión, con los siguientes factores asociados estadísticamente significativos: sexo femenino, estrato social, baja cohesión familiar, ansiedad, baja satisfacción laboral, antecedentes de problemas mentales en la familia, edad mayor de 40 años y baja satisfacción en los logros personales.

Otro estudio realizado por Gómez y colaboradores de tipo descriptivo y de corte transversal, efectuado en Colombia (en hogares de áreas urbanas de 32 municipios de 14 departamentos) como parte de la Encuesta Multinacional de Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, llevada a cabo en 11 países entre el 2000 y 2001. Se aplicaron 6 116 encuestas y se procesaron en una base de datos diseñada por la OMS, posterior al análisis de datos se obtuvieron los siguientes resultados: 612 de las personas encuestadas (10%; IC 95%: 9.2 a 10.7) tuvieron al menos un episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 520 (8.5%; IC 95%:7.8 a 9.2), algún episodio depresivo durante el último mes. Fue encontrada una mayor proporción de mujeres con algún episodio depresivo 2:1. Los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta fue el de 46 a 69 años. Los factores asociados estadísticamente significativos son los siguientes: tener alguna enfermedad, dificultad en sus relaciones interpersonales, consumo de marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, dependencia por el alcohol y tener alguna discapacidad[23].

Arévalo y Guerrero realizaron un estudio descriptivo de carácter censal sobre las condiciones de trabajo y de salud y algunos fenómenos psicológicos relacionados de la Universidad Nacional de Colombia. La muestra de población que se estudio fue de un total de 174 trabajadores de los cuales 94 fueron docentes y 80 no docentes. La información se recogió por medio de una batería de instrumentos diseñados o adaptados en más de 30 investigaciones de la Línea de Psicología de Salud Ocupacional. A los datos obtenidos se analizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado, odds ratio, Q de Yules y el análisis de correspondencias múltiples. Entre los resultados destaca que el 89.4% de los docentes trabaja más de 8 horas diarias y el 78.6% duerme 6 horas o menos al día. Los grupos ocupacionales que refieren una mayor problemática en cuanto a las condiciones de trabajo, salud, estrés, conflictos familiares y uso del tiempo libre son los docentes y administrativos de universidades; una condición importante relacionada con otras variables importantes es el sexo femenino; el estrés, está vinculado con distintas condiciones de trabajo, salud, genero y otros estresores [18].

En la Cuidad de Corrientes, Argentina, en el año 2007 se realizó una investigación que tuvo por objetivo averiguar a través del Test de Zung la prevalencia de depresión en los docentes de escuela primaria de dicha ciudad. Se estudiaron 200 casos en escuelas de la ciudad. Fue un estudio transversal de tipo cuantitativo. De las 200 muestras aplicadas, 80 de ellas dieron positivo para depresión. La prevalecía en el grupo era más alta que la población común, los síntomas más frecuentes tuvieron relación con el ámbito laboral y la ausencia de pareja o no pertenecer a un grupo social. La relación entre depresión y edad mostró que un 45% de las muestras positivas correspondieron a docentes entre 30 y 39 años de edad. No se halló relación directa entre depresión y religión. Una de las recomendaciones emitidas fue realizar estudios más amplios en dicha población ya que parecían tener una mayor predisposición a padecer dicho trastorno[24].

Marsiglia[25] realizó un estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y depresión en una muestra de 1159 pacientes de la ciudad de Caracas. La depresión tuvo una prevalencia de 7.6% con una razón mujer-hombre de 2.1:1, la edad mas frecuente fue entre los 54(+-)15 años. La ansiedad presento una prevalencia de 13.8% con una razón mujer: hombre de 2.4:1 y una edad de 46+-16 años[26].

Según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, estudio realizado entre los años 2001 y 2002, el 28.6% de la población encuestada manifestó algún tipo de los 23 trastornos mentales que se señalan en la CIE en algún momento de la vida, el 13.9% lo reportó en el último año y el 5.8% en el último mes previo a la aplicación de la entrevista. en cuanto a tipo de trastornos, los más frecuentes fueron ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).Esta misma encuesta muestra que la prevalencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada fue entre los hombres de 0.6 y entre mujeres de 0.3.[25]

Sandoval hace una aproximación al panorama nacional respecto a los trastornos de ansiedad y depresión:

El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión.

Los trastornos depresivos y ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta en los tres niveles de atención.

Para los próximos 12 años se espera un aumento global del 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos mencionados.

Las enfermedades crónico-degenerativas, así como el SIDA, son fuente de ansiedad y depresión en el individuo. Significan incrementos globales, para el año 2010, de casi 16.5 millones de personas hipertensas; 4.5 millones de diabéticos cerca de 700 mil casos de infartos al miocardio y más de 13 millones de obesos. [5]

Un estudio realizado en el año 2007 en diversas ciudades de la República Mexicana que buscaba diagnosticar y medir la eficacia del tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) por medio de la aplicación del Generalized Anxiety Disorders Questionaire 4th Edition (GAD-Q-IV), menciona que la ansiedad en un grado moderado puede ser benéfica para los individuos puesto que desempeña una función de gran utilidad pues estimula los esfuerzos, puede ser el impulso para alcanzar las metas propuestas, este nivel de ansiedad se considera normal las situaciones que pueden ser generadoras de ansiedad pueden llegar a tal grado que es posible pase a ser patológica, es decir, llegar a comprometer el bienestar o eficiencia de la persona y dificultar el rendimiento y la adaptación. Dicho estudio también considera a la ansiedad situacional como aquel trastorno que se observa en una situación o periodo determinado y es causado por algunas circunstancias. En síntesis: la ansiedad puede ser productiva pero tiene un punto de inflexión en la que hace que los individuos colapsen y dejen de rendir en su vida laboral y cotidiana como es deseable.[13]

El estudio de Contreras y colaboradores[19] realizado en México (2009) en profesores universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México que se encuentra el Toluca, Estado de México se aplicó el cuestionario de Cuadros Depresivos de Calderón a 270 profesores. Las áreas que mostraron mayor índice de depresión fueron las de Ingeniería y Ciencias de la Salud, el 8% de la población de profesores universitarios manifestaba algún tipo de depresión, teniendo mayor frecuencia en el sexo femenino (5%).

Híjar y colaboradores mencionan que una de las consecuencias más evidente de la violencia es la disminución en la calidad de vida, donde la población se ha visto obligada a tomar actitudes como no caminar por la calle o no salir por la noche aun en su mismo vecindario, e incluso destinar ingreso a sistemas sofisticados de seguridad[27]. Cabe mencionar que la Novena Encuesta Nacional sobre Percepción de Inseguridad Ciudadana en México realizada en noviembre del 2011 reveló que más de 8 de cada 10 mexicanos consideran que la seguridad actual es peor a la que se vivía el año pasado [28]. Esta encuesta se realiza desde el año 2009 y en la realizada en 2011 demuestra que 3 de cada 4 es decir el 74% dicen tener mucho miedo a un robo a mano armada; 2 de cada 3 (63%) a sufrir un secuestro; y 55% a ser víctima de un atentado terrorista. En los tres casos el porcentaje es sustantivamente superior al que se sentía hace un año y en el caso de los actos terroristas se explica por eventos como el del Casino Royal en la Ciudad de Monterrey. El creciente ambiente de inseguridad y violencia han impactado en los hábitos de vida ya que 65% menciona haber reducido el monto de dinero que lleva consigo y 57% prefiere no usar joyas. Otras medidas preventivas que los ciudadanos han implementado por

decisión propia son el de dejar de salir de noche (45%), prohibir salir a niños a la calle (43%), no utilizar taxis (30%) y dejar de hacer visitas a amigos o parientes (27%). El Programa de Acción: Salud Mental de la Secretaría de Salud [4]menciona que se ha demostrado la relación entre exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tienen su origen en la agresión hacia el individuo la cual es provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Asimismo plantea que la relación entre los factores sociales y la enfermedad mental se ejemplifican en el trastorno depresivo.

En el año 2007 se realizó un primer diagnóstico de salud en el SAISUV, con el objetivo de conocer y evaluar la condición de salud de esta población. Se tuvo un universo de estudio de 6,723 trabajadores, se tomó una muestra de 276 personas pertenecientes a este grupo que tenían derecho al servicio de salud que presta la Universidad Veracruzana (UV). Dichos sujetos fueron elegidos a través de muestreo por conveniencia. Utilizaron como criterios de inclusión que fueran académicos derechohabientes del servicio médico que corresponden a la región Xalapa, y se excluyeron a los funcionarios y empleados de confianza. Derivados de los criterios de eliminación, se descartaron los cuestionarios que presentaron inconsistencia de llenado en la sección de identificación y características demográficas. La metodología utilizada en este diagnóstico fue un estudio de tipo transversal, descriptivo y observacional.[29]

El diagnostico de salud del 2007 mostró una alta frecuencia de infecciones respiratorias e hipertensión arterial sistémica en los primeros lugares. Se detectó a la edad como factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus. De igual manera se detectó a la obesidad como factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial.[29]

En el año 2009 se realizó un segundo diagnóstico de salud, utilizando una metodología cuantitativa, un estudio tipo transversal descriptivo y observacional con la finalidad de conocer los principales daños a la salud y los factores asociados a los daños priorizados en los derechohabientes en el SAIS de la Unidad de Atención Médica Xalapa de la Universidad Veracruzana en relación con los daños presentes en la población de Xalapa, además de los recursos de los que disponían para proponer alternativas de solución. Los resultados que se obtuvieron fueron en la escolaridad el 25.8% contaba con licenciatura y el 21.9% con maestría; no se reportó hacinamiento, se encontró una prevalencia de alcoholismo de 0.010 y una prevalencia de tabaquismo de 0.15. Entre las enfermedades con mayor incidencia fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con 0.128 y la Enfermedad Diarreica Aguda con una incidencia de 0.014. Hubo presencia de daños a la salud de tipo crónicos, ubicándose en primer lugar la diabetes mellitus tipo 2 con una frecuencia de 24 casos, seguida de la hipertensión arterial sistémica que reportó 23 casos. La diabetes mellitus tipo 2 tuvo una prevalencia general de 0.092, en mujeres de 0.085 y en hombres de 0.103. La hipertensión arterial sistémica tuvo una prevalencia de 0.088, en mujeres de 0.105 y en hombres de 0.065.[30]

Las conclusiones y recomendaciones que arrojó este diagnóstico fueron las siguientes: Implementar un sistema de vigilancia epidemiológico, adecuar programas de prevención para la diabetes, implementar programas para la prevención y atención de la hipertensión arterial sistémica, proporcionar educación para la salud para la prevención de infecciones respiratorias agudas, llevar acabo el registro y uso correcto del expediente clínico según la NOM-168-SSA1-1998, realizar una atención médica multidisciplinaria en los usuarios de todas las edades que permita llevar los programas y políticas de prevención que comparativamente lleva a cabo instituciones del sector salud. [30]

MARCO CONTEXTUAL

Ubicación y nombre de la unidad

El Sistema de Atención Integral a la Salud de la UV (SAISUV); ubicado en el centro sur de la Ciudad de Xalapa Veracruz en el Fraccionamiento Ensueño, con acceso principal por la Avenida Rafael Murillo Vidal al norte del inmueble ubicado en el número 146 con límite al sur con la Privada Ideal, su límite este con la Privada Fascinación y al oeste con locales comerciales; colinda con el Circuito Presidentes, siendo ésta una de las vías de acceso rápido de esta ciudad capital. Es fácil acceder a la Unidad por transporte público y privado, además que se encuentra muy cerca del Centro Histórico de la Ciudad de Xalapa. (Anexo 1).

Reseña histórica

La Universidad Veracruzana inició sus actividades en el año 1944, su principal finalidad era reunir y coordinar las actividades de un grupo de escuelas dispersas en diversas entidades educativas a nivel medio superior y otros establecimientos afines. En los años setenta se consolida

la regionalización universitaria, se crean facultades y los primeros programas de posgrado.[31]

La Universidad Veracruzana, al igual que otras Instituciones de Educación Superior del país, durante las dos últimas décadas se han enfrentado a nuevos retos como: condiciones cambiantes del entorno económico, político y social, la escasez de financiamiento. En el año 1997 el Gobierno del Estado reconoce la autonomía a la Universidad.[31]

Cabe destacar que desde su fundación, la Universidad Veracruzana ha expandido sus servicios en las cinco regiones económicas más importantes de la entidad y tiene planteles en 27 de los 212 municipios del Estado. Se espera que se consolide como una realidad académica con cinco campus completos en las regiones.[31]

La Universidad Veracruzana desde su fundación ofrece como una prestación la atención médica al personal académico, funcionarios, personal de confianza y sus dependientes económicos (padres, cónyuges e hijos) la cual incluye: consulta externa, medicina general y de especialidad, servicios de hospitalización, de laboratorio, gabinete y medicamentos[32]. Algunos hechos importantes en la creación del SAISUV es posible mencionar:

En el año 1980 se firma el primer Contrato Colectivo de Trabajo entre la Universidad Veracruzana y el Personal Académico, estableciéndose la ayuda médica como una prestación en las cláusulas 98 y 99.

En el año 1987, y después de un análisis sobre el uso de la prestación, se creó un módulo médico en Xalapa a propuesta de la FESAPAUV, el cual ofrecía el servicio médico financiado con la finalidad de brindar una adecuada y oportuna atención, y evitar la erogación inmediata por parte del personal académico.

En el año 2007, con la intención de realizar una administración eficiente de la prestación social, la Universidad Veracruzana creó el Sistema de Atención Integral a la Salud, el cual permite ofrecer servicios médicos de primer y segundo nivel a personal académico, funcionarios y confianza, bajo lineamientos establecidos.

A cuatro años de su fundación, el inmueble del SAISUV está conformado de la siguiente manera: la primera planta del inmueble está destinada a la recepción de consulta, sala de espera, farmacia, archivo, tres consultorios de medicina general y un consultorio de odontología, en la segunda planta se distribuyen tres consultorios de medicina general y área de la coordinación médica, en el tercer piso se ubica el área administrativa.

De acuerdo con la Norma Oficial mexicana NOM-178-SSA-1998[33], que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, los consultorios del SAISUV cuentan con el equipamiento básico para su funcionamiento como lo es: ventilador, dos de ellos tienen lavabo (aditamento con el cual cuenta también el consultorio de odontología), dos estuches de diagnóstico en el área de enfermería, cama de exploración, baumanómetro, estetoscopio, escritorio, silla ejecutiva, dos sillas para paciente y acompañante, báscula, abatelenguas, termómetro, megatoscopio, computadora e impresora. Por su parte el consultorio odontológico tiene una autoclave, lavabo, silla de exploración odontológica y el instrumental correspondiente. Cabe mencionar que no se cuenta con báscula pesa bebé los cuales no son atendidos en el SAISUV, son canalizados directamente al pediatra.

Descripción del personal de salud

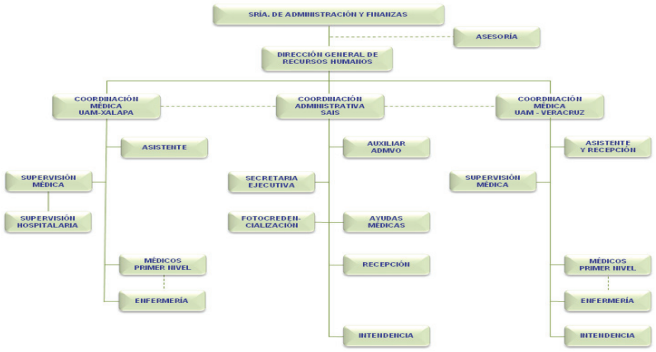
El Sistema de Atención Integral a la Salud cuenta con una estructura organizacional dependiente de una coordinación general de la cual se desprenden para la Unidad de Atención Medica Xalapa, una coordinación médica y una coordinación administrativa.

Área médica: esta coordinación tiene a su cargo todas las sub áreas de supervisión médica y hospitalaria, de la cual también dependen los servicios médicos y de enfermería.

Área administrativa: esta coordinación tiene a su cargo los departamentos de recepción, análisis, ayudas médicas, foto credencialización e intendencia.

El personal que labora en el SAISUV Unidad Médica Xalapa está conformado por un total de 49 personas, distribuido en personal administrativo, médico administrativo, médico, enfermería y personal asistencial.

Gráfico 1. Estructura Orgánica del Sistema de Atención Integral a la Salud.



Fuente: SAISUV Xalapa Septiembre 2011

Se distribuye el personal de la siguiente manera: un coordinador general con su asistente administrativo, dos coordinadores de las áreas médica y administrativa, con y sus respectivos auxiliares administrativos, uno para el área médica y dos para el área administrativa, se cuenta con dos personas para el área de sistemas informáticos, catorce analistas, doce médicos generales, dos médicos odontólogos, cuatro enfermeras y cuatro recepcionistas. Hay dos turnos de atención: matutino 08:00 a 14:00 horas en el que proporcionan atención seis médicos y dos enfermeras y de 14:00 a 20:00 horas que cuenta con el servicio de cinco médicos y dos enfermeras.

Este personal se distribuye por área, funciones y turnos en esta unidad médica, con la intención de cubrir el total de horario de servicios de lunes a viernes y una guardia sabatina.

Servicios que ofrece la unidad

El SAISUV presta los siguientes servicios:

1. Administrativos: en los cuales se incluye el pago de ayudas médicas por reembolso (cláusulas 98 del CCT) y acreditación y vigencia de derechos (cláusula 98 del CCT)
2. Médicos: Como son la prevención, consulta externa ambulatoria, diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y urgencias (segundo y tercer nivel de atención).
3. Los servicios médicos del primer nivel, se otorgarán con médicos contratados por la universidad para atender los problemas de salud de la población derechohabiente, de conformidad con los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, respecto de la ocurrencia de patologías que ameriten la intervención de los diferentes niveles de atención médica.
4. Visitas domiciliarias. Están autorizadas en el caso de aquellos pacientes con Síndrome de Dismovilidad y, aquellos que sin padecer dicho síndrome se encuentren impedidos físicamente para trasladarse al SAISUV para recibir atención de primer contacto.
5. Medicamentos, análisis clínicos y gabinete. El paciente derechohabiente a SAISUV tiene derecho a abastecimiento de los medicamentos necesarios para la corrección de las patologías que presenta, asimismo se le otorga el derecho a realizarse análisis clínicos, estudios de gabinete (radiografía simple), adquisición de aparatos auditivos y ortopédicos, el paciente presentará su credencial de servicio médico, talón de cheque original vigente del trabajador y deberá entregar la orden médica original al proveedor.
6. Servicios odontológicos. Se realizará un diagnóstico clínico por parte de los odontólogos de la Unidad Médica de Atención (UMA) elaborando un odontograma para la atención de odontología general y odontopediatría. En la UM) sólo se realiza este procedimiento, tratamientos odontológicos más especializados se canalizan a otros especialistas.

Sistemas de información con los que cuenta la unidad

Como fuentes de información secundaria se cuenta con la hoja diaria de consulta, el expediente o nota médica y dos sistemas de información electrónica

El Sistema médico: Se puede acceder a él desde cualquier conexión a internet, este sistema tiene una pantalla de información general en la que se presenta información para personal de la Universidad Veracruzana, orientación en trámites, servicios que presta la unidad, entre otras. Una fase más del sistema médico se maneja por sesiones al cual, sólo el personal que labora en el SAISUV tiene acceso. Se le puede llamar un sistema dinámico ya que su principal función es reflejar en tiempo real lo que los médicos capturan en los expedientes clínicos electrónicos y de esta manera alimentar la base de datos para el reporte epidemiológico semanal; este sistema es de gran utilidad ya que se tiene un reporte en tiempo real y además es posible acceder directamente a los expedientes electrónicos en caso de ser necesario

revisar la historia clínica de algún paciente que se dude si se reporta o no al sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Para acceder a este sistema se crean cuentas con perfiles específicos, es decir, que quien accede con una cuenta como proveedor no puede acceder a los expedientes clínicos, a éstos sólo tiene acceso el personal médico.

Esta Unidad Médica cuenta además con un *sistema administrativo o de ayudas médicas*: se podría considerar un sistema estático. Sólo es para uso de personal de SAISUV. De tipo gerencial, genera información referente al gasto, se maneja por perfiles. En dicho sistema se ingresan facturas, gastos por honorarios, programación de pagos, entre muchos otros.

Área de influencia de la unidad

El SAISUV ubicado en Xalapa, brinda atención a los trabajadores, administrativos, catedráticos, funcionarios y dependientes de los mismos de la región. La mayoría de este personal tiene su sitio de residencia en el área geográfica de Xalapa y circunvecinas como Banderilla, Coatepec, Xico, Naolinco, Emiliano Zapata, entre otros (Tabla 1).

Normatividad que sustenta y regula al SAISUV34

- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes
- Carta de los Derechos Generales de los Médicos
- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
- Regulación de la Prescripción Médica.
- Hacia una política farmacéutica integral para México – COFEPRIS.
- Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud – Lineamientos Generales 2007.
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-93, Procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de Vacuna
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
- Políticas y procedimientos del sistema de atención integral a la salud de la universidad veracruzana.
- Contrato colectivo de trabajo del personal académico de FESAPAUV.35
- Población de responsabilidad

Tiene derecho a la prestación médica el personal académico, así como sus derechohabientes acreditados de la región Xalapa de acuerdo con los requerimientos establecidos (Tabla1).

Tabla 1. Derechohabientes activos de la prestación de ayuda médica agosto 2011

Región	Funcionario		Confianza		Académicos		Totales		
	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.	Emp.	Dep.	Reg.
Xalapa	338	544	1168	1644	2530	3907	4036	5995	10031
Veracruz	72	121	120	135	830	1278	1022	1534	2556
Córdoba-Orizaba	36	54	48	48	400	455	484	557	1041
Poza Rica-Tuxpan	39	47	52	34	394	564	485	645	1130
Coatzacoalcos-Minatitlán	30	29	32	17	308	377	370	423	793
Totales	515	795	1420	1778	4462	6581	6397	9154	15551

EMP= Empleado Dep=Dependiente Reg=Registrados
Fuente: Sistema de información SAISUV 2011

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la situación general de salud y los factores asociados a la ansiedad y depresión de los trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Unidad de Atención Médica Xalapa.

Objetivos Específicos

- Conocer las principales causas de morbilidad entre la población de responsabilidad.
- Describir los principales datos epidemiológicos de la población.
- Identificar las características demográficas, económicas y sociales de los trabajadores de la Universidad Veracruzana Región Xalapa derechohabientes del SAISUV.
- Conocer la prevalencia de la depresión y ansiedad en la población.
- Identificar los factores asociados a la depresión y ansiedad.

METODOLOGÍA

Criterios Generales de Planificación del Diagnóstico de Salud

El presente estudio es de tipo cuantitativo, con una metodología observacional, descriptiva y transversal.

Definición Operacional de las Variables [30,15,36,]

TABLA 2. VARIABLES PARA EL ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido de vida.	Edad proporcionada de cada uno de los trabajadores que participan en estudio.	Cuestionario	Discreta	Frecuencia absoluta de edad Promedio de edad
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres vivos	Sexo proporcionado por cada uno de los entrevistados	Cuestionario	Nominal	Pirámide poblacional. Frecuencia absoluta de sexo. Porcentaje de la población por sexo.
Lugar de residencia	Localidad donde reside una persona	Localidad donde se ubica la vivienda de la persona entrevistada	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que reside en cada una de las localidades que comprende el servicio médico.
Estado Civil	Situación de las de los individuos determinada por sus relaciones familiares provenientes del matrimonio o relación de parentesco.	Estado civil proporcionado por cada uno de los entrevistados	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta de estado civil. Porcentaje de la población por estado civil

TABLA 3. VARIABLES PARA EL ANÁLISIS SOCIOLOGICO Y ECONOMICO DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Escala de medición	Indicador
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Escolaridad proporcionada por cada uno de los entrevistados	Cuestionario	Ordinal	Porcentaje de personas por nivel de estudios. Porcentaje de trabajadores por estudios completos.
Tipo de Contrato	Acuerdo entre el empresario y el trabajador en el que se detallan las condiciones en las que un trabajador se compromete a realizar un determinado trabajo por cuenta del empresario y bajo su dirección, a cambio de una retribución o sueldo.	Tipo de contrato que el trabajador presenta al momento de la entrevista.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas por tipo de contratación
Tipo de Personal	Puesto institucional donde se encuentra trabajando la persona	Tipo de personal proporcionado por el encuestado.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas por tipo de personal
Área laboral	Lugar donde realiza sus labores el trabajador.	Área donde se encuentra laborando el trabajador al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta del área donde labora
Ingreso	Remuneración económica que recibe el trabajador por la prestación de su servicio laboral mensual	Ingreso económico que el trabajador recibe al momento de la entrevista	Cuestionario	Continua	Promedio de ingreso
Número de trabajos	Cantidad de trabajos en los cuales una persona se desempeña para obtener un ingreso	Número de trabajos con el que cuenta el trabajador en el momento de la entrevista.	Cuestionario	Discreta	Porcentaje de sujetos con más de un trabajo
Horas trabajadas	Cantidad de horas que una persona dedica a su vida laboral en un día	Número de horas trabajadas en un día por reportadas por el entrevistado	Cuestionario	Discreta	Promedio de horas trabajadas o cuartiles
Días trabajados	Número de días una persona dedica a su trabajo en una semana	Número de días a la semana que el entrevistado reporta laborar	Cuestionario	Discreta	Promedio de días trabajados
Seguridad	Percepción respecto a tema de inseguridad y violencia	Percepción sobre la seguridad que el trabajador señala al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Nivel de preocupación respecto del tema de inseguridad.
Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Personas con las que comparte su vivienda con las que mantiene un vínculo de afinidad, adopción, matrimonio u otra al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas que viven con amigos, familiares o solos. Relación de ansiedad y depresión con personas con que se comparte la vivienda.
Vivienda	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas	Tipo de contrato en la vivienda al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de materiales con el que están construidas las viviendas.

Material de la vivienda	Materiales predominantes con los que está construida la vivienda	Calidad de la vivienda al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de vivienda con: tipo de construcción madera, ladrillo, concreto, otros.
Hacinamiento	Refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles	Número de residentes del domicilio sobre número de habitaciones del mismo. Tres o más personas por habitación se considera hacinamiento.	Cuestionario	Nominal	Frecuencia absoluta. Porcentaje de la población que haya sido clasificada como hacinada.
Servicios	Actividades requeridas para cubrir las necesidades básicas de vivienda	Tipos de servicio en el hogar reportados por el trabajador al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Relación de servicios con que cuenta y el nivel de vida
Bienes	Objeto material cuyo uso produce cierta satisfacción de un deseo o necesidad.	Numero de bienes del trabajador en el momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de población con nivel de vida alto, medio y bajo
Relación pareja	Inversión que los miembros de una pareja hacen en un vínculo amoroso compartido,	Calidad de la relación de pareja valorada por el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Relación entre estados de depresión y ansiedad y la relación de pareja actual
Fecundidad	Cantidad de hijos que una persona tiene en su vida fértil	Cantidad de hijos del trabajador al momento de la entrevista	Cuestionario	Discreta	Frecuencia de hijos de la persona entrevistada para hacer un cálculo de la fecundidad entre la población.
Natalidad	Flujo natural de crecimiento de una población	Natalidad en la población a entrevistar	Cuestionario	Discreta	Frecuencia de hijos nacidos vivos para hacer un cálculo de la fecundidad entre la población.
Planificación	Prácticas utilizadas por una persona orientadas al control de la reproducción	Tipo de método de planificación reportado por el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de tipo de método anticonceptivo utilizado.
Enfermedad actual	Alteración del estado de salud en la actualidad	Tipo de enfermedades reportadas al momento de la entrevista	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de enfermedades que padece la población encuestada
Medicación	Administración de una o más medicinas para combatir o prevenir una enfermedad	Medicamentos más utilizados reportados por el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de los medicamentos más utilizados entre la población
Antecedentes familiares	Historia familiar de una enfermedad.	Antecedentes heredofamiliares reportados por el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de las enfermedades familiares más frecuentes entre los encuestados.

Mortalidad	Número de defunciones en una población durante un año.	Información que proporcionan los entrevistados respecto a las defunciones que se ha suscitado en su entorno familiar.	Cuestionario	Discreta	Frecuencia de muertes enunciadas por los encuestados para calcular la mortalidad de la población total.
Actividad física	Cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal.	Tipo de actividad física que reporta realizar el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de actividades físicas y tiempo dedicado a ellas. Relación con ansiedad y depresión.
Actividad Recreativa	Técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto.	Actividades recreativas que reporta realizar el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Frecuencia de actividades recreativas y tiempo dedicado a ellas. Relación con ansiedad y depresión
Descanso	Pausa necesaria para reponer el cansancio	Cantidad de horas que el trabajador entrevistado ocupa para descansar	Cuestionario	Nominal	Frecuencia del número de horas que duerme la población encuestada. Relación con ansiedad y depresión.
Nutrición	Relación que existe entre el alimento y la salud en determinación a una dieta.	Tipo de alimentación que el entrevistado reporta	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de encuestados que se considera que tienen un tipo de alimentación
Adicción	Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una sustancia determinada	Consumo de sustancias adictivas que reporta el entrevistado	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas que consumen o no sustancias adictivas.
Ansiedad	Es un estado emocional consistente en reacciones de miedo ó aprensión anticipatorios de peligro ó amenazas, acompañados de activación del sistema Nervioso Autónomo	Nivel de ansiedad que arroja el test aplicado: a mayor puntuación, mayor grado de ansiedad.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas que sufren con trastornos de ansiedad
Depresión	Estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general ó alguna en particular y por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio; una alteración del humor ó la afectividad, la cual se acompañada usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo	El rango de calificación es de 20-80. 25-49 rango normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido 70 o más, Severamente deprimido	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de personas con algún tipo de depresión (leve, moderada o severa)

Tipo de estudio y diseño general

- El presente estudio es de tipo cuantitativo, las características de metodología son las siguientes:
- Observacional, únicamente se revisara los factores presentes o ausentes en la población.
- Descriptivo, por su fin de conocer y describir la situación de salud de los derechohabientes del SAISUV.
- Transversal, se lleva a cabo en un solo momento, donde se recopilaran los datos a través de un cuestionario, obteniendo en una sola medición las variables de interés.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra

La población de estudio incluyó: a los académicos, personal de confianza y funcionarios de la Universidad Veracruzana con derecho al servicio en el Sistema de Atención Integral a la Salud en la región Xalapa, en el periodo Agosto 2011-Enero 2012. El Universo de estudio fue conformado por 4,395 trabajadores derechohabientes del SAISUV región Xalapa, ubicados en las 114 entidades en esta misma región. La unidad de muestreo son los trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana siendo: académicos, funcionarios y personal de confianza.

El tamaño de la muestra se estimó por medio de un muestreo aleatorio simple:

- El nivel de confianza o seguridad (1-a). El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente (Za). Con un nivel de confianza de 95% = 1.96
- La precisión fue de 5%.
- La proporción esperada es 6% de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiologia Psiquiátrica.

Dónde:

- N = Total de la población (4395)
- Za2 = 1.962 (seguridad del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 6% = 0.06)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.06 = 0.94)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

Para el cálculo de la muestra se utilizó el software estadístico Epidat 4.0 donde se obtuvo un tamaño de muestra de 85 individuos, fue incrementado en 10% el tamaño muestral con el propósito de obviar la pérdida de sujetos en alguna etapa del trabajo.

Posteriormente se realizó un muestreo aleatorio simple para definir de forma representativa a los trabajadores a entrevistar.

Unidad de Análisis y Observación

La unidad de análisis y observación fueron los trabajadores derechohabientes del SAISUV de la región Xalapa, que son académicos, personal de confianza y funcionarios.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Trabajadores derechohabientes del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana.
- Disponibilidad de participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Personal de la Universidad Veracruzana, región Xalapa que se encontraron ausentes por incapacidad o periodo vacacional)
- No pertenecer a la región Xalapa.

Criterios de eliminación:

- Los cuestionarios que no tuvieron por lo menos el 85% de la información completa

Procedimientos para la recolección de información

La recolección de la información se realizó a través de dos fuentes de información el primero de ellos, fue la base de datos sistematizada con que cuenta la unidad médica, segundo como fuente primaria un cuestionario.

Instrumento utilizado

En la primera parte del instrumento (anexo 2.1) se recabaron los datos económicos, sociales y de la situación de salud general de la población. La segunda parte (anexo 2.2) tuvo una totalidad de 40 ítems cerrados, el cual fue resultado de la integración de los instrumentos de Zung para Depresión y ansiedad, sin modificación en los campos del mismo.

Zung para Depresión: La Escala Auto aplicada de Depresión, desarrollada por W.W. Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica

y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país y ha tenido una amplia difusión. Es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 preguntas en la escala que indican las cuatro características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4; Se trata de una escala de tipo Likert, formada por 20 frases relacionadas con la depresión, donde el paciente valora la frecuencia de síntomas (no su intensidad), desde 1 (poco tiempo) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Predominan los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores[37,38]

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad oscilan de 0.70-0.80 en la fiabilidad por el método de las dos mitades, e índice de Cronbach entre 0.79 y 0.92. Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80.

No fue diseñada para tamizaje pero muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total.

Zung para ansiedad: Fue diseñada por Zung en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Consta de 20 ítems, 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La puntuación media obtenida en pacientes con trastorno de ansiedad es de 62 ±13.8. En otras patologías psiquiátricas como esquizofrenia, depresión, trastornos de la personalidad o trastornos transitorios la puntuación osciló entre 49.4 ± 15.9 y 52.6 ± 13.6. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.05$). Validez: Se dispone de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65[37,38]

Métodos para el control y calidad de datos

El cuestionario se aplicó en las entidades de la Universidad Veracruzana, región Xalapa, este cuestionario fue un resultado del análisis de la información disponible y la revisión de material bibliográfico respecto a la construcción de un diagnóstico de salud.

Antes de la aplicación del instrumento se procedió a la aplicación de una prueba piloto a diez trabajadores de la Universidad Veracruzana que tienen acceso al Sistema de Atención Integral a la Salud en la región Xalapa, con la siguiente finalidad:

• Determinar el tiempo de traslado de una unidad muestral a otra, observando que las entidades académicas se encuentran alrededor de toda la localidad, por lo que el periodo de traslado es muy variable consistiendo de 5 minutos hasta media hora dependiendo de igual forma del tráfico vehicular.

• Revisar que las preguntas que se diseñaron en el cuestionario fueran claras por los informantes y en caso contrario, replantear las interrogaciones para hacer más fácil su comprensión.

• Desechar las preguntas que no dieran información con respecto al objetivo de la investigación.

• Obtener información de características relevantes por parte de los entrevistados para lograr mejorar el instrumento de trabajo.

En un inicio, el cuestionario se integró de 64 preguntas con una duración en su aplicación en la etapa de la prueba de aproximadamente diez a veinte minutos, posterior a esto se recabaron las dudas que cada entrevistado observo en el instrumento, se replantearon algunas preguntas para que fueran más fácilmente comprensibles en la etapa de reelección de datos.

Posteriormente se procesó la información en el paquete estadístico SPSS para comprobar que las preguntas del instrumento tuvieran una relación con las variables de búsqueda establecidas, encontrando la aceptación de cada una.

Lo anterior permitió modificar el cuestionario a un total de 97 preguntas, considerando que estas interrogantes darán respuesta a la hipótesis propuesta a través de un índice de competitividad.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con seres humanos.

Antes de la aplicación del instrumento a la población objetivo se realizó la entrega de un oficio con atención a los directores de las distintas facultades e institutos que fueron seleccionados en la muestra, con la finalidad de informarles y solicitar su autorización para el levantamiento de los cuestionarios. Se recabaron los datos durante un periodo aproximado de 4 semanas. Se recopiló información acerca de composición familiar, nivel socioeconómico, aspectos culturales y nutricionales, servicios de salud, planificación familiar, embarazos, antecedentes patológicos, adicciones, padecimientos y trastornos que alteren la salud mental.

De acuerdo a lo expresado en la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial[39] en la que se detallan los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, la elaboración del presente diagnóstico de la situación de salud respetó la integridad, privacidad y el consentimiento voluntario de los sujetos, el ejercicio de sus Derechos Humanos y principalmente el derecho a negarse a participar, con lo cual se garantizó los aspectos éticos del mismo.

Programas utilizados para el análisis de datos.

El procedimiento empleado para el procesamiento de la información fue la codificación de las variables, posteriormente la captura de los cuestionarios en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), y una vez validada la correcta captura de las bases de datos, se elaboraron las tablas de frecuencias, porcentajes y asociación de variables, para el cálculo de los factores asociadas se utilizó Epinfo versión 6 Statcal.

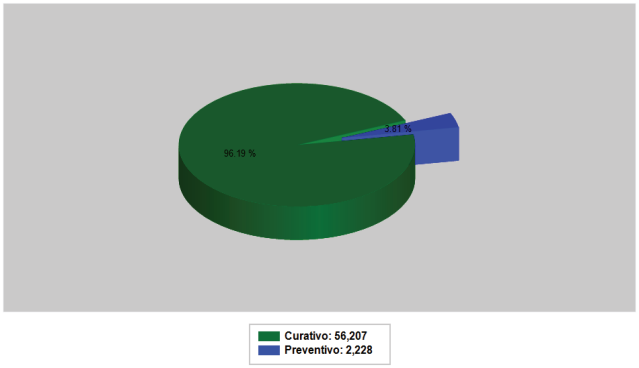
RESULTADOS

Datos Epidemiologicos

Principales datos epidemiológicos saisuv

Durante el año 2011 en el SAISUV Unidad Médica Xalapa se proporcionaron 58 435 consultas, de las cuales, 56 207 es decir, el 96.19% fueron de medicina curativa y 2, 228 de medicina preventiva, el cual representa el 3.81%.

Gráfico 2. Tipos de consulta proporcionadas en el año 2011 a derechohabientes del SAISUV.



Durante el año 2012 las primeras cinco causas de enfermedad fueron la hipertensión esencial (primaria), la faringitis aguda, otras diabetes mellitus especificadas, trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias. (Tabla 4)

Tabla 4. Veinte principales causas de enfermedades

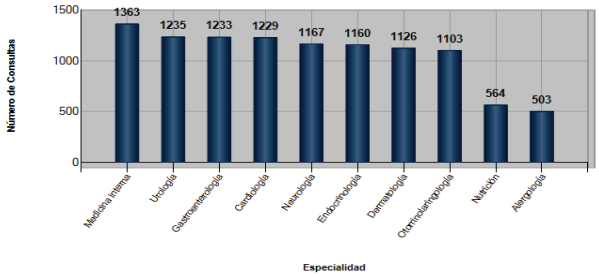
SAISUV Xalapa 2011

No.	Padecimiento	Código CIE10	Casos
1	Hipertensión esencial (primaria)	I10	7192
2	Faringitis aguda	J02	3252
3	Otras diabetes mellitus especificadas	E13	3195
4	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41	2844
5	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	E78	2748
6	Rinitis alérgica y vasomotora	J30	2206
7	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	J00	1877
8	Trastornos de la acomodación y de la refracción	H52	1841
9	Hipertensión secundaria	I15	1353
10	Otros trastornos menopáusicos	N95	1262
11	Otros hipotiroidismos	E03	1201
12	Parasitosis intestinales, sin otra especificación	B82	1139
13	Otros trastornos de las venas	I87	1027
14	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	A09	965
15	Hiperplasia de la próstata	N40	917
16	Trastornos del sueño	G47	906
17	Diabetes mellitus no insulinodependiente	E11	835
18	Otros trastornos del sistema urinario	N39	831
19	Dorsalgia	M54	786
20	Osteoporosis sin fractura patológica	M81	705
		Total:	**37082**
		Otras Causas:	**25320**
		Total Global:	**62402**

Fuente: SAISUV **Fecha del 01/01/2011 al 31/12/2011**

Entre las especialidades con mayor número de derechohabientes referidos a segundo nivel de atención por parte del SAISUV se encuentra que el 13% corresponde a pacientes canalizados a medicina interna seguida de urología y gastroenterología con 12%.

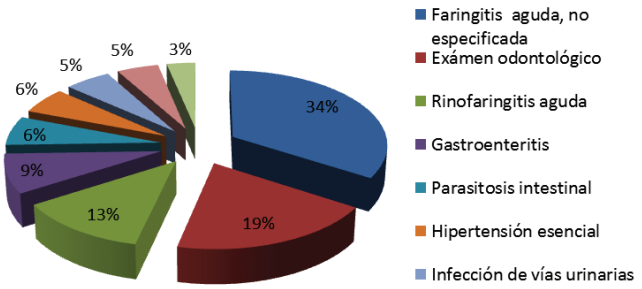
Gráfico 3. Principales especialidades referidas de segundo nivel de atención. SAISUV. Enero-Diciembre 2011



Fuente: SAISUV Xalapa/DGRH

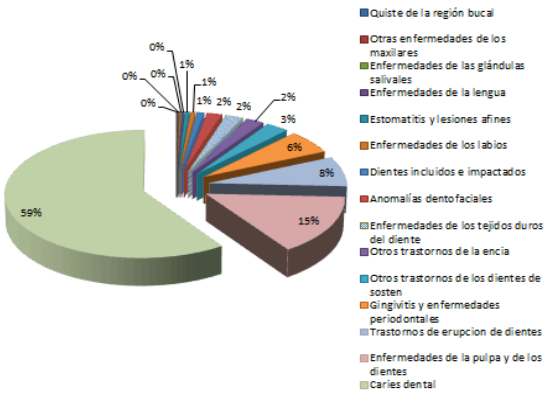
Gráfica Anual - Fecha del 01/01/2011 al 31/12/2011

Gráfico 4: Principales motivos de consulta de primera vez .Derechohabientes SAISUV. Enero-diciembre 2011



Las primeras tres causas de enfermedad que se registraron fueron la hipertensión arterial en primer lugar con 7192 casos, en segundo lugar la faringitis aguda no especificada con 3252 casos y finalmente diabetes mellitus con 3,195(Tabla 4). Dentro de los principales motivos de consulta odontológica se presentó la caries dental con el 59% seguido de enfermedades de la pulpa y de los dientes con el 15%.

Gráfico 5. Principales motivos de consulta odontológica. Derechohabientes SAISUV. Enero-diciembre 2011



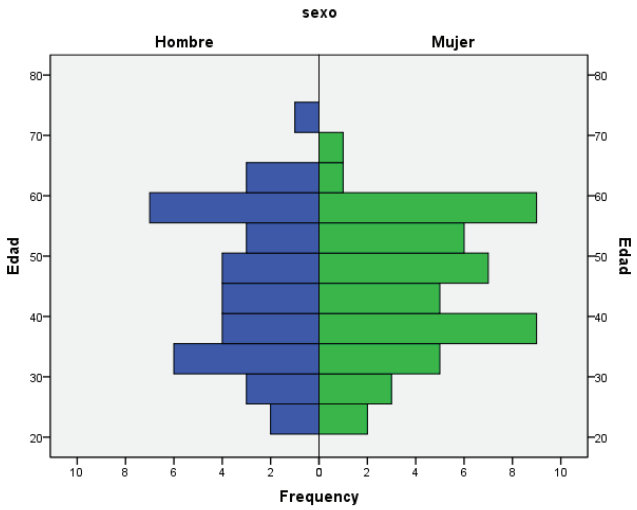
Fuente: Datos SAISUV 2011

El total de consultas de primera vez otorgadas por el SAISUV en el año 2011 fueron 6 099, el 34% (2033) fueron por faringitis y un 19% (1 152) fue por exámenes odontológicos.

DATOS DEMOGRAFICOS

Se encuestó a un total de 85 derechohabientes al SAISUV-Xalapa de entre 20 y 74 años de edad, 37 fueron hombres y 48 mujeres. La edad media obtenida fue de 45 años. El grupo de edad con la mayor frecuencia fue el de 55 a 59 años con un 17.6 %. (Gráfico 6 y Anexo 5).

Grafico 6. Distribución poblacional por sexo y grupos de edad de la muestra de estudio. Derechohabientes SAISUV. Diciembre 2011



Se encontró que el 91.8% de los encuestados su lugar de residencia radica en la ciudad de Xalapa, Veracruz y solo un 7.1% en la ciudad de Coatepec, el 1.2% restante no especificó su lugar de residencia.

En lo que respecta al estado civil presentó un mayor porcentaje el grupo de casados con el 44.7% (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución del estado civil de la población SAISUV, 2011.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	38	44.7%
Soltero	31	36.5%
Unión libre	8	9.4%
Divorciado	7	8.2%
Viudo	1	1.2
Total	85	100.0

El 35.3% de los derechohabientes reportó no tener hijos, al sacar la media de la muestra se obtuvo un hijo por persona. La población en estudio es una población adulta (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de hijos de los derechohabientes SAISUV, 2011.

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	30	35.3%
1	22	25.9%
2	26	30.6%
3 o mas	7	8.2%
Total	85	100.0%

Con relación a la distribución por área académica donde laboran los encuestados, se presentó un mayor porcentaje en el área de humanidades con un 24.7% (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución por tipo de área laboral de los derechohabientes SAISUV, 2011

Área	Frecuencia	Porcentaje
Humanidades	21	24.7%
Económico-administrativo	14	16.5%
Ciencias de la Salud	12	14.1%
Técnica	11	12.9%
Administrativo	10	11.8%
Artes	9	10.6%
Biológico-agropecuaria	4	4.7%
Institutos de investigación	3	3.5%
No especificado	1	1.2%
Total	85	100.0%

DATOS SOCIOECONÓMICOS

El nivel educativo de la población entrevistada va desde bachillerato a doctorado. El 31.8% tiene licenciatura y el 30.6% maestría (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución por nivel de escolaridad SAISUV, 2011

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Doctorado	20	23.6%
Maestría	26	30.6%
Especialidad	5	5.9%
Licenciatura	27	31.8%
Técnico	1	1.2%
Bachillerato	6	7.1%
Total	85	100.0%

El 77.6% de los encuestados tiene una contratación de base y el 7.1% labora por contrato (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución por tipo de contratación del personal derechohabiente. SAISUV, 2011

Tipo contratación	Frecuencia	Porcentaje
Base	66	77.6%
Interinato	13	15.3%
Contrato	6	7.1%
Total	85	100.0%

La distribución por el tipo de personal fue de 63.5% académicos, 23.5% personal de confianza y 13% funcionarios.

El mayor porcentaje de días a la semana trabajados fue de 5 días, se reportó 3 personas que laboran los 7 días de

la semana esto representó el 3.5% (Tabla 10).

Tabla10. Número de días por semana que laboran los Derechohabientes SAISUV, 2011

Días	Frecuencia	Porcentaje
3	1	1.2%
5	58	68.2%
Más de 5	26	30.6%
Total	85	100.0%

El mayor porcentaje de horas que laboran los derechohabientes encuestados fue del rango de siete a nueve horas de trabajo con un 55.3%. La media obtenida para el número de horas que trabaja los derechohabientes del SAISUV fue de 8.11, el número máximo de horas de trabajo que se registró fue de 16 horas (Tabla 11). Solo el 15.3% mencionó tener dos trabajos y el resto solo uno.

Tabla 11. Número de horas al día laborados por los derechohabientes SAISUV, 2011

Horas	Frecuencia	Porcentaje
3-6	14	16.4%
7-9	47	55.3%
10 o más	24	28.4%
Total	85	100.0%

El 62,4% mencionó tener vivienda propia, el 31.8% rentar y solo el 5.9% que su vivienda es prestada. Solo el 5.9% de la muestra total presentó hacinamiento. Entre los servicios con los que cuentan los derechohabientes se registró que el 98.8% posee drenaje el 100% luz, con servicio de alumbrado público el 94.1%, el 98.8% con agua potable, solo un 14.1% dijo no tener internet y el 24.7% no cuenta con servicio de televisión por paga.

El rango de ingreso con mayor porcentaje de sujetos fue de $9000-$15,000 y con menor fue de $30,000 y más, en este rango el valor más alto fue de $60,000.

Tabla 12. Ingreso salarial de los derechohabientes SAISUV, 2011

Ingreso $MN	Frecuencia	Porcentaje
3 000-6 000	10Z	15.9%
6 000- 9 000	11	17.5%
9000-15000	15	23.8%
15,000-21,000	14	22.2%
21,000-30,000	8	14.3%
30,000 y más	4	6.3%
Total	63	100.0%

El nivel de vida con mayor frecuencia fue el alto con un 70.6%, seguido de un nivel de vida medio con un 27.1% y el nivel bajo solo obtuvo un 2.4% (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución según nivel de vida de los derechohabientes encuestados SAISUV, 2011

Nivel de vida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	2.4%
Medio	23	27.1%
Alto	60	70.6%
Total	85	100.0%

La percepción de inseguridad por parte de los encuestados mostró un alto porcentaje en la opción de poco seguro con un 67.2% y solo un 33% dijo sentirse seguro (Tabla 14).

Tabla 14. Percepción de inseguridad pública en los derechohabientes SAISUV, 2011

	Frecuencia	Porcentaje
Muy seguro	1	1.2%
Seguro	27	31.8%
Poco seguro	55	64.7%
Vivo en constante miedo	2	2.4%
Total	85	100.0%

Se registró que el 12.9% de los derechohabientes del SAISUV viven solos, el 87.1% restante vive acompañado dividiéndose en las categorías de vivir con padres, amigos, hijos y pareja entre otros. La mayoría dijo tener una relación de pareja con el 70.6%, el porcentaje de encuestados que tienen hijos fue de 64.7%.

Se encontró que el 57.65% de los derechohabientes encuestados realizan algún tipo de actividad física, donde el grupo de mujeres presentó una mayor porcentaje, entre las principales actividades físicas mencionadas fue

realizar caminatas; para el caso de actividad recreativa las principales mencionadas fueron leer e ir al cine, sin embargo se encontró que el 47.6% de los encuestados no realiza alguna actividad recreativa (Tabla 145.

Tabla 15. Porcentaje de derechohabientes que realizan o no alguna actividad física o recreativa SAISUV, 2011

Actividad	**Hombre n=37**	**Mujer n=48**	**Total n=85**
Actividad Física			
Si	23.53%	34.12%	57.65%
No	20.0%	22.35%	42.35%
Actividad recreativa			
Si	29.41%	23.53%	52.94%
No	14.12%	32.94%	47.06%

Se registraron las enfermedades crónicas diagnosticadas por el médico familiar o el especialista referidas por los encuestados, la distribución por sexo y los porcentajes obtenidos se muestran en la tabla 18, se encontró que del total de los encuestados la enfermedad más diagnosticada fue la depresión con un 18.82% (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución por sexo de las enfermedades crónicas diagnosticadas y referidas por los encuestados SAISUV, 2011.

Enfermedad	Hombre n= 24	Mujer n=45	Total n= 69
Depresión	4.71%	14.12%	18.82%
Ansiedad	3.53%	9.41%	12.94%
Hipertensión	4.71%	4.71%	9.41%
Diabetes	3.53%	3.53%	7.06%
Asma	2.35%	1.18%	3.53%
Hipertiroidismo	0%	1.18%	1.18%
Hipotiroidismo	0%	3.53%	3.53%
Cáncer	0%	2.35%	2.35%
Dislipidemia	8.24%	4.71%	12.94%
Otras	1.18%	8.24%	9.41%

La prevalencia de ansiedad y depresión referidas por los derechohabientes encuestados fue de 0.13 (0.059-0.201) en el caso de ansiedad conformada por 8 mujeres y 3 hombres; para depresión la prevalencia fue de 0.18 (0.098-0.261) donde hubo 12 mujeres y 4 hombres. Los derechohabientes encuestados que presentaron estos padecimientos el 50% menciono estar tomando medicamento para este tipo de padecimientos, tales como ansiolíticos y antidepresivos. De acuerdo con el instrumento de Zung utilizado para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión se encontró una prevalencia de 0.7 para ansiedad y 0.6 para depresión, hubo un total de 6 casos con ansiedad de los cuales 5 fueron mujeres y un hombre; en el caso de depresión se detectaron 5 casos; 3 mujeres y 2 hombre.

Tabla 17. Prevalencia de ansiedad y depresión en derechohabientes del SAISUV, 2011

Condición	**Frecuencia**	**Porcentaje (%)**	**Prevalencia**
Ansiedad	6	7.1	0.07(0.016-0.124)*
Depresión	5	5.9	0.06(0.01-0.11)

**IC 95%*

La población encuestada que refirió un diagnóstico previo de ansiedad se encontró que el mayor porcentaje corresponde al área laboral administrativa al igual que ciencias de la salud, el mayor porcentaje de depresión se ubicó en el área de humanidades con un 31.35% (Tabla 18). Por otro lado de los encuestados detectados mediante el instrumento de Zung la mayor frecuencia correspondió a las áreas de humanidades y ciencias de la salud en el caso de depresión, para ansiedad el área con mayor porcentaje se encontró a humanidades y administrativo, se determinó chi-cuadrado obteniéndose un valor no significativo en ambos grupos.

Tabla 18. Frecuencia de sujetos con ansiedad y depresión por área laboral de los derechohabientes encuestados SAISUV, 2011.

Áreas	Depresión		Ansiedad	
	Diagnóstico	Detectadas	Diagnóstico	Detectadas
Humanidades	5 (31.25%)	2 (40%)	2 (18.18%)	2 (33.33%)
Económico-administrativo	1 (6.25%)	0	1 (9.09%)	0
Ciencias de la Salud	4 (25%)	2 (40%)	3 (27.27%)	0
Técnica	1 (6.25%)	0	0	1 (16.67%)
Administrativo	3 (18.75%)	0	3 (27.27%)	2 (33.33%)
Artes	1 (6.25%)	0	0	0
Biológico-agropecuaria	0	0	0	1 (16.67%)
Institutos de investigación	1 (6.25%)	1 (20%)	2 (18.18)	0
Total	16 (100%)	5 (100%)	11 (100%)	6 (100%)
Chi^2	3.02 p=0.806		7.37 p=0.288	

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Entre las principales variables estudiadas que se encontraron asociados a depresión fue la inseguridad que sienten los sujetos de estudio con un OR=9.64 (1.21-206.84); la variable asociada a la presencia de ansiedad en los derechohabientes fue la falta de alguna actividad recreativa con un OR=16.0 (2.41-124.21) (Tabla 19).

Tabla 19. Razón de momios de prevalencia de las variables asociadas a depresión y ansiedad de los derechohabientes del SAISUV, 2011

Variables	**Depresión OR prevalencia**	**Ansiedad OR prevalencia**
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	2.75(0.72-11.33)*	2.27(0.49-11.82)
Percepción de seguridad		
Seguro	1	1
Poco seguro	**9.64(1.21-206.84)**	2.44(0.44-17-72)
Nivel de vida		
Alto	1	1
Medio	1.11(0.29-4.11)	0.89(0.17-4.21)
Enfermedad crónica		
Sano	1	1
Enfermo	1.20(0.34-4.21)	2.66(0.63-11.46)
Con quien vive		
Acompañado	1	1
Solo	1.76(0.32-8.88)	0.64(0.03-5.93)
Hacinamiento		
No	1	1
Si	1.08(no confiables)	1.75(no confiable)
Actividad física		
Si	1	1
No	1.07(0.31-3.64)	1.16(0.27-4.82)
Actividad recreativa		
Si	1	1
No	3.03(0.85-11.39)	**16.0(2.41-124.21)**
Horas sueño		
Mas de 7 hrs	1	1
Menos de 7hrs	0.73(0.10-4.16)	2.11(0.37-10.98)
Horas de trabajo		
8hrs y menos	1	1
Mayor a 8hrs	0.63(0.15-2.42)	0.43(0.06-2.38)
Edad		
Menor de 65	1	1
Mayor de 65	0.51(0.02-4.63)	0.82(no valido)
Relación de pareja		
Si	1	1
No	1.11(0.29-4.11)	0.89(0.17-4.21)

**Se muestran intervalos de confianza (IC) al 95%*

DISCUSIÓN

Datos epidemiológicos:

De acuerdo a las principales causas de enfermedad de los derechohabientes al SAISUV se observó que la mayor causa de morbilidad fue la hipertensión arterial con7, 192 casos, Otro dato relevante es la morbilidad por trastorno mixto de ansiedad y depresión. Por su parte, el total de consultas de primera vez otorgadas por el SAISUV en el año 2011 fueron 6 099, el 34% (2033) fueron por faringitis y un 19% (1 152) fue por exámenes odontológicos. Los datos epidemiológicos de salud bucal al ser comparados con los datos reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales donde se registró una prevalencia de 95% en la población adulta, siendo el grupo de 45 a 74 años donde se detectaron las cifras más elevadas.[40]

Las cifras referentes a consultas de medicina preventiva representaron tan sólo el 3.81% del total, esto hace evidente la necesidad de fortalecer las acciones que se implementan en dicha área ya que estas contribuyen en la disminución de aparición de enfermedades agudas, limitación de las complicaciones de las enfermedades crónicas y a niveles institucionales optimización de recursos humanos y económicos de los que se cuenta (relación costo-enfermedad). Otra consecuencia de fortalecer las acciones de medicina preventiva es la disminución de casos referidos al segundo nivel de atención, disminución que, de igual manera contribuiría a la disminución de costos.

Datos demográficos

Entre los principales datos demográficos se destaca que la población estudiada comprende a una población adulta pues la edad media obtenida fue de 45 años, estado civil casado, no tener hijos y como media muestral un hijo; la mayor parte de los derechohabientes encuestados se encuentran con lugar de residencia en la ciudad de Xalapa Ver. Se encontró una estructura en la pirámide poblacional que difiere a la nacional y la estatal, la cual es estrecha en la base y se amplía partir de los 50 años; este resultado se traduce en una mayor demanda para los servicios de salud ya que los principales daños a la salud tienden a concentrarse en los adultos y adultos mayores, estos datos coinciden con lo expuesto en el Boletín Epidemiológico sobre el Programa Nacional de Salud 2007-2011.

De acuerdo a los datos socioeconómicos obtenidos se destaca un nivel de vida alto, sin embargo se encontró un 2.4% de nivel bajo, este dato es diferente al diagnóstico realizado en el 2009 donde no se encontró nivel de vida bajo, cabe mencionar que la escala utilizada para clasificar en los niveles de vida no pudo ser comparada con el ingreso mensual percibido ya que al menos el 26% de los encuestados no mencionó su ingreso, por lo tanto la utilización de rangos en el ingreso percibido pudo ser una alternativa factible para obtener datos confiables en el nivel de vida y no utilizar una pregunta abierta para responder el ingreso percibido.

El 77.6% de los encuestados mencionó tener una contratación de base lo cual conlleva a generar la idea de tener un trabajo estable que brinda seguridad; el nivel educativo con mayor porcentaje obtenido fue licenciatura con un 31.8%, sin embargo el 30.6% tiene maestría y el 23.6% doctorado, lo cual sugiere un aumento en el nivel de exigencia dentro de los trabajadores de la Universidad Veracruzana, ya que en el año 2009 solo el 21.9% menciono tener maestría. Aunado a esto se reportó que al menos mas del 33% trabaja más de ocho horas al día, según Arévalo en su estudio realizado sobre las condiciones de trabajo, estrés y salud encontró que los trabajadores de ambos géneros que poseen alto nivel de formación académica como es el caso de los derechohabientes encuestados, trabajan 5 o más horas extra laborales para preparar o realizar su trabajo, tienen niveles elevados de carga mental y deben enfrentar presiones de tiempo en el trabajo.

Depresión y Ansiedad

Entre las principales enfermedades crónicas que mencionaron tener los derechohabientes se encontró depresión, ansiedad, dislipidemias e hipertensión. Al utilizar el instrumento de Zung como tamizaje se encontró una prevalencia de depresión de 5.9%, valor que se encuentra dentro de las cifras esperadas para la población general, al ser comparados con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica los cuales fluctúan entre 5.8% y 13.9% para los cuadros depresivos recientes y antiguos respectivamente, sin embargo esta prevalencia encontrada es menor que la reportada en el estudio realizado por Contreras quien estimó una prevalencia de 8% para una población de académicos en México. Por otro lado de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio la prevalencia hallada de depresión mediante el instrumento de Zung varia en relación a la prevalencia de depresión referida

por los encuestados de acuerdo con un diagnóstico médico previo que fue de 18.82%.

La prevalencia en cuanto a trastorno de ansiedad encontrada en nuestro estudio mediante el instrumento de Zung en el grupo de estudio fue de 7.1%, este resultado de prevalencia esta dentro del rango muy parecido al valor encontrado en otros países, por ejemplo en el estudio realizado por Cerrato y Benitez el valor que encontraron fue de 7.2%, sin embargo al comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad de los derechohabientes encuestados con la Encuesta Nacional de epidemiologia psiquiátrica, la prevalencia fue menor, ya que dicha encuesta menciona 14.3% para trastornos de ansiedad. La prevalencia de trastornos de ansiedad referida por los encuestados de acuerdo con un diagnóstico médico previo fue de 12.94% la cual es superior a la prevalencia detectada a partir del instrumento de Zung.

De acuerdo a los resultados obtenidos la prevalencia referida por los derechohabientes del SAISUV tanto de los trastornos de ansiedad como de depresión es mayor a la prevalencia encontrada al utilizar el instrumento de Zung, esto puede sugerir que en el SAISUV se esté sobre diagnosticando este tipo de padecimientos o bien puede existir un enmascaramiento del tamizaje realizado por el instrumento debido al tratamiento farmacológico que llevan los pacientes, ya que al menos el 50% de ellos mencionó estar medicado; sin embargo al realizar una prueba Chi-cuadrado para comparar si existía alguna diferencia significativa entre los derechohabientes que fueron diagnosticados previamente por un médico y los que se detectaron mediante el instrumento de Zung no se obtuvo alguna diferencia significativa entre ambos grupos, por lo cual ambos resultados no son diferentes; a pesar de ello en ambas prevalencias encontradas ya sea por lo que el encuestado refirió o el valor encontrado por el instrumento aplicado, los trastornos de ansiedad y depresión fueron mayores en las mujeres, este resultado concuerda con algunos estudios como el realizado por Marsiglia I. donde reportó que los trastornos de ansiedad y depresión son más frecuentes en el sexo femenino.

Entre los factores que se han reportado estar asociados a trastornos de ansiedad y depresión se encuentra el sexo, la edad, enfermedad crónica, horas de trabajo, llevar una vida sedentaria, entre otras. Al analizar las variables de sexo, edad o padecer alguna enfermedad crónica no se encontró que fueran un factor asociado a depresión o ansiedad; sin embargo en el estudio se manifestó como un factor asociado a depresión la percepción de seguridad (OR de prevalencia= 9.64), debido principalmente al entorno que vive actualmente la población, ya que al menos el 64.7% de los encuestados menciono vivir en un ambiente poco seguro; estos datos coinciden con el estudio realizado por Hijar, donde menciona que el 65% de su población a reducido el monto de dinero que lleva consigo, una manifestación que nos indica la gravedad de la problemática de inseguridad que se vive en la población.

Por otro lado el factor encontrado asociado a trastornos de ansiedad en nuestro estudio fue el no realizar una actividad recreativa (OR= 16). Al comparar hombres y mujeres se vio reflejado que las mujeres son las que menos realizan algún tipo de actividad recreativa con un 32.94%. Arévalo y Guerrero mencionan que los grupos ocupacionales que refieren una mayor problemática en cuanto a las condiciones de trabajo, salud, estrés (que se traduce en depresión y ansiedad), conflictos familiares y uso del tiempo libre son los docentes y administrativos de universidades; una condición importante relacionada con otras variables importantes es el sexo femenino

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los datos epidemiológicos registrados por el SAISUV, las principales causas de morbilidad: hipertensión (7,192), faringitis (3,252), diabetes mellitus (2,844), trastorno mixto de depresión y ansiedad 2,844 e hiperlipidemia 2748. Por lo que es posible concluir que el trastorno mixto de depresión y ansiedad es la cuarta causa de enfermedad en la población de estudio.
2. Respecto a la atención médica con mayor número de derechohabientes referidos a segundo nivel de atención destaco que las especialidades de medicina interna, urología, gastroenterología y cardiología son las que reportan la mayor frecuencia. Los principales motivos de consulta de primera vez fueron: faringitis aguda, examen odontológico, rinofaringitis aguda, gastroenteritis y parasitosis intestinal. Respecto al área odontológica el principal motivo de consulta fue caries, seguido de enfermedades de la pulpa y los dientes. Según los datos epidemiológicos reportados por el SAISUV, el 96.19% de las consultas otorgadas fueron de medicina curativa y solo 3.81% preventiva.
3.
4. Entre las principales características sociodemográficas es posible destacar que el 47.7%

de la población encuestada es casada, 64.7% tiene hijos, el 12.9% viven solos, el 24.7% de ellos labora en el área de humanidades, el 63.5% son académicos, el 68.2% labora cinco días y en promedio de siete a nueve horas diarias (55.3%). El 62.4% mencionó tener vivienda propia y reportan tener un nivel de vida alto un 70.6% de la población. Se encontró que el 57.65% de los derechohabientes encuestados realizan algún tipo de actividad física y el 47.6% de ellos no realiza actividad recreativa alguna.

5. La prevalencia encontrada fue de 0.07 para ansiedad y 0.06 para depresión.
6. Las variables encontradas como factor asociado a depresión fue la inseguridad que sienten los sujetos y como factor asociado a ansiedad fue la falta de actividad recreativa.

RECOMENDACIONES

- En necesario que el SAISUV Xalapa cuente con datos demográficos de mortalidad y natalidad.

- Realizar un estudio cualitativo enfocado a los derechohabientes al SAISUV con la finalidad de recabar las experiencias y vivencias en el ámbito laboral que propician que existan tantos casos de ansiedad como de depresión, además de realizar una revisión de expedientes para analizar los casos que han sido diagnosticados como trastorno mixto de ansiedad y depresión.

- Realizar una investigación de cohorte en torno a la ansiedad y depresión dentro del SAISUV, para conocer los antecedentes evolutivos que llevan a estas patologías y su relación con otras enfermedades crónicas y muy importantes a considerar el aspecto laboral.

- Será importante aplicar instrumentos de diagnóstico psiquiátrico, para conocer claramente los casos que deben ser considerados como trastorno de ansiedad y los episodios depresivos; ya que los médicos del SAISUV diagnostican desde el enfoque clínico, no se basan en instrumento diagnóstico de manera rutinaria en la Unidad Médica de Atención.

- Es necesario revisar a fondo las condiciones laborales que determinan el desarrollo de ansiedad y depresión. En esta investigación, los factores asociados considerados son los que se encuentran en las guías de práctica clínica utilizadas comúnmente por el personal de salud más se le otorgó menor importancia al aspecto laboral.

- Reforzar acciones de promoción de la salud y prevención del trastorno mixto de ansiedad y depresión; así como brindar capacitación continua a los profesionales de las especialidades de psiquiatría y psicología.

- Extender el estudio a los dependientes económicos, para conocer si los altos índices de ansiedad y depresión reportados en las estadísticas de la institución los padece este grupo de población.

- Realizar una investigación en una muestra más amplia que sirva para conocer si las condiciones de trabajo propician que los trabajadores padezcan este tipo de trastornos, ya que son la característica en común que comparten y que los distingue del resto de la población, sería pertinente hacer un estudio comparativo entre docentes y no docentes, puesto que es una realidad que las condiciones de trabajo en las que laboran son distintas.

- Por último es adecuado realizar un estudio enfocado al estrés laboral, y no solo a episodios depresivos y trastorno de ansiedad generalizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pría Barros MdCLB, Isabel. Fariñas Reinoso, Ana Teresa. Gómez de Haz, Héctor. Segredo Pérez, Alina. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2006.
2. SAISUV. Reporte de las 10 primeras causas de enfermedad. In: Sistema de Información Medica. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2011.
3. Veinte principales causas de enfermedad en Veracruz por grupo de edad. 2009. (Accessed 18 de noviembre de 2011, at http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html.)
4. Salud Sd. Programa de Acción en Salud Mental. México; 2001.
5. Sandoval J. La Salud Mental en México. In. México: Legislatura CdDL; 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud 2004.

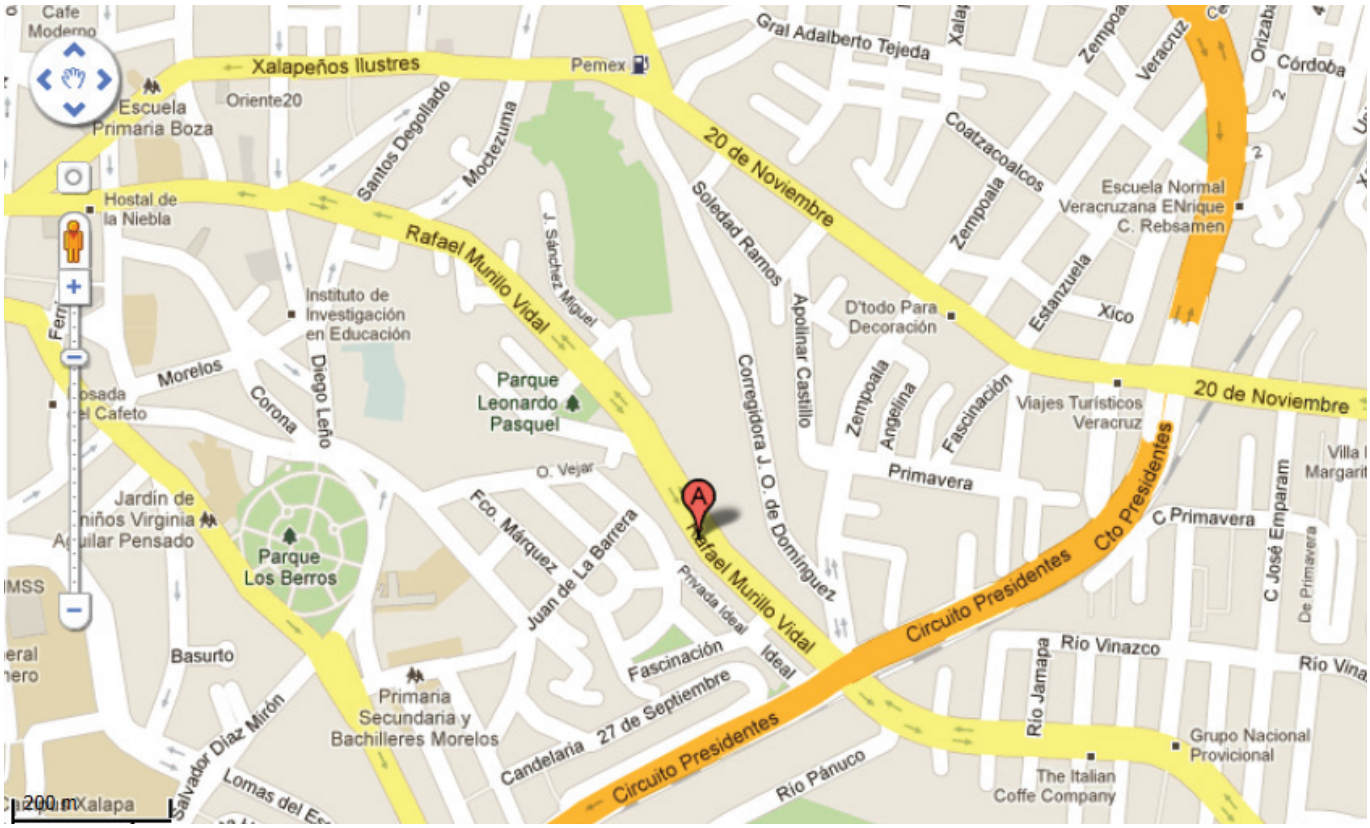
7. Constantino-Casas P, León-González, Guillermo, Nevárez-Sida, Armando, Valencia-Huarte, Enrique, García-Contreras, Fernando. Costo-efectividad de ansiolíticos en los trastornos de ansiedad. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010:303-8.
8. Unión CdDdHCdl. Ley General del Salud. In. México; 2007.
9. V H. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Costa Rica; 2004.
10. Informe sobre la salud mental en el mundo. ¿Qué es un trastorno depresivo? OMS, 2000. (Accessed at http://www.who.int/whr/esindex.html.)
11. Weare K. mental, emotional and social health: A whole school approach (tr.es. "Promocionando la salud mental, emocional y social: todo un acercamiento intelectual). RoutledgeFalmer Londres 2002;12:12.
12. Social IMdS. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México: IMSS; 2009.
13. Jurado Cárdenas Samuel QSCY, Vargas María, Guadalupe LPA, Ocampo Banda Luís Ernesto, Salazar Garza, Sergio MLySS. Ansiedad Generalizada: componentes de preocupación en mexicanos. Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH 2007.
14. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona, España; 2005.
15. Factores de Riesgo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada 2011. (Accessed 07 de noviembre de 201, 2011, at http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c905f6c8-fb81-4c5f-9ac5-57abe8fde16b&chunkiid=123057.)
16. Ayuso Gutiérrez JL. Comorbilidad de depresión-ansiedad: aspectos clínicos. Revista Electrónica de Psiquiatría 1997;1.
17. Salud OMdl. Infome sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza; 2001.
18. Arévalo-Pachón GG, Juan. Condiciones de trabajo, estrés y salud autorreportadas de los trabajadores docentes y no docentes de una institución privada de educación superior. Tésis psicológica 2010:76-97.
19. Contreras Romero GJVL, Marcela; Huitrón Bravo, Gerardo. Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. Psicología y salud 2009:133-9.
20. Veracruzana FU. Contrato coelctivo de trabajo del personal académico. In: FESAPAUV/UV, ed. Veracruz, México: FESAPAUV/UV; 2010-2012.
21. Cerrato Montorio IMN, R; Baltasar Losada, A; Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. Mapfre Medicina 2001.
22. Gómez Restrepo CRM, Nelcy. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría 1997.
23. Gómez-Restrepo CB, Adriana; Pinto Masis, Diana; Gil Laverde, Jacky F. A, Rondón Sepúlveda; Díaz-Granados, Nancy. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Revista Panamericana de Salud Pública 2004.
24. Gómez CAF, Dora María Liliana; Figueroa, Miguel Ángel; Yfrán Eduardo Walter. Depresión en docentes de escuela primaria de la Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2007.
25. Medina Mora ME BG, Lara Muñoz, Carmen, Corina Benjet, Jerónimo, Blanco, Jaimes, Fleiz Bautista, Clara, Villatoro Velázquez, Jorge, Rojas Guiot, Estela, Zambrano Ruiz, Joaquín, Casanova Rodas, Leticia, Aguilar Gaxiola, Sergio. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental 2003;26.
26. Italo MG. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1 159 pacientes Gaceta Médica de Caracas 2010.
27. Híjar Medina MLL, María Victoria; Blanco Muñoz, Julia. La violencia y sus reperusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Pública de México 1997.
28. Mitofsky C. Novena encuesta nacional sobre percepción de inseguridad ciudadadana en México. México: México unido contra la delincuencia A. C. / Consulta Mitofsky; 2011.
29. Jimenez Carmona BR SCM, Domínguez Trejo E. .Diagnóstico de salud de los académicos derechohabientes de la Unidad de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana (Generación 2007-2009 primer semestre). In: Veracruzana U, ed. Colecciones educativas en Salud Pública 6. Xalapa, Veracruz; 2008.
30. Campos Uscanga Y GMA, Vázquez Rodríguez CF. Diagnóstico de salud del Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana del 2009. . In: Veracruzana U, ed. Xalapa Veracruz; 2009.
31. Semblanza Histórica de la Universidad Veracruzana. 2011. (Accessed 01 de noviembre de 2011, at http://www.uv.mx/universidad/info/semblanza.html.)

32. SAISUV. Semblanza Histórica SAISUV. In. Xalapa, Veracruz; 2011.
33. Asistencia SdSy. NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. In; 1998.
34. Normatividad SAISUV. 2011. (Accessed 21 de noviembre de 2011, at https://dsia.uv.mx/SAISUV/Publico/PXCLEYES.aspx.)
35. Normatividad SAIS-UV. 2011. (Accessed at https://dsia.uv.mx/SAISUV/Publico/PXCPROCED.aspx?Valor=1#.)
36. Española RA. Diccionario de la Lengua Española. Madrid, España: Editorial Espasa-Calpe; 2010.
37. WW Z. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics 1971.
38. Lusilla MP SA, Sanz C, López J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung. Anales de Psiquiatría (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría) 1990;Suppl 1.
39. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 1964. (Accessed 11 noviembre de 2011, at http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp.)
40. Salud Sd. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2010. Primera edición ed. México, DF: Secretaría de Salud.; 2011.

ANEXOS

Anexo 1

Ubicación del Sistema de Atención Integral a la Salud, región Xalapa.



Fuente: www.googlemaps.com 2011

Anexo 2

Instrumento de Trabajo para aspectos sociodemográficos y económicos del personal de la Universidad Veracruzana región Xalapa

Folio: _____

Xalapa, Veracruz., a ____ de _____del 2011

Buen día:

El Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana se encuentra realizando un diagnóstico integral de salud en el personal afiliado al Sistema de Atención Integral a la Salud de la Universidad Veracruzana. Sus respuestas son anónimas y se garantiza la confidencialidad de las mismas los datos obtenidos servirán para mejorar la atención que se brinda en el SAIS-UV.

1. Edad: _____ **2. Sexo: (H) (M) 3. Lugar de residencia actual:** _____

4. ¿Cuál es su estado civil actual?
a. En una relación b. Soltero c. Unión libre d. Casado e. Divorciado f. Viudo

5. ¿Cuál es su último grado educativo?
a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Bachillerato e. Licenciatura f. Maestría
g. Doctorado f. Postdoctorado g. Especialidad

6. ¿Cuál es su tipo de contrato laboral? a. Base b. Por Contrato c. Interinato

7. ¿A qué tipo de personal pertenece? a. Académico b. Funcionario c. Personal de Confianza

8. ¿Cuál es el área en la que labora?
a. Artes b. Biológico-agropecuaria c. Ciencias de la salud d. Humanidades
e. Económico-administrativo f. Técnica g. Otro(mencione cual)_____

9. ¿Cuál es su ingreso mensual? _____

10. Actualmente, ¿Cuántos trabajos tiene? a. Uno b. Dos c. Tres o más

11. ¿Cuántas horas trabaja al día? _____

12. ¿Cuántos días trabaja a la semana? _____

13. En cuanto al tema de inseguridad, ¿cómo se siente al respecto cotidianamente?
a .Muy seguro b. Seguro c. Poco seguro d. Vivo en constante miedo

14. Con quien vive:
a. Solo b. Padres/hermanos c. Amigos d. Con mi pareja
e. Familia (hijos o conyugue) d. Otro: _____

15. Favor de indicar su tipo de vivienda:
a. Propia b. Rentada c. Prestada d. Otro:_____

16. ¿Cuál es el tipo de material que predomina en la construcción de su casa?
a. Madera b. Ladrillo c. Concreto d. Otros_____

17. ¿Cuántos cuartos tiene su hogar (sin incluir baños)? _____

18. En su hogar, ¿Cuántas personas duermen en la misma habitación?:_____

19. A continuación marque los servicios con los que cuenta su vivienda:

a). Drenaje b). Luz c). Alumbrado publico
d). Agua potable e). Internet f). Televisión por cable

De la siguiente lista, marque los bienes que posee:

ELECTRODOMESTICOS	UNO	DOS	TRES		UNO	DOS	TRES
20. Televisión				**21.** DVD, minicomponente			
22. Lavadora				**23.** Automóvil			
24. Computadoras				**25.** Motocicleta			

26. ¿Tiene una relación de pareja? a) Si b) No

27. Si usted tiene pareja, ¿cómo calificaría la situación actual de su relación?:

a. Muy satisfactoria b. Satisfactoria c. Poco satisfactoria d. Nada satisfactoria

28. Número de hijos: _____

29. Cuantos hijos menores de un año tiene:_____

29. De la siguiente lista tache cual es el método de planificación familiar que usted o su pareja manejan:

a. Ninguno b. Método natural (del ritmo, coito interrumpido) c. Preservativo
d. Hormonal inyectado e. Hormonal Pastillas e. Salpingoclasia(OTB) f. Vasectomia
g. Otro:_____

30. ¿En algún momento algún profesional de la salud le ha diagnosticado depresión o ansiedad? (SI) (NO) **de ser afirmativa su respuesta mencione cual fue su diagnostico:**

a. Depresión b. Ansiedad

31. El médico le ha diagnosticado alguna enfermedad, es decir que le hayan dicho que debe estar en control continuo?(SI) (NO)**de ser afirmativa su respuesta mencione cual fue el diagnostico:**

a. Hipertensión b. Diabetes c. Asma d. Hipertiroidismo
e. hipotiroidismo f. Cáncer g. Dislipidemia (colesterol-triglicéridos)
h. Otra (mencione cual) _____

32.¿Algún familiar padece o padeció alguna enfermedad crónica? (SI) (NO)**En caso de responder de manera afirmativa, especifique cuál:** _____

33.Alguno de sus familiares afiliados al SAIS,¿ falleció durante el último año? (SI) (NO), **en caso de que su respuesta sea afirmativa, favor de proporcionar la siguiente información:**

Parentesco	Edad	Causa de la muerte

34.¿Consume algún tipo de medicamento? (SI) (NO), **si su respuesta es positiva podría mencionar cual y porque se lo recetaron:**_____

35.¿Realiza algún tipo de deporte o actividad física en su tiempo libre? (SI) (NO), **de ser así, especifique cual:**_____

36. ¿Cuántas horas a la semana le dedica a estas actividades? _____

37.¿Realiza alguna actividad recreativa en su tiempo libre? (SI) (NO), **de ser así, especifique cual:**_____

38.¿Cuántas horas a la semana le dedica a estas actividades? _____

39.¿Cuántas horas duerme al día? _____

40.Si su respuesta es 5 hrs. O menos mencione el motivo:

a. Carga de trabajo b. Padezco insomnio c. No necesito dormir más tiempo
d. Otro._____

¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos:

	Diariamente	Cada tercer día	Dos veces x semana	De tres a 4 veces a la semana	Mas de 5 veces a la semana	Raramente o nunca
41. Frutas						
42. Verduras						
43. Carnes rojas						
44. Carnes blancas						
45. Cereales						
46. Lácteos						
47. Embutidos						
48. Refresco						
49. Frituras						

De los productos siguientes mencione cuales son los que usted consume y tache su frecuencia:

	Nunca	Diariamente	de 1 a 3 veces a la semana	De 1 a 2 veces al mes
50. Tabaco				
51. Alcohol				
52. Café				
53. Fármacos psicotrópicos				
54. Marihuana				
55. Cocaína				
56. Anfetaminas				
57. Otro (especifique cual)_____				

Anexo 2.2

Instrumento 2 del primer cuestionario para validar aspectos de depresión y ansiedad en el personal de la Universidad Veracruzana, Región Xalapa.

Por favor marque (x) la columna adecuada	NUNCA	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo-siempre
Me siento decaído y triste.				
Por la mañana es cuando me siento mejor.				
Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
Tengo problemas para dormir por la noche.				
Como la misma cantidad de siempre.				
Todavía disfruto el sexo.				
He notado que estoy perdiendo peso.				
Tengo problemas de estreñimiento.				
Mi corazón late más rápido de lo normal.				
Me canso sin razón alguna.				
Mi mente está tan clara como siempre.				
Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
Siento esperanza en el futuro.				
Estoy más irritable de lo normal.				
Me es fácil tomar decisiones.				
Siento que soy útil y me necesitan.				
Mi vida es bastante plena.				
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				
¿Se siente nervioso, ansioso?				
¿Se siente asustado?				
¿Se aterroriza con facilidad?				
¿Se siente como si fuese a volverse loco?				
¿Se siente como si fuese a ocurrir algo terrible?				
¿Se siente tembloroso?				
¿Tiene dolores de cabeza, cuello o espalda?				
¿Se cansa con facilidad o siente verdaderamente débil a ratos?				
¿Se encuentra inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado?				
¿Siente que su corazón late deprisa?				
¿Se siente mareado a ratos?				
¿Se ha desmayado o ha sentido como si fuera a desmayarse?				
¿Siente dificultad para respirar?				
¿Tiene sensación de entumecimiento en los dedos o alrededor de la boca?				
¿Siente náuseas? ¿Vómitos?				
¿Necesita ir a orinar con mucha frecuencia?				
¿Se siente con las manos húmedas y frías?				
¿Tiene bochornos?				
¿Le cuesta a trabajo dormirse?				
¿Tiene sueños que le asustan, pesadillas?				

Anexo 3

Características de la demanda de servicios periodo febrero-Agosto 2011

DIAGNÓSTICO / RANGO EN AÑOS	10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >		Total		Total Final
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M y F
Hipertensión esencial (primaria)			1				51	67	102	116	351	565	211	229	535	971	1,251	1,948	3199
Diabetes mellitus especificada, sin complicación						1	14	30	52	19	138	182	66	95	159	213	429	540	969
Trastorno mixto de ansiedad y depresión			2	1		12	17	49	42	69	48	207	23	93	57	217	189	648	837
Hiperlipidemia mixta			1		4	1	74	59	61	31	121	206	45	56	62	74	368	427	795
Hipertensión secundaria, no especificada							20	11	21	19	75	105	64	39	104	229	284	403	687
Gastritis, no especificada	1	2	3	9	3	9	36	87	19	53	55	125	33	36	35	142	185	463	648
Hipotiroidismo, no especificado				6		1	6	52	7	69	23	156	14	57	26	98	76	439	515
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)						1	1	41	8	32	11	79	14	50	30	158	64	361	425
Síndrome del colon irritable sin diarrea			2	5	1	10	17	75	7	50	31	85	19	33	19	66	96	324	420
Total	1	2	9	21	8	35	236	471	319	458	853	1,710	489	688	1,027	2,168	2,942	5,553	8495

Anexo 4

Priorización de daños

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Fecha: 25/AGO/2011
Hora: 12:44 hrs.
Página: 1 de 1

SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD (SAIS UV)
MÓDULO XALAPA

REPORTE DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD
Todos

FECHA DEL 01 DE ENERO DE 2011 AL 30 DE JUNIO DE 2011

DIAGNÓSTICO CIE10 / RANGO EN AÑOS	01 a 04		05 a 09		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 44		45 a 49		50 a 59		60 a 64		65 y >		Total		Total Final
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M y F
Hipertension esencial (primaria)							1				55	75	111	128	366	608	221	247	554	1,018	1,308	2,076	3384
Faringitis aguda, no especificada	1	3	2	1	5	11	31	44	37	51	170	294	60	99	141	244	43	66	56	78	546	891	1437
Diabetes mellitus especificada, sin mención de										1	16	36	55	21	144	197	67	101	165	226	447	582	1029
Trastorno mixto de ansiedad y depresión							2	2	1	14	18	62	45	78	48	224	25	97	60	233	199	710	909
Hiperlipidemia mixta							1		4	1	86	74	71	33	134	229	48	59	64	80	408	476	884
Gastritis, no especificada					2	2	5	20	4	14	53	117	22	62	60	143	34	37	39	152	219	547	766
Hipertensión secundaria, no especificada											21	11	21	19	78	108	64	41	106	234	290	413	703
Síndrome del colon irritable sin diarrea							3	11	3	16	33	115	11	67	41	104	22	39	22	80	135	432	567
Hipotiroidismo, no especificado								7		1	7	65	8	76	24	166	16	58	26	99	81	472	553
Total	1	3	2	1	7	13	43	84	49	98	459	849	404	583	1,036	2,023	540	745	1,092	2,200	3,633	6,599	10232

Como resultado de la aplicación de los criterios de priorización se obtuvieron los resultados (Tabla 5). Por lo que es posible concluir que el trastorno mixto ansioso depresivo es el cuarto padecimiento por prioridad del daño en el SAISUV durante el periodo anteriormente mencionado y como ya se mencionó en el apartado que justifica este análisis de la situación de salud, es pertinente abordar dicha problemática.

Priorización de daños de acuerdo a criterio de valoración.

No.	PROBLEMA A VALORAR	CRITERIO DE VALORACION					PUNTAJE TOTAL
		Gravedad	Frecuencia	Tendencia	Valoración social	Vulnerabilidad	
1	Hipertensión esencial (primaria)	2	4	3	3	4	288
2	Faringitis aguda, no especificada	1	4	2	2	4	64
3	Diabetes mellitus especificada, sin mención	2	4	3	3	4	288
4	Trastorno mixto ansioso depresivo	2	3	3	2	2	72
5	Hiperlipidemia mixta	1	3	2	2	4	48
6	Gastritis no especificada	1	3	2	1	4	24
7	Hipertensión secundaria, no especificada	2	3	3	2	4	144
8	Síndrome de colon irritable sin diarrea	1	2	3	1	4	24
9	Hipotiroidismo, no especificado	1	2	1	2	4	16
10							
11							
12							

Anexo 5

Tablas de datos socioeconómicos de la población encuestada

Distribución por grupo de edad y sexo de los derechohabientes del SAISUV-Xalapa 2011.

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Frecuencia	Porcentaje %
20-24	0	1	1	1.2
25-29	5	4	9	10.6
30-34	6	5	11	12.9
35-39	4	6	10	11.8
40-44	3	8	11	12.9
45-49	5	6	11	12.9
50-54	1	7	8	9.4
55-59	6	9	15	17.6 *
60-64	6	1	7	8.2
65-69	0	1	1	1.2
70-74	1	0	1	1.2
Total	37	48	85	100

Fuente*: elaboración propia con datos de las encuestas realizadas.*

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS USUARIAS CON MÁS APEGO A LA UNIDAD DE VIDA SALUDABLE, UVISA, XALAPA, VER. 2012

Néstor Iván Cabrera Mendoza, Alberto Centurión Carrera, Arturo Abraham Rodríguez Lara.
Asesor Interno: Dr. Benno de Keijzer Fokker.
Asesora Externa: M.C.N. Claudia del Carmen Caballero Cerdán.

RESUMEN

Estudio: El estudio fue realizado en el periodo de septiembre - diciembre de 2011 en la Unidad de Vida Saludable (UVISA). Xalapa, Veracruz. **Tipo de estudio:** Bimétodo, de tipo transversal y retrolectivo. **Muestra:** se trabajó con una población de 48 usuarias que mantienen un apego considerable a la UVISA. **Metodología:** la parte cuantitativa se centra en identificar aspectos sociodemográficos y estado de salud físico-metabólico; la parte cualitativa, indagando sobre la opinión de las usuarias sobre sus conocimientos adquiridos en la UVISA, conocer sus beneficios, satisfacciones, retos y motivaciones para tener un estilo de vida saludable. **Resultados:** en la sección cuantitativa, los hábitos del desayuno, comida y cena, se da una mejoría considerable de manera general, ya que el 93.8% mejoró o mantuvo de manera efectiva el habito de desayunar, el 81.3% en la comida y el 77.1% en la cena. Dentro de lo cualitativo se identificó una relación bastante estrecha entre los logros y retos con respecto al aspecto nutricional como factor en común. Las usuarias declararon que la alimentación es uno de los principales cambios a nivel personal y familiar, pero que también es un elemento difícil de cambiar en ambos niveles. Además, los motivos por los cuales las usuarias creen que los hombres no asisten a la UVISA encontramos: la relación con los horarios de trabajo de los hombres, la vergüenza de asistir a un lugar donde la mayoría son mujeres y una aparente negación del autocuidado. **Conclusión:** La UVISA como tal no solo promueve la pérdida de peso en la población, su objetivo es promover en las personas la adopción de un estilo de vida saludable a base de la actividad física, mejoramiento de los hábitos alimenticios, además de ayudar a crear una conciencia para no dejar de asistir a las distintas áreas y talleres que mejoraran la calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Para finales de los años 80´s durante la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se proclamó la Carta de Ottawa, con la cual se reforzó el trabajo en promoción de la salud y prevención de enfermedades, siendo ambas elementos fundamentales que justifican la creación de la Unidad de Vida Saludable (UVISA).

El presente diagnostico de salud da respuesta a preguntas que se hace la misma UVISA, si en realidad los usuarios saben lo que significa dicha unidad, así como ver el impacto que les ha dado la UVISA, se pretende analizar el apego, las razones, los motivos y dificultades que los usuarios tienen para lograr la meta de llevar un estilo de vida saludable tanto a nivel personal como individual.

Antecedentes

Actualmente la promoción de la salud es un tema que le compete a la salud pública. Dentro del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas en 1999, se mencionó que la promoción de la salud es una de las estrategias clave para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y de la equidad.

Dentro de los ODM se hablo sobre el Informe de Lalonde(1) (1974) y del estudio de Thomas Mckeown (1976), en los que se dio a conocer la importancia de los factores ambientales, sociales, así como los estilos de vida como determinantes en la salud de la población.

Con base a estos estudios se observó un cambio muy importante dentro de la teoría de la salud pública que llegó a la culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, llevándose acabo en 1986, en la Carta de Ottawa.

Para la década de los 90´s se trabajó para establecer bases que ayudarán a la promoción de la salud en las regiones de América, implicando a las ciencias sociales, económicas y ambientales, las cuales permitieron ampliar la comprensión de factores como la salud y la equidad.

Pero aún con estos trabajos realizados desde los años 90, se ha visto la dificultad de reconocer a la promoción de la salud como una parte importante de la salud pública.

Retomando la Carta de Ottawa (1986) define a la salud como "*un recurso necesario para la vida cotidiana, y no como el objetivo de la vida; en la salud – entendida en sentido positivo- se ponen de relieve los atributos y recursos sociales y personales así como las capacidades físicas del individuo"(2)*.

En otro apartado también define a la promoción de la salud como "*el proceso de habilitación de las personas con el objeto de mejorar su salud y aumentar el control que puede ejercer sobre ella" (3)*.

La Carta menciona que dentro de la promoción de la salud, esta comprende cinco esferas estratégicas, para una forma simple de explicar se mencionan los puntos más importantes:

Se establecen políticas públicas que van dirigidas a mejorar los factores de la salud y la equidad.

Habilitar a individuos, grupos y comunidades que permitan un mayor control sobre acciones de salud y sobre la calidad de vida.

Crear espacios saludables, mejorar los aspectos físicos y psicosociales de los lugares a estudiar, en áreas de trabajo y convivencia, así como generar una mayor protección de los ambientes.

Tener un criterio orientado hacia la equidad y a los servicios de salud, reforzar acciones de prevención, promoción y trabajar en colaboración con los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud.

Gracias a estas estrategias se impulsó la promoción de la salud y a partir de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000), dentro de las regiones de las Américas se intensificó un desarrollo de los planes nacionales de promoción de la salud y se consolidaron procesos dentro de áreas subregionales, culminando en resoluciones como la DC43/14 de la OPS, la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Republica Dominicana (RESSCAD, 2002), y las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REEMSA, 2002).

La OPS a brindado apoyo para generar nuevas estrategias de manera que estas sean innovadoras, ya que se necesita que promoción de la salud forme parte de programas dentro del gobierno y de los planes de salud.

Al formar espacios y ambientes saludables, se estará contribuyendo a fortalecer las capacidades técnicas y políticas que favorecerán a promocionar un estilo de vida saludable(4), tal como se plantean en algunos países creando escuelas, mercados y municipios saludables o mejorando de manera considerable, como es el caso del Caribe presentado una nueva iniciativa con los "hoteles saludables" ya que son ejemplo de alianza estratégica entre el sector público de la salud y el sector privado del turismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una característica para ser usuario de la UVISA es que no se padezca alguna enfermedad crónica o algún problema de salud.

La población a la que da atención la UVISA consta de 1,483 personas, sin embargo la asistencia de dicha población a los talleres y a las citas programadas no es del todo constante y la cantidad usuarios activos, identificados por los trabajadores de la unidad, se reduce a 57 personas. Así, resulta de suma importancia e interés el que se estudie lo anterior por medio de un diagnóstico de salud para conocer el estado físico y metabólico de los usuarios más constantes, y observar su evolución en este ámbito desde su ingreso por primera vez a la unidad.

También reconocemos la importancia de saber qué es lo que motiva a los usuarios activos a mantenerse constantes a las actividades ofertadas por la UVISA, conocer sus retos para adoptar un estilo de vida saludable y cuáles han sido los resultados que han obtenido en su vida diaria a partir de su asistencia a la unidad.

Actualmente la unidad atraviesa por un proceso de evaluación por parte de la Subdirección de la Secretaría de Salud, por lo que se hace necesaria la justificación de su existencia y evidenciar los beneficios que han obtenido los usuarios con más apego a las actividades

de la Unidad de Vida Saludable.

El presente diagnóstico de salud corresponde a una de las acciones fundamentales de la salud pública. Este ejercicio permitirá conocer la situación del estado de salud de los usuarios adscritos y activos en la UVISA, con el fin de identificar el impacto que ha repercutido tanto a nivel personal (físico y metabólico) como familiar.

Existe la necesidad de demostrar que la adopción de un estilo de vida saludable es factible y que tiene un impacto que trasciende a la familia y además presenta nuevas alternativas económicas evitando padecimientos en la población y la disminución en los gastos para el tratamiento de posibles enfermedades y problemas de salud.

Justificación

El cuidado de la salud de nuestro país está basado en un sistema curativo que tiene poca influencia en la promoción de estilos de vida saludable. La importancia de fomentar dichos estilos de vida y cuidado de la salud representará un ahorro económico en la atención de padecimientos a nivel individual y poblacional, así como el aumento de la calidad de vida de la población. Sin embargo la cultura de la prevención requiere de esfuerzos concatenados por parte de varias instituciones de educación, de salud, organismos políticos y de la sociedad civil.

La Unidad de Vida Saludable se enmarca en la responsabilidad de inculcar la promoción y la prevención como una estrategia para el cuidado de la salud de la población.

El presente diagnóstico busca dar cuenta de qué cambios se han observado en los usuarios activos en la UVISA a partir de su ingreso a la unidad, esperando observar resultados en cambios físicos y metabólicos, conocer las razones y motivaciones así como retos para la adopción de un estilo de vida saludable a nivel personal y su percepción de lo que pasa a nivel familiar.

MARCO REFERENCIAL

Marco teórico

La Salud Pública es una disciplina que como parte de su estudio se enfoca en aquellas circunstancias que determinan el estatus de salud de una población, enfocándose en la prevención de enfermedades, promoviendo y practicando los estilos de vida saludables.

Hablar de estilos de vida saludables implica una serie de actividades que van siempre enfocadas al cuidado y atención de la salud misma, entre las más principales: la buena alimentación, la actividad física, la salud mental, el descanso y práctica de la higiene(5).

La adopción de estilos de vida poco saludables acarrea casi siempre problemas físicos o mentales los cuales desequilibran el estado de homeostasis de la persona, corriendo el riesgo de enfermarse y condicionando el estado de salud personal, familiar y en comunidad. Es bien sabido que llevar un estilo de vida saludable permite al individuo sentirse bien física y emocionalmente y que es mejor prevenir que atender un problema de salud.

De acuerdo con Rojas J., Zubizarreta M. estilo de vida, de manera general se define como la forma en que la persona vive y se desenvuelve en un medio determinado, es decir las conductas humanas que asume, sus creencias, costumbres imperantes, su estilo de vida y su cultura, van a determinar quiénes están sanos y quiénes enfermos(6).

Con la definición anterior vemos que practicar un estilo de vida saludable no siempre depende de la buena voluntad del individuo, sino que hay otros factores que pudieran jugar un papel favorable o desfavorable para llevar a cabo los buenos hábitos, estamos hablando entonces de factores económicos, ambientales, sociales e incluso culturales.

La salud pública es algo que también atañe al Estado, una de sus obligaciones en esta materia es mantener a su población sana, promoviendo precisamente los estilos de vida saludables a través de campañas de salud, garantizar el acceso a los servicios y atender sus necesidades de salud.

Marco empírico

La UVISA es un centro de salud perteneciente a los Servicios de Salud de Veracruz con una misión y visión diferente a otras instituciones de salud, ya que centra sus esfuerzos en la prevención de enfermedades y la promoción a la salud.

Otros países tales como Cuba, Canadá, Japón o Reino Unido existen también centros de salud para la prevención de enfermedades donde se ofrece a la

población oportunidades de desarrollo tales como espacios de activación física, gimnasios, alberca, talleres, etc. El éxito de este tipo de instituciones tiene mucho que ver con la cultura del país, el nivel de desarrollo de éste, la promoción y divulgación hacia la gente y sobre todo hacer conciencia de la importancia del cuidado diario de la salud.

Pero, ¿en qué se diferencia la UVISA de otras instituciones de salud como el Seguro Social o los típicos centros de salud?, se sabe que las tres grandes instituciones de salud en México son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaria de Salud. De estas instituciones solo el IMSS cuenta con instalaciones autónomas e independientes para las acciones integrales del cuidado de la salud. Dentro del IMSS y del ISSSTE se crean los programas PREVENIMSS y PREVENISSSTE respectivamente, que ofrecen programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, sin embargo la falta de instalaciones adecuadas y la falta de promoción e invitación a los derechohabientes impiden el cumplimiento de los objetivos del cuidado de la salud para la población.

Generalmente las personas acuden a una unidad médica cada vez que se sienten enfermas y rara vez acuden a realizarse un chequeo de su salud en función de prevenir, en cambio, UVISA invita y trabaja con personas sanas o personas que presentan algún cuadro de riesgo como obesidad o prediabetes para tratar de hacer reversible su situación de riesgo de manera gradual, esto a través de la asistencia a las distintas áreas que tiene la unidad cumpliendo un circuito que incluye actividad física, nutrición, enfermería, atención médica, psicología y salud oral, u otras opciones como clubes y talleres.

UVISA inicia sus operaciones al público en el 2009 y es un proyecto hecho realidad con la finalidad de promover el cuidado de la salud en la población, a través de los estilos de vida saludables para evitar enfermedades. Esta unidad potencialmente sirve como modelo con un objetivo y una visón diferente.

Existe una vasta experiencia en promoción de la salud en el país tanto a nivel gubernamental y en la sociedad civil. Sin embargo, es muy reciente el trabajo dirigido a promover la salud en los ámbitos de la actividad física y en la nutrición.

Marco Contextual

La Unidad de Vida Saludable (UVISA) es pionera a nivel nacional en la iniciación y desarrollo de estilos de vida saludable en las personas, a través de la educación para la salud, capacitación y participación de la comunidad, ofreciendo un servicio de atención integral y única en su tipo en el Estado de Veracruz.

Esta unidad con sede en la ciudad de Xalapa, es el primer y único Centro de Salud que obedece a la verdadera filosofía de un auténtico Centro de Salud y no como un centro de enfermedad. La UVISA es una institución surge y es apoyada por los Servicios de Salud de Veracruz en conjunto con el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Dicha unidad se dedica a fomentar actividades preventivas y protectoras de la salud como son la activación física, el óptimo estado nutricional, revisión médica, autocuidado e higiene oral, mejoramiento de la salud mental y la recreación individual y familiar. La UVISA no cura enfermedades, esta promueve, aconseja y vigila la salud de las personas.

La transición epidemiológica en nuestro país se ve reflejada con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cancer, etc.) y por otro lado con la adopción de hábitos inadecuados relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, el sedentarismo y la mala alimentación, que deriva en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ante la problemática de salud actual generada por la incidencia de estas enfermedades, aunada a sus complicaciones y el alto costo económico que éstos padecimientos representan para el sector salud, se ve la necesidad de crear nuevas iniciativas que fomenten el autocuidado de la salud, con la finalidad de evitar enfermedades en la población, con el fin de establecer estilos de vida saludables de manera permanente.

Por ello la UVISA se crea como un espacio para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, para mantener un equilibrio en la salud, con la finalidad de obtener un completo bienestar físico, mental y social, mediante seis estrategias de acción orientadas hacia:

- La capacitación y educación para la salud de la comunidad.
- Capacitación para el recurso humano en salud.
- Comunicación.
- Coordinación intersectorial.
- Investigación en salud, a través del involucramiento del recurso humano en salud, del individuo, su familia, la comunidad y su entorno.
- Programa que se une a los esfuerzos realizados a nivel internacional y nacional.

La Unida de Vida Saludable surge en el 2006 como un proyecto basado en un modelo exclusivamente de prevención y promoción de la salud. Fue un trabajo en conjunto por los Servicios de Salud de Veracruz y el Instituto de Salud Pública.

En el año 2007 cuando el proyecto fue aprobado por el gobernador Fidel Herrera Beltrán, sin embargo, es hasta el mes de mayo del 2009 cuando la UVISA inicia sus operaciones al público. El inmueble se encuentra localizado en la Av. Orizaba No 27, colonia Obrero Campesina, C.P. 91125, Xalapa, Ver.

La UVISA, cuenta un equipo de profesionistas de salud especializados con una visión integral, enfoque anticipatorio y teniendo dos pilares fundamentales como metas: la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludable, ambas como apoyo a la Estrategia de Línea de Vida.

El inmueble de la UVISA cuenta con oficinas administrativas, recepción, salón de acondicionamiento físico, área de salud oral, nutrición, psicología, atención médica, enfermería, trabajo social, departamento de informática, sala de juntas y de estimulación temprana.

Cabe mencionar que el edificio en algún momento fue una casa habitación, y en su momento se acondicionó para las necesidades de la Unidad de Vida Saludable, siendo esta insuficiente en cuanto a distribución de espacios para las distintas actividades que se realizan en ella.

El servicio otorgado es de manera integral, individual y familiar bajo un enfoque multidisciplinario, anticipando, promoviendo y fomentando el autocuidado de la salud.

La Unidad tiene registrada una población aproximada de 48 mil usuarios que están distribuidos en 16 núcleos, donde se incluyen las diversas colonias que conforman el área de influencia de este centro de salud.

1. Áreas de la Unidad de Vida Saludable.

El área con las que cuenta la UVISA para brindar atención a los usuarios de 2009 a 2010 son las siguientes:

- Nutrición – 1226 usuarios valorados con plan de alimentación y orientación alimentaria. Es el servicio con mayor demanda.

Imagen 1. Área de nutrición de la UVISA.

Imagen 2. Área de nutrición de la UVISA.

En la imagen 2, a la izquierda se encuentra el INBODY una báscula de alta tecnología utilizada en el área de nutrición que permite analizar la composición corporal, de músculo, grasas, así como diagnosticar la obesidad, el balance magro, evaluación nutricional, el peso, además de calcular la simetría y fuerza corporal.

- Activación física: 372 usuarios valorados con programa individual de ejercicios, mejorando su calidad de vida.

Imagen 3. Área de activación física de la UVISA.

Imagen 4. Área de activación física de la UVISA.

- Psicología: 742 consultas de acompañamiento que han permitido que las personas mejoren su salud mental.

Imagen 5. Área de psicología de la UVISA.

- Enfermería: 1156 valoraciones que han permitido detectar factores de riesgo de los usuarios, orientación sobre salud, medición del peso, talla, cintura, glucosa, entre otros.

Imagen 6. Área de enfermería de la UVISA.

- Reconocimiento Médico: 1184 valoraciones que han permitido detectar factores de riesgo en todos los grupos de edad que determina el nivel de salud y la detección de alguna enfermedad crónica para su referencia.

Imagen 7. Área de reconocimiento médico de la UVISA.

- Salud Oral: 1017 consultas con detecciones de placa dentobacteriana, instrucciones de técnicas de cepillado, uso de hilo dental, profilaxis y revisión de tejidos bucales.

Imagen 8. Área de odontología de la UVISA.

- Trabajo social: Se ha orientado a 451 personas que requieren información sobre los servicios que ofrece la unidad y en extramuros se han realizados 1453 visitas domiciliarias y de promoción para invitar y captar usuarios en la unidad.

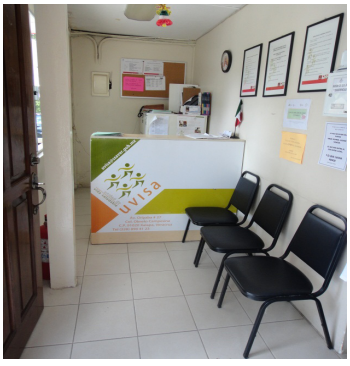


Imagen 9. Área de trabajo social–recepción de la UVISA

Imagen 10. Trabajos extramuros y campañas de la UVISA

- Sistemas de información: apoyo a la creación y actualización del micro sitio de UVISA y en la entrega del Sistema de Información en Salud.

Imagen 11. Área de informática de la UVISA.

2. Clubes.

La Unidad actualmente cuenta con 7 clubes que brindan atención a usuarios proporcionando no solo las herramientas prácticas para evitar la enfermedad, si no generando espacios de convivencia, empatía y acompañamiento entre los mismos usuarios.

- Estimulación temprana: Dirigido a menores de 4 años de edad. Permite el desarrollo de la coordinación motora del menor con el siguiente fortalecimiento de los miembros del cuerpo y la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y la fortaleza de los cinco sentidos, confianza, seguridad y autonomía con el desarrollo de las funciones mentales superiores. Vinculación padres-hijos.

Imagen 12. Taller de estimulación temprana de la UVISA.

- Cocina saludable: su finalidad es que las personas aprendan a preparar alternativas de consumo saludable para su posterior aplicación en el entorno familiar.

Imagen 13. Taller de cocina saludable de la UVISA.

- Zumba-baile, latin-dance, rutinas de acondicionamiento físico para niños y acondicionamiento físico al aire libre: Iniciar y continuar la actividad física con diferentes ritmos de la región.

Imagen 14. Taller de activación física de la UVISA.

- Club creativo del adulto mayor: dirigido a adultos mayores de 60 años en el que se programan acciones de prevención, mantenimiento, rehabilitación y recreación.

Imagen 15. Taller recreativo del adulto mayor de la UVISA.

- Peques: dirigido a niños de 6 a 9 años para la adquisición de estilos de vida saludables y permanentes.

Imagen 16. Club de peques de la UVISA.

- Grupo de adolescentes promotores de la salud: dirigido a adolescentes de 10 a 19 años de edad con la finalidad de desarrollar todas sus potencialidades y participar activamente en el autocuidado de la salud y la promoción de comportamientos y hábitos protectores de la vida y la salud.

- Embarazadas: Dirigido a embarazadas para cuidar su embarazo de forma saludable, a través de temas no tratados tradicionalmente.

Imagen 17. Club de embarazadas de la UVISA.

Marco Constitucional

La UVISA está vinculada al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, con el PRONASA 2007-2012, con el Programa Veracruzano de Desarrollo 2005-2010, con el Programa Sectorial de Salud 2005-2010 y el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016.

Avances y logros 2007-2010

Desde su apertura en el año 2007, la Unida de Vida Saludable ha desarrollado varias acciones en el marco de la prevención y la promoción de los estilos de vida saludables.

En el 2010 se realizó el último análisis anual de actividades de la UVISA encontrando que la población usuaria es en su mayoría conformada por mujeres.

Se han impartido cursos de acondicionamiento físico para peques, se refuerzan las áreas de nutrición y activación física ya que son consideradas fundamentales para la adopción de estilos de vida saludables. Se han realizado 4 diagnósticos en escolares de nivel primaria y se impartieron pláticas sobre orientación alimentaria en 3 escuelas del mismo nivel.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el apego a estilos de vida saludables de la población usuaria con participación constante a las distintas áreas de la UVISA (Activación física, nutrición, odontología, psicología, enfermería, valoración médica), y valorar la percepción de dicha población sobre la importancia de la práctica de los estilos de vida saludable

así como los retos que enfrentan al adoptarlos en su vida diaria.

Objetivos Específicos

a. Identificar las características demográficas y el estado de salud físico- metabólico de los usuarios activos de la UVISA a partir de su ingreso y cómo se ha modificado a raíz de su participación en los distintos talleres y su asistencia en las diferentes áreas de atención.
b. Identificar las razones por las cuales los usuarios se adscribieron a la UVISA e investigar los motivos para decidir permanecer y seguir asistiendo a la unidad de manera constante.
c. Conocer los beneficios y satisfacciones que ha obtenido la población usuaria de la UVISA, además de los retos y motivaciones de la población a nivel personal y familiar para asumir y adoptar un estilo de vida saludable.
d. Identificar lo que piensan los usuarios mas constantes del porque la asistencia de usuarios hombres a la UVISA es mínima o casi nula.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para el diagnóstico de salud de los usuarios activos de la UVISA, consistió en realizar un estudio de tipo bimétodo, tanto cuantitativo como cualitativo.

Para este ejercicio del diagnóstico de salud, el estudio se realizó de manera transversal y retrolectiva, ya que las variables cuantitativas fueron analizadas a partir de la información contenida en los expedientes de cada usuario activo en la UVISA, el cual muestra el historial del estado físico y metabólico desde su incorporación por primera vez a la unidad hasta la actualidad.

Para la parte cualitativa del estudio se recolectarán las opiniones y experiencias de las personas, al ser éstas usuarios activos de la UVISA.

Universo

El universo de usuarios de la Unidad de Vida Saludable consta de 1,483 personas pertenecientes a los 16 núcleos de los cuales se encarga la unidad.

Criterios de inclusión y tamaño de la muestra

La selección de los individuos de estudio se realizó de manera intencionada. Los criterios de inclusión para considerar a los usuarios más constantes fueron los siguientes:

1. Usuarias asistentes a algún club de activación física (baile zumba o latin dance).
2. Cumplir una asistencia como mínimo de 3 veces a la semana o más.
3. Cumplir con la asistencia a sus citas en las diferentes áreas de la unidad, esto por lo menos una vez en el presente año.

En colaboración con la trabajadora social y los activadores físicos se obtuvo el tamaño de la muestra, siendo esta de un total de 57 personas.

Criterios de exclusión

1. Usuarias que no asisten a algún taller de actividad física.
2. Usuarias que tienen un tiempo de asistencia menor a 3 meses.
3. Usuarias que se nieguen a participar en la encuesta o no se les encontró en su domicilio.

Criterios de eliminación

1. Usuarias que no respondieran a las preguntas realizadas.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

A continuación se presenta la información sociodemográfica que se obtuvo a través de la encuesta realizada en los meses de noviembre y diciembre del año 2011 en la Unidad de Vida Saludable, UVISA.

A partir de este momento, se utilizará el término "usuarias" debido a que la mayoría de la muestra de estudio está constituido por mujeres.

1. Edad

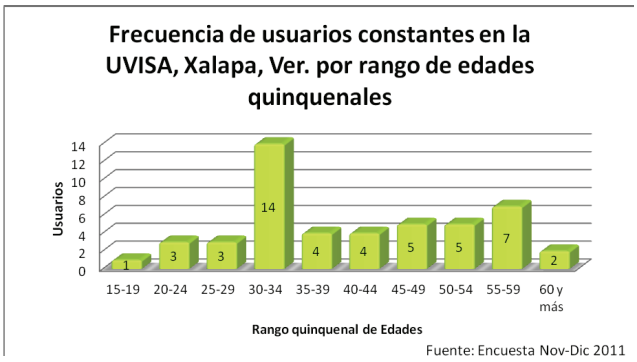
La siguiente tabla muestra la frecuencia de las usuarias

de la UVISA clasificadas por rangos decenales de edad.

Edades	Frecuencia
10 - 19	1
20 - 29	6
30 - 39	18
40 - 49	9
50 - 59	12
60 y más	2
Total	48

Tabla 1. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por rangos decenales de edad. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov – Dic 2011.

En la siguiente gráfica se muestra la frecuencia de las usuarias por rango de edad quinquenal para conocer de manera más específica las edades de las usuarias encuestadas.



Gráfica 1. Frecuencia de usuarias constantes en la UVISA, Xalapa, Ver, por rango de edades quinquenales. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

Se encontró una mayor frecuencia de usuarias en el rango de edad de 30 a 34 años, siendo la segunda con mayor frecuencia las usuarias que están entre el rango de 55 y 59 años.

A partir de esta información se procede a mostrar los resultados del análisis estadístico referente a la edad.

1.1. Medidas de tendencia central (M.T.C.)

De los datos anteriores se muestran los valores relativos al cálculo de las medidas de tendencia central (M.T.C.).

M.T.C.	Edad
Media	40.7
Moda	30
Mediana	39

Tabla 2. Cálculo de las medidas de tendencia central. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

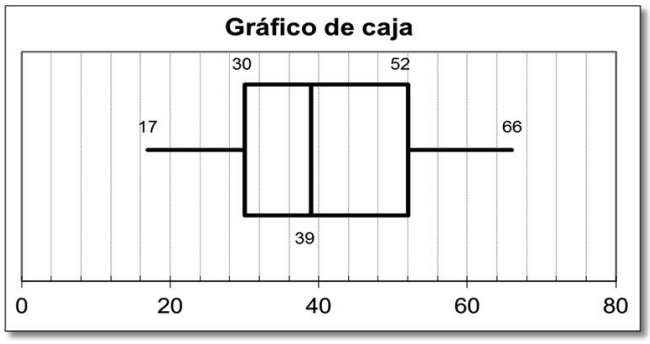
1.2. Medidas de dispersión.

Para realizar un análisis estadístico más profundo se expone a continuación los resultados del cálculo de las medidas de dispersión, posteriormente un gráfico de caja que ayuda a comprender de una mejor manera estos datos.

Rango de Edad	17 - 66
Mínima	17
Q1	30
Q2	39
Q3	52
Máxima	66
Varianza	148.8
Desviación Estándar	12.2

Tabla 3. Cálculo de las medidas de dispersión. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

Con los datos anteriores se representa el siguiente gráfico de caja que permite observar de manera más sencilla y completa la tabla anterior.



Gráfica 2. Gráfico de caja relativo a la edad de las usuarias más constantes en la UVISA, Xalapa, Ver. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

De acuerdo al gráfico anterior se observa que la población se concentra entre las edades entre 30 y 52 años, siendo la edad mínima los 17 años y la máxima 66 años. La edad media es de 39 años.

1.2. Edad y Sexo.

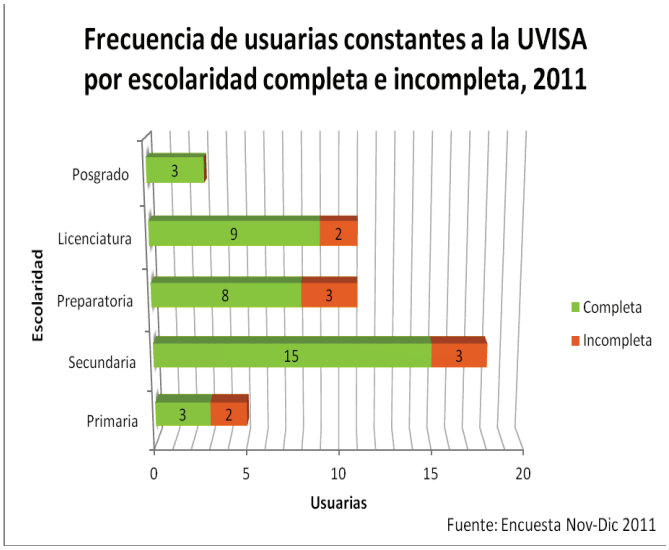
Del total de personas encuestadas solo una es del sexo masculino, que entra en el rango de edad de 50 a 54 años. Dentro del estudio se observó una escasa asistencia por parte de los hombres a la UVISA, tema que será abordado en este diagnóstico. Por tanto, la razón de masculinidad entre las usuarias constantes en la UVISA es de 0.02, es decir 2.13 hombres por cada 100 mujeres.

1.3. Escolaridad.

La siguiente tabla muestra la frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por escolaridad completa e incompleta.

Escolaridad	Completa	Incompleta	Total
Primaria	3	2	5
Secundaria	15	3	18
Preparatoria	8	3	11
Licenciatura	9	2	11
Posgrado	3	0	3
TOTAL	38	10	48

Tabla 4. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por escolaridad completa e incompleta. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.



Gráfica 3. Frecuencia de usuarias constantes a la UVISA por escolaridad completa e incompleta. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

Según la gráfica anterior se observa una mayor frecuencia de usuarias con la escolaridad secundaria completa, quedando en segundo lugar las usuarias con nivel de licenciatura completa. Se infiere que asiste poca población con posgrado ya que personas con este nivel de escolaridad cuenta con poco tiempo libre o tienen la posibilidad económica para asistir a otros sitios de actividad física (gimnasios, centros de baile, etc.)

3.1. Escolaridad y Estado Civil.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de Escolaridad con Estado Civil y el resultado obtenido se presenta a continuación:

Escolaridad	Estado Civil				Total
	Casada	Unión Libre	Soltera	Divorciada	
Primaria	4	0	1	0	5
Secundaria	11	3	3	1	18
Preparatoria	6	3	2	0	11
Licenciatura	4	4	3	0	11
Posgrado	1	0	2	0	3
TOTAL	26	10	11	1	48

Tabla 5. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por escolaridad y estado civil. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

Según la tabla anterior el 75% de las usuarias encuestadas es casada o vive en unión libre, quedando el 25% restante en las categorías de soltera o divorciada. En el levantamiento de la encuesta no hubo usuarias que afirmaran ser viudas. Por otra parte, la mayoría de las usuarias con pareja tienen una escolaridad de nivel secundaria o preparatoria.

3.2. Escolaridad y Ocupación.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de Escolaridad y Ocupación, el resultado obtenido se presenta a continuación:

Escolaridad	Ocupación				Total
	Empleada	Ama de casa	Jubilada	Desempleada	
Primaria	1	4	0	0	5
Secundaria	6	11	1	0	18
Preparatoria	1	9	1	0	11
Licenciatura	7	4	0	0	11
Posgrado	1	1	0	1	3
TOTAL	16	29	2	1	48

Tabla 6. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por escolaridad y ocupación. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

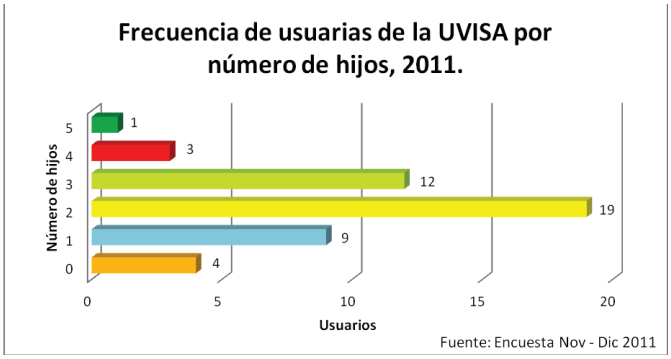
Tomando los datos de la tabla anterior el 33.3% de las usuarias encuestadas son empleadas, el 60.4% son amas de casa, el 4.2% son jubiladas y el 2.1% son desempleadas. En el levantamiento de la encuesta no hubo usuarias que afirmaran ser estudiantes. Por otra parte, se puede apreciar que hay una mayoría de usuarias con nivel académico de secundaria o preparatoria que son amas de casa y la mayoría de las usuarias con empleo tienen un nivel académico de secundaria y licenciatura o posgrado.

4. Hijos.

Durante la encuesta realizada se les preguntó a las usuarias constantes asistentes a la UVISA el número de hijos que ellas tienen; la siguiente tabla muestra la frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por número de hijos.

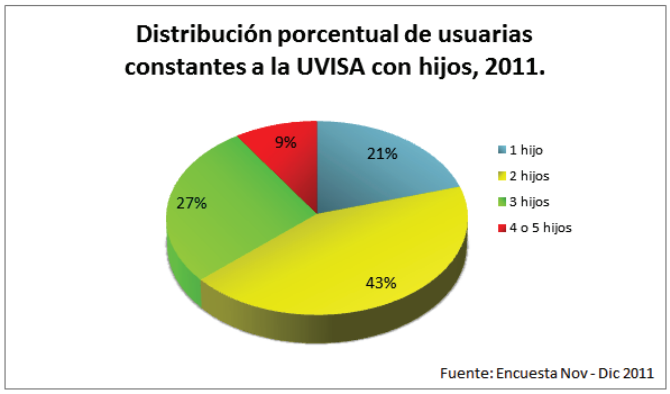
No. de Hijos	Frecuencia
0	4
1	9
2	19
3	12
4	3
5	1
Total	48

Tabla 7. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.



Gráfica 4. Frecuencia de usuarias constantes a la UVISA por número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

Según los datos anteriores, de manera general el 91.6% de las usuarias encuestadas tienen hijos. Por otra parte, el 20.4% indicó tener 1 hijo, el 43.1% indicó tener 2 hijos, el 27.2% indicó tener 3 hijos, el porcentaje restante de 9.3% tienen de 4 a 5 hijos.



Gráfica 5. Distribución porcentual de usuarias constantes a la UVISA con hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

4.1. Número de hijos por rango de edad decenal.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de número de hijos y edad, el resultado obtenido se presenta a continuación:

	Número de hijos						Totales
Edades	0	1	2	3	4	5	
15 - 24	2	2					4
25 -34	2	3	11	1			17
35 -44		2	2	4			8
45 -54		2	4	2	1	1	10
55 y más			2	5	2		9
Total	4	9	19	12	3	1	48

Tabla 8. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por rango de edad según el número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

En la tabla anterior se observa que del total de las usuarias encuestadas el 91.7% mencionaron tener hijos, de las cuales el 34.1% son madres en un rango de edad de 25 a 34, teniendo al menos 1 hijo, cabe destacar que el 25% de las usuarias encuestadas entre 25 a 34 años declararon tener 2 hijos (11 personas).

4.2. Número de hijos y Estado Civil.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de número de hijos y estado civil, el resultado obtenido se presenta a continuación:

	Mujeres con hijos					Totales
Estado civil	1	2	3	4	5	
Casada	4	*10*	*8*	3	1	26
Unión Libre	4	4	2			10
Soltera	1	4	2			7
Divorciada		1				1
Total	9	19	12	3	1	44

Tabla 9. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por estado civil según el número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

En la tabla anterior se observa que el 81.8% del total de usuarias encuestadas son personas que tienen una relación de pareja y con hijos, ya sea casada o unión libre. Además del total de las usuarias el 40.9% son mujeres casadas y tienen 2 o 3 hijos.

Cabe señalar que solamente 4 usuarias mencionaron no tener hijos y ser solteras.

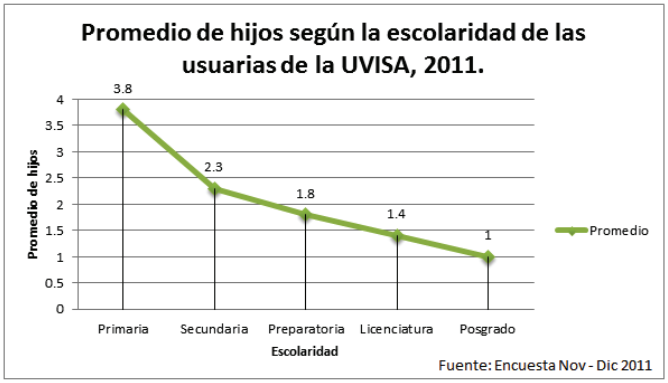
4.3. Número de hijos y Escolaridad.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de número de hijos y escolaridad, el resultado obtenido se presenta a continuación:

	Número de hijos						Promedio de hijos
Escolaridad	0	1	2	3	4	5	
Primaria				2	2	1	3.8
Secundaria		2	9	6	1		2.3
Preparatoria		3	7	1			1.8
Licenciatura	2	4	3	2			1.4
Posgrado	2			1			1.0
Total	4	9	19	12	3	1	

Tabla 10. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por escolaridad y número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

Según los datos de la tabla anterior, se puede afirmar que del total de las usuarias encuestadas, el 11.4% son madres con escolaridad primaria, el 40.9% son de escolaridad secundaria, el 25% de nivel preparatoria, el 20.5% son de nivel de licenciatura y el 2.3% son de nivel posgrado.



Gráfica 6. Promedio de hijos según la escolaridad de las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

En la gráfica anterior se observa que el mayor promedio de hijos es referente a las usuarias con un menor nivel de escolaridad (primaria) siendo el promedio de 3.8 hijos, éste promedio disminuye según aumenta el nivel de escolaridad de las usuarias encuestadas. De acuerdo a esto, se puede suponer que a mayor escolaridad, se busca desarrollar un mejor plan de vida, quedando en un segundo plano el aspecto familiar, dicho de otra manera, la planificación familiar se toma en cuenta generalmente por las personas con mayor escolaridad.

4.4. Número de hijos y Ocupación.

Se realizó la siguiente tabla entrelazando las variables de número de hijos y ocupación, el resultado obtenido se presenta a continuación:

	Número de hijos						Totales
Ocupación	0	1	2	3	4	5	
Ama de casa		4	*13*	*8*	3	1	29
Empleada	3	5	4	4			16
Jubilada			2				2
Desempleada	1						1
Total	4	9	19	12	3	1	48

Tabla 11. Frecuencia de las usuarias de la UVISA clasificadas por ocupación y número de hijos. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.

Según los datos de la tabla anterior, se puede afirmar que el 91.7% del total de las usuarias encuestadas son madres, donde el 65.9% son amas de casa, el 29.5% son empleadas, el 4.5% son jubiladas. Finalmente, el 47.7% de las usuarias encuestadas son amas de casa y tienen 2 o 3 hijos, sin embargo, esto no impide que las empleadas no puedan jugar el rol de amas de casa y viceversa.

Estilos de vida

1. Ejercicio

El ejercicio es toda actividad física que implica el movimiento de los músculos, desgaste calórico (consumo de energía), oxigenación y una aportación de nutrientes a los tejidos. Durante la encuesta realizada, todas las usuarias encuestadas declararon realizar ejercicio por lo menos 3 días o más a la semana, con una duración mayor a 30 minutos(7).

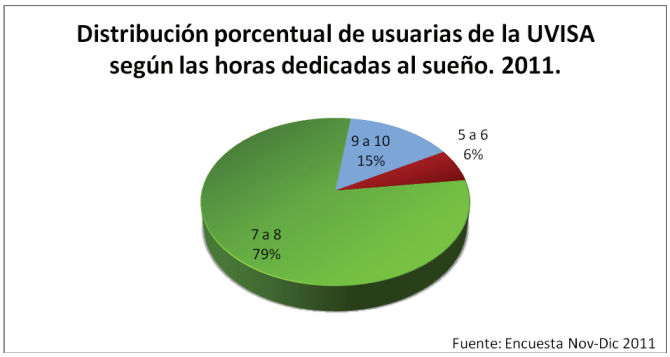
La mayoría de las usuarias mencionó asistir a las sesiones de baile (zumba o latin dance), sin embargo, el 35.4% (17 usuarias), mencionó realizar otras actividades físicas dentro de la UVISA tales como abdominales, pesas y ejercicios en aparatos, pero también mencionaron realizar actividades físicas fuera de la Unidad, realizando caminata, correr en parques o asistir a clases de natación.

2. Horas de sueño

A continuación se muestra la tabla referente al tiempo que las usuarias dedican al sueño, esto según a la encuesta realizada:

Horas de Sueño	Personas
5 – 6	3
7 – 8	38
9 - 10	7
Total	48

Tabla 12. Frecuencia de usuarias de la UVISA según las horas dedicadas al sueño. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov-Dic 2011.



Gráfica 7. Distribución porcentual de usuarias de la UVISA consumidoras de alcohol. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

Según la gráfica anterior se puede observar que el 6% de las usuarias encuestadas mencionó dormir de 5 a 6 horas, el 79% duerme de 7 a 8 horas y un 15% afirmó dormir de 9 a 10 horas.

3. Consumo de alcohol y drogas ilícitas

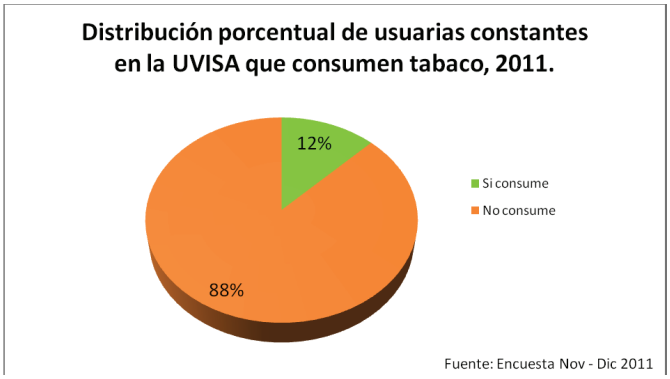
Tan sólo el 2% de las usuarias encuestadas (que representa una persona) mencionó ser empleada y consumir bebidas alcohólicas por lo menos 3 veces al mes.

Por otra parte, durante la encuesta realizada se indagó entre las usuarias si consumían drogas, pero ninguna de ellas declaró consumir algún tipo de drogas ilícitas.

4. Consumo de tabaco

El consumo del tabaco es un problema de salud pública, ya que es un factor de riesgo para quien fuma (fumador activo) como para quien aspira el humo de quien lleva a cabo la acción de fumar (fumador pasivo) pudiendo causar a largo plazo adicción, enfermedades pulmonares o incluso la muerte.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución porcentual de usuarias encuestadas que afirmaron consumir tabaco.



Gráfica 8. Distribución porcentual de usuarias de la UVISA consumidoras de tabaco. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

En el levantamiento de la encuesta, 6 usuarias mencionaron ser consumidoras de tabaco, esto equivale al 12.5% del total de las usuarias encuestadas. Las usuarias que afirmaron consumir tabaco no están dentro de un rango específico de edad, la mayoría de ellas tienen una relación de pareja (4 usuarias), el 50% de ellas son amas de casa y el porcentaje restante son empleadas, afirmando además que la frecuencia de su consumo es de una a tres veces por semana.

Haciendo un análisis de las 6 usuarias consumidoras de tabaco, se encontró que sus hijos son menores de edad (de uno a tres hijos cada una de ellas).

Características Nutricionales

En este segundo apartado, se detallarán los resultados de la situación nutrimental de las usuarias, con la finalidad de indagar los avances en materia de nutrición que han tenido a partir de su ingreso a la UVISA por primera vez hasta la actualidad.

1. Consumo de alimentos.

El consumo de alimentos es una acción primordial en los seres humanos que debe practicarse correctamente para tener una base de una vida saludable. Comer en casa atribuye a una mejor alimentación, que permite consumir alimentos más saludables, más higiénicos, algunas veces menos grasosos, pero con la posibilidad de prepararlos y presentarlos con un mayor contenido visual agradable para quien los va a comer, una mejor textura, sabor y además se pueden disfrutar cómodamente en compañía de la familia.

En la siguiente tabla se presenta el antes y el ahora de las usuarias encuestadas sobre el hábito de consumir los alimentos ya sea en casa o fuera de ella, encontrando:

Lugar	Antes	%	Ahora	%
En casa	38	79.2	45	93.7
Fuera de casa	6	12.5	3	6.3
No especifica*	4	8.3	0	0.0
Total	48	100	48	100

**No se encontró la información en el expediente.*

Tabla 13. Usuarias de la UVISA clasificadas según el lugar donde consumen frecuentemente sus alimentos. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

Según los expedientes de las usuarias encuestadas, en la primera asistencia a la UVISA, el 79.2% hizo mención que consumían sus alimentos en casa, actualmente hubo un aumento del 14.6% quedando un porcentaje final de 93.7%. Esto indica una mejora en las mismas usuarias en este rubro.

2. Rapidez en el consumo de alimentos

Al consumir los alimentos se recomienda a la persona tomarse un tiempo exclusivo para esta acción, enfocándose solo en disfrutar, oliendo y saboreando los alimentos que va a degustar, de manera tranquila ya que esto beneficia a un mejor proceso de digestión y una mejor absorción de los nutrientes.

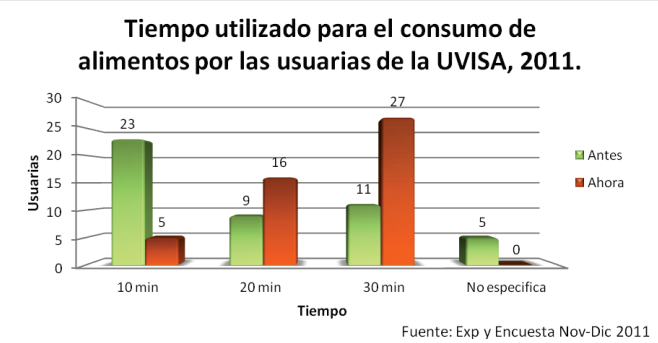
Se recomienda consumir los alimentos en un periodo de entre 30 a 40 minutos de manera tranquila, estar sentado en un lugar cómodo, disfrutar de los alimentos masticando y degustando cada bocado, además evitar distractores como la televisión ya que se puede llegar a perder la noción de la cantidad de los alimentos que se consumen.

En la siguiente tabla se presenta el antes y el ahora de las usuarias encuestadas sobre el tiempo que dedican para consumir sus alimentos:

Tiempo	Antes	%	Ahora	%
10 min	23	47.9	5	10.4
20 min	9	18.8	16	33.3
30 min	11	22.9	27	56.3
No especifica*	5	10.4	0	0.0
Total	48	100	48	100

**No se encontró la información en el expediente.*

Tabla 14. Usuarias de la UVISA clasificadas según el tiempo de consumo de sus alimentos. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.



Gráfica 9. Tiempo utilizado para el consumo de alimentos por las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov–Dic 2011.

Según la gráfica anterior, se puede observar un cambio favorable respecto al tiempo para el consumo de los alimentos, en primer lugar, se tiene una disminución porcentual en las usuarias que consumen sus alimentos en 10 minutos, siendo esta disminución de 37.5%; en segundo lugar, se dio un incremento porcentual en las usuarias que ocupan un tiempo de 20 minutos para consumir sus alimentos, siendo el incremento de 14.5%, finalmente, para las usuarias que consumen sus alimentos en 30 minutos o más, se observa un incremento porcentual de 33.4%

3. Consumo de sal

La sal es uno de los principales pilares de la cocina es un condimento por excelencia, utilizándose en casi todos los alimentos para su elaboración en conjunto o separado tales como helados, mantequillas, platillos, etc., también tiene la función de conservar alimentos como las carnes y algunos pescados y mariscos.

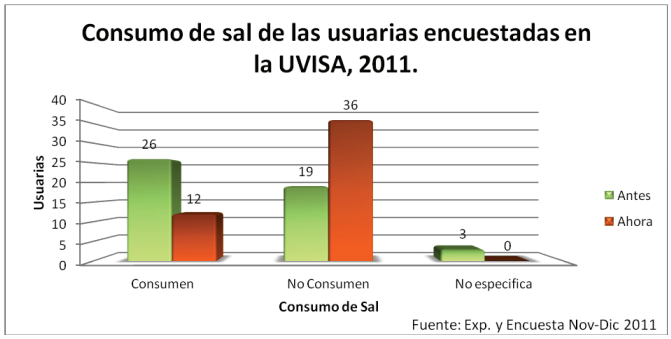
El abuso de consumo de sal conlleva a una deshidratación, ocasionando hipertensión o deficiencias renales, es por ello que se recomienda consumir en la ingesta diaria no más de dos gramos de sal al día.

Durante la encuesta realizada se preguntó a las usuarias asistentes a la UVISA si agregaban más sal a sus alimentos de lo utilizaban al prepararlos, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Consumo de sal	Antes	Ahora
Agregan	26	12
No Agregan	19	36
No especifica*	3	0
Total	48	48

**No se encontró la información en el expediente.*

Tabla 15. Usuarias de la UVISA clasificadas según el agregado de sal a sus alimentos. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.



Gráfica 10. Consumo de sal de las usuarias encuestadas en la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov–Dic 2011.

Según los expedientes de las usuarias encuestadas, en la primera asistencia a la UVISA, el 57.8% mencionó en el área de nutrición que consumían más sal en sus alimentos. Actualmente y de acuerdo con los resultados de la encuesta hubo un decremento del 32.8% quedando un porcentaje final de 25% de usuarias que agregan sal a sus alimentos.

Con respecto a las usuarias que no agregan más sal a sus alimentos, el porcentaje aumentó, yendo del 42.2% al 75%, observando un logro por parte de las usuarias en este rubro y así mismo un logro para el área de nutrición.

4. Consumo de agua

El cuerpo humano se encuentra conformado aproximadamente entre un 55% y un 78% de agua

dependiendo sus medidas de complexión, el consumo de agua es necesario para tener un mejor rendimiento físico, facilitar la digestión, mantiene la piel hidratada y limpia, degrada grasas, entre muchos otros beneficios. Se recomienda consumir de 6 a 7 vasos de agua diariamente para mantener una hidratación adecuada.

Después de analizar los resultados de la encuesta realizada a las usuarias y realizar la indagación en los expedientes sobre el consumo de agua, se encontró que todas las usuarias han consumido y consumen actualmente agua natural, pero encontrando una variación en las cantidades de este líquido vital.

A continuación se muestra la siguiente tabla la cual detalla los litros de agua consumidos por las usuarias desde su llegada a la UVISA hasta el día de hoy:

Litros	Antes	Ahora
0 - 0.5	6	1
0.6 - 1	10	7
1.5	5	9
2	13	13
2.5	2	1
3	9	14
3.5	0	1
4	0	1
Más de 4	0	1
No especifica*	3	0
Total	48	48

**No se encontró la información en el expediente.*

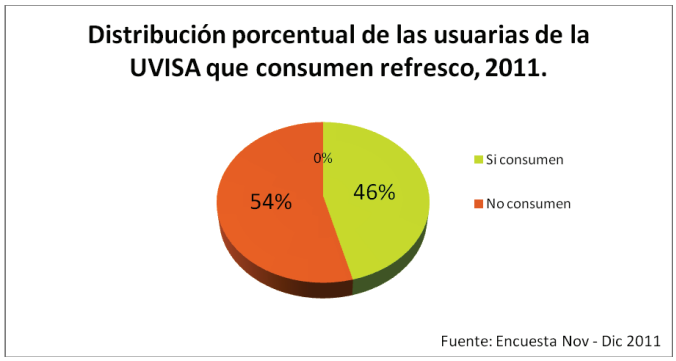
Tabla 16. Usuarias de la UVISA clasificadas según el consumo de agua. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

Se realizó un promedio del consumo de agua por tiempos, para la columna "Antes" el promedio de litros de agua tomados por las usuarias encuestadas fue de 1.7 litros diarios, en cambio, en la columna "Ahora" el promedio de consumo de agua se acrecentó a 2.1 litros diarios equivalente a un 23.7% de aumento.

5. Consumo de refresco

Otro aspecto que se investigó durante la encuesta fue el consumo de refresco por parte de las usuarias constantes a la UVISA, a pesar de que el consumo de este tipo de bebidas es muy común, no es muy saludable por el alto contenido en azucares y su bajo contenido calórico, además es un tipo de bebida industrializada y gasificada conteniendo conservadores donde a largo plazo pueden generar problemas de salud tales como: sobrepeso, obesidad, diabetes, daño renal, etc.

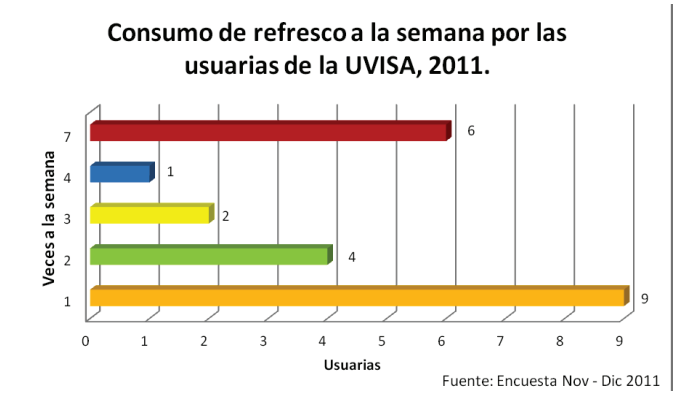
En la siguiente gráfica se puede observar la distribución porcentual de las usuarias encuestadas que consumen refresco.



Gráfica 11. Distribución porcentual de las usuarias de la UVISA que consumen refresco. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

De acuerdo con la gráfica anterior, existe un 46% de usuarias encuestadas que consumen refresco, siendo estas 22 personas.

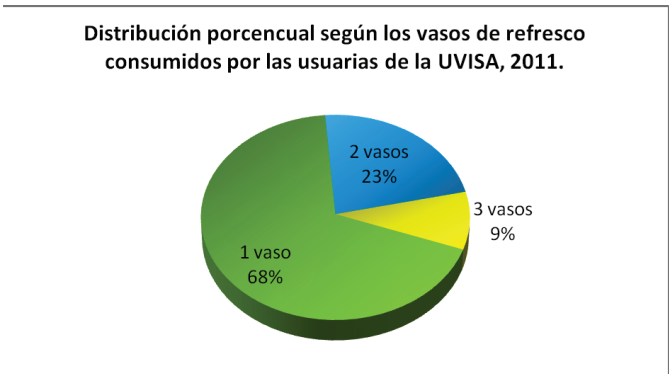
Durante la encuesta se preguntó a las usuarias de la UVISA la frecuencia de consumo de refresco a la semana, en la siguiente gráfica se muestran los resultados:



Gráfica 12. Consumo de refresco a la semana por las usuarias encuestadas. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

En la gráfica anterior la mayor frecuencia de consumo de refresco fue de una vez por semana, representado por 9 usuarias, siguiéndole en segundo lugar el consumo diario realizado por 6 personas.

Otro aspecto importante, fue conocer el número de vasos de refresco que consume, del cual se presenta la siguiente gráfica según los resultados:



Gráfica 13. Distribución porcentual según los vasos de refresco consumidos por las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

Finalmente, se indagó las ocasiones en que las usuarias suelen tomar refresco, mencionando con mayor frecuencia: el consumo en fiestas y reuniones, a la hora de la comida o por antojo.

En este apartado no se realizó una comparación antes-ahora ya que en los expedientes que maneja la UVISA hay registro sobre el consumo de refresco.

6. Consumo de fibra

La fibra alimentaria no es un nutriente, es una sustancia que se encuentra en los alimentos de origen vegetal. La fibra ayuda en el proceso digestivo, reduce el colesterol y ayuda a mantener un control de la glucosa en la sangre(8).

Durante la encuesta se indagó si las usuarias consumen alimentos con fibra, sin embargo los resultados obtenidos no son altamente significativos, ya que tanto el porcentaje de la primera visita a la UVISA y el porcentaje actual se encuentra en el 85%. Entre los principales alimentos mencionados en la encuesta los de mayor frecuencia fueron: el pan integral, cereales y frutas con cáscara.

7. Consumo de alimentos industrializados

Los alimentos industrializados son aquellos que llevan un proceso mecánico, químico u otro tipo de alteración en su composición natural para un mayor tiempo de conservación y almacenamiento, por ejemplo embutidos, enlatados, presurizados, etc.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de las usuarias encuestadas que mencionaron consumir alimentos industrializados:

Alimentos industrializados	Antes	Ahora
Consumen	34	28
No consumen	11	20
No especifica*	3	0
Total	48	48

**No se encontró la información en el expediente.*

Tabla 17. Usuarias de la UVISA clasificadas según el consumo de alimentos industrializados. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 75.6% de las usuarias encuestadas mencionaron en su primera visita a la UVISA haber consumido alimentos industrializados, en comparación del porcentaje actual que disminuyó un 17.3%. Durante la encuesta, las usuarias mencionaron con mayor frecuencia los siguientes alimentos industrializados: jamón, salchicha, atún, sardina, frijoles enlatados, galletas y refrescos.

8. Consumo de complementos alimenticios

Los complementos alimenticios son nutrientes los cuales generalmente acompañan a la dieta para corregir o prevenir deficiencias de vitaminas, minerales y proteínas(9). Durante la entrevista se les preguntó a las usuarias si consumían algún tipo de complemento alimenticio, la encuesta dio como resultado que el 27.1% de las usuarias (13 personas) afirmaron consumir alguno de los siguientes complementos: antioxidantes, ácido fólico o calcio; en contraparte, en los expedientes de las usuarias encuestadas se encontró que el 31.1% consumían los complementos alimenticios según la información dada en su primera visita al área de nutrición, por lo que se observa un ligero incremento porcentual.

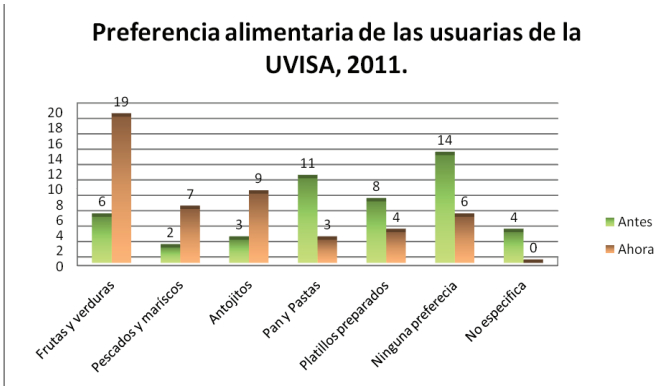
9. Alimentos preferidos

Durante la entrevista y la revisión de expedientes se investigó sobre cuál era el alimento preferido de las usuarias de la UVISA, los resultados se obtenidos fueron agrupados para fácil captura e interpretación, exponiendo a continuación la siguiente tabla:

Alimentos preferidos	Antes	Ahora
Frutas y verduras	6	19
Pescados y mariscos	2	7
Antojitos	3	9
Pan y Pastas	11	3
Platillos	8	4
Ninguna preferencia	14	6
No especifica*	4	0
Total	48	48

No se encontró la información en el expediente.

Tabla 18. Usuarias de la UVISA clasificadas según la preferencia alimentaria. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.



Gráfica 14. Preferencia alimentaria de las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov–Dic 2011.

Es posible observar un cambio favorable respecto a la preferencia de consumo de frutas y verduras además de los pescados y mariscos, también hay un decremento favorable en la preferencia de consumo de pan y pastas, sin embargo hay un incremento en la preferencia de consumo de antojitos.

Se hace la suposición que debido a los meses de encuesta de noviembre y diciembre culturalmente hay un incremento en los antojitos debido a las fiestas tradicionales, además de los factores climáticos que propicia un incremento de alimentos altos en calorías, por ejemplo tamales, chocolate caliente, pan y dulces, etc.

10. Alimentos no preferidos

Durante la entrevista y revisión de expedientes se indagó sobre cuál era el alimento que disgusta a cada una de las usuarias de la UVISA, los resultados se obtenidos fueron agrupados para fácil captura e interpretación, exponiendo a continuación la siguiente tabla:

Alimentos que disgustan	Antes	Ahora
Verduras	7	7
Lácteos	1	1
Carnes	6	10
Leguminosas	3	4
Huevo	0	3
Grasas	0	1
Comida preparada	3*	5**
Embutidos	1	2
Agua simple	1	0
Fruta	1	0
Ningún alimento	25	15
Totales	48	48
*Mole verde, pastas y comida condimentada		
**Antojitos, pizza, alimentos con harina, barbacoa y mole verde		

Tabla 19. Usuarias de la UVISA clasificadas según el disgusto alimenticio. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

En este rubro no se encontró algún cambio relevante, más que un cambio ligero en el disgusto de carnes que engloba carnes rojas y blancas.

11. Alergias alimentarias

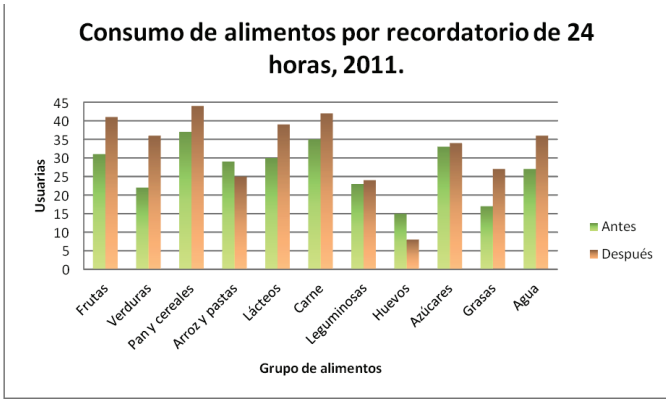
Durante la entrevista y revisión de expedientes se indagó cuáles eran los alimentos que provocan alergia a cada una de las usuarias de la UVISA, dando como resultado que el 15.9% (7 personas) afirmó tener alguna alergia en su primera visita a la UVISA, en cambio, en la encuesta realizada el 16.7% (8 personas) presentan algún tipo de alergia, mencionando con mayor frecuencia los siguientes alimentos: verduras, legumbres, lácteos, pescados y mariscos.

12. Consumo alimenticio según el recordatorio de 24 horas

Durante la encuesta se realizó un recordatorio de 24 horas con la finalidad de comparar el tipo de alimentación de la primera visita a la UVISA con el tipo de alimentación la actual. La información encontrada se agrupó en la siguiente tabla:

Recordatorio de 24 horas		
Alimentos	**Antes**	**Después**
Frutas	31	41
Verduras	22	36
Pan y cereales	37	44
Arroz y pastas	29	25
Lácteos	30	39
Carne	35	42
Leguminosas	23	24
Huevos	15	8
Azúcares	33	34
Grasas	17	27
Agua	27	36

Tabla 20. Recordatorio de 24 horas antes y después. Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov – Dic 2011.



Gráfica 15. Consumo de alimentos por recordatorio de 24 horas (antes y después). Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nov–Dic 2011.

En la gráfica se puede apreciar la comparación realizada de los grupos de alimento según el recordatorio de 24 horas realizado a las usuarias tanto en su primera visita a la UVISA como durante la encuesta. Se muestra un incremento de manera positiva en el consumo de frutas, verduras, pan y cereales, lácteos, carnes (rojas y blancas), y además en el consumo de agua. También hubo un incremento en el consumo de grasas haciendo la suposición de que este incremento sea producido por la temporada de festividades de los meses de noviembre y diciembre.

13. Desempeño en los hábitos alimenticios

Evaluación Desayuno, Comida y Cena

A continuación se presenta una evaluación con base a la comparación de los recordatorios de 24 horas de los hábitos de alimentación refiriendo al desayuno, comida y cena a partir de su llegada a la UVISA por primera vez al día de hoy.

Evaluación de hábitos	Desayuno	Comida	Cena
Mejoran	18	10	17
Mantienen correctamente	27	29	20
Mantienen incorrectamente	2	2	2
Empeoran	1	7	9
Mejoran y mantienen correctamente.	45	39	37

Tabla 21. Evaluación de los hábitos alimenticios de las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

Haciendo la evaluación se concluye que el 93.8% de las usuarias encuestadas mejoraron su hábito de alimentación en el desayuno, el 81.3% de las usuarias mejoraron su hábito en la comida, y el 77.1% mejoraron su hábito de alimentación en la cena.

Sin embargo el 18.8% de las usuarias encuestadas empeoraron su hábito de alimentación en la cena, haciendo la suposición que el incremento en la ingesta de alimentos puede deberse a las fiestas tradicionales del mes de noviembre y diciembre.

Evaluación de las colaciones

En la siguiente tabla se muestra la evaluación de las colaciones matutinas y vespertinas realizadas por las usuarias encuestadas:

Evaluación de las colaciones	Colación Matutina	Colación Vespertina
Mejoran	15	10
Mantienen correctamente	13	14
Mantienen incorrectamente	1	5
Empeoran	3	3
No hacen	16	16
Suma mejora y mantiene correctamente	28	24

Tabla 22. Evaluación de las colaciones matutinas y vespertinas de las usuarias de la UVISA. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

Se concluye que el 58.3% de las usuarias encuestadas mejoraron la práctica de la colación matutina y el 50% de las usuarias mejoraron la práctica de la colación

vespertina. Sin embargo, el 33.3% de las usuarias no realizan ninguna colación.

Evaluación de la alimentación en fin de semana

En la siguiente tabla se muestra la evaluación de la dieta realizada por las usuarias encuestadas en fines de semana:

Evaluación	Fines de semana
Mejoran	5
Mantienen correctamente	19
Mantienen incorrectamente	3
Empeoran	21
Suma mejora y mantiene correctamente	24

Tabla 23. Evaluación de la dieta de las usuarias en fines de semana. Elaboración propia. Fuente: Expedientes y Encuesta Nov – Dic 2011.

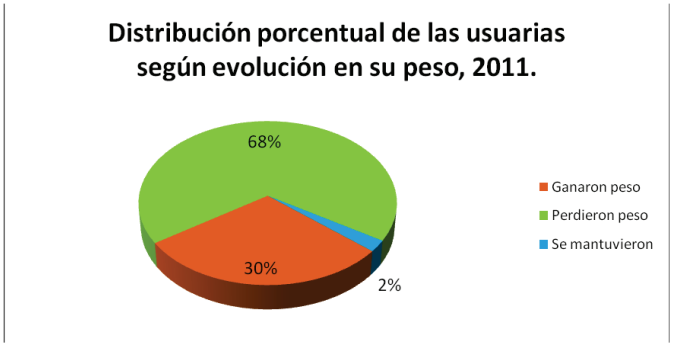
Se concluye que el 50% de las usuarias encuestadas mejoraron o conservaron una buena alimentación en los fines de semana, sin embargo, el 43.8% de las usuarias empeoraron su dieta. Se hace la suposición que por ser fin de semana hay un desapego a la alimentación saludable que llevan las usuarias durante la semana.

Resultados de pérdida de peso e I.M.C. por semestre.

La UVISA tiene como uno de sus objetivos el concientizar a los usuarios a adoptar un estilo de vida saludable, el asistir a la UVISA no garantiza que la persona pierda peso, los resultados dependerán de la constancia de los usuarios mismos.

1. Pérdida de peso

En esta sección se mostrará el avance que han tenido las usuarias encuestadas según la reducción o aumento de peso, en primer lugar se muestra la distribución porcentual de las usuarias constantes a la UVISA que subieron, bajaron o mantuvieron su peso desde su primera asistencia a la fecha:



Gráfica 16. Distribución porcentual de las usuarias según la evolución de su peso. Elaboración propia. Fuente: Expedientes de la UVISA.

De 48 personas encuestadas, solamente se pudieron evaluar 44 usuarias ya que no se encontró el registro de su peso en sus expedientes.

Posteriormente se procedió a clasificar a las usuarias por periodos semestrales según la fecha de ingreso a la UVISA, registrando el peso inicial y el peso actual de cada persona, para evaluar si hubo un aumento o disminución de peso, registrando además el máximo peso perdido según el tiempo asistido.

- Pérdida de peso.

Meses	Número de usuarias	Promedio de kg perdidos	Máximo kg perdidos
3-6	11	2	6.7 en 6 meses
7-12	16	4.8	13 en 10 meses
13-18	7	4	10 en 18 meses
19 y más	10	4.5	8.4 en 24 meses

Tabla 24. Resultados de la pérdida de peso según por tiempo semestral. Elaboración propia. Fuente: Expedientes de la UVISA.

- Ganancia de peso.

Meses	Número de usuarias	Promedio de kg ganados	Máximo kg ganados
3-6	11	0.2	0.2 en 3 meses
7-12	16	1.2	4.2 en 12 meses
13-18	7	2.8	5 en 13 meses
19 y más	10	2.3	3.3 en 24 meses

Tabla 24. Resultados del aumento de peso según por tiempo semestral. Elaboración propia. Fuente: Expedientes de la UVISA.

2. Índice de Masa Corporal (I.M.C.).

El I.M.C.es una medida que describe el peso del cuerpo en relación a la altura de una persona, durante la investigación se procedió a indagar en los expedientes de las usuarias encuestadas el I.M.C. de cada una de ellas, estos datos fueron extraídos de la medición generada por el INBODY.

Al igual como sucedió con el estudio del peso, se procedió a clasificar a las usuarias por periodos semestrales según la fecha de ingreso a la UVISA, registrando el I.M.C. inicial y el último I.M.C. calculado para cada persona, para evaluar si hubo un aumento o disminución de este índice, registrando además la máxima disminución según el tiempo asistido.

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

• Disminución del IMC.

Meses	**Número de usuarias**	**Disminución promedio del IMC**	**Disminución máxima del IMC**
3-6	11	0.9	3.2 en 6 meses
7-12	16	2.3	5.6 en 10 meses
13-18	7	1.7	4.4 en 18 meses
19 y más	10	1.9	3.8 en 24 meses

Tabla 24. Resultados de la disminución del IMC según por tiempo semestral. Elaboración propia. Fuente: Expedientes de la UVISA.

• Aumento del IMC.

Meses	**Número de usuarias**	**Aumento promedio del IMP**	**Aumento máximo del IMC**
3-6	11	0.1	0.1 en 3 meses
7-12	16	0.5	4.2 en 12 meses
13-18	7	1.2	2.1 en 13 meses
19 y más	10	0.8	1.2 en 24 meses

Tabla 24. Resultados del aumento del IMC según por tiempo semestral. Elaboración propia. Fuente: Expedientes de la UVISA.

Análisis Cualitativo

Dentro de la herramienta de estudio se diseñó una entrevista semiestructurada de tipo cualitativa con el fin de conocer sus percepciones, sus inquietudes y opiniones acerca de la UVISA, obteniendo como resultado las siguientes respuestas:

Dentro de las **razones** por las cuales empezaron a asistir a la UVISA, las usuarias refieren entre los 3 principales motivos el **bajar de peso** (muy relacionado con los hábitos alimenticios), **el ejercitarse**, **la atención en psicología**. Un mínimo refiere haber sido por la **idea de salud** o **bienestar personal**.

Así en el discurso de **"bajar de peso"**, podemos encontrar algunas de los siguientes expresiones:

- *(…) tengo a veces muy mala alimentación, o sea, mis hábitos no son los adecuados.*
- *Pues por tratar de bajar un poquito de peso.*
- *(…) tengo muy mal mis horarios para la comida.*
- *(…) estaba yo muy, muy obesa.*
- *Porque estaba pasada de peso 4 kilos.*

Dentro de las **razones** que relacionadas con la necesidad de hacer **ejercicio** podemos destacar las siguientes:

- *Principalmente por lo de la zumba(…)no en cuanto a peso, pero en cuanto a movimiento se siente uno torpe, ¿no?. Como pesado.*
- *(…) hacerme como un hábito de ejercicio.*
- *(…) necesitaba también hacer ejercicio.*

En **los motivos** relacionados a la **atención psicológica** tenemos los siguientes ejemplos:

- *(…) yo andaba yo muy deprimida, muy decaída.*
- *(…) necesitaba el servicio de psicología.*
- *(…) y un poco de depresión también.*

En los principales **motivos** para seguir asistiendo a la UVISA la usuarias declararon el continuar haciendo **ejercicio**, el **bajar de peso**, la **salud mental** en específico y **la salud** en general o los estados de **bienestar** en un plano mas general.

Así podemos identificar los siguientes discursos con respecto al **ejercicio**:

- *(…) aparte pues hacer ejercicio (…)estar bien, ejercitándome.*
- *Por hacer ejercicio.*
- *(…) el ejercicio siempre me ha gustado mucho.*
- *(…) comenzar por lo menos el día un poquito mas activo.*
- *Para mantener mi físico.*

Dentro de las **razones** relacionadas con la **disminución**

de peso tenemos algunos de los siguientes discursos:

- *Adelgazar porque es lo que me ha costado mucho.*
- *Bajar de peso, a mi me gustaría ser más delgada.*
- *Estar en mi peso.*
- *(…) para bajar mas (de peso) si se puede (…) mantener el peso (…) no estar llenita.*
- *(…) porque finalmente me conservo más delgada.*

En los discursos relacionados con los **motivos** referentes a la **salud mental** identificamos algunos como los siguientes:

- *Vengo aquí para salir toda positiva de aquí (…) las psicólogas son muy amables y este y tratan de darnos muchas orientaciones.*
- *(…) los grupos de auto ayuda también me han gustado mucho (…)que me veo mucho mejor que siempre me veo contenta (opinión de su familia).*
- *(…) ya no me deprimo.*

Otro de los ejes que encontramos a través de toda la investigación es el discurso de **la salud** en general y el **sentimiento de bienestar**:

- *(…) que me ayuda a mantenerme sana.*
- *(…) por cuidar mi salud, estar sana (…)porque quiero llegar a tener una vejez sana (…)llegar a una vejez digna y saludable.*
- *(…) tener mejor salud, porque pues ya soy una persona adulta, entonces tengo que tratar de mantenerme físicamente bien.*
- *Porque pues quiero estar bien de salud.*

Existe una relación bastante estrecha entre el **bajar de peso** y el hacer **ejercicio**, usuarias refieren frecuentemente dentro del su discurso esta relación al encontrar ambas ideas dentro del mismo enunciado. Han observado el cambio positivo en su cuerpo y en su persona como consecuencia de tener actividades en la UVISA, estos cambios los identifican como mejoras en sus relaciones familiares y a nivel personal en actitudes positivas hacia su vida cotidiana. La relación entre el realizar **actividad física**, así como el **gusto** por hacer dicha actividad (el sentirse mas activas) y la sensación de **bienestar** también es un aspecto identificado en los discursos de las usuarias.

Se identificaron también algunos discursos menos frecuentes pero de suma importancia a mencionar como la atención del personal de la UVISA, la cual la refieren como de buen trato. Otro elemento es el de la convivencia con otras usuarias, la **socialización** y compañerismo que han encontrado.

Dentro de los **retos** la mayoría de las usuarias no expresaron observar algún obstáculo que impidiera su permanencia en las actividades de la UVISA, sin embrago las pocas que expresaron alguno de estos obstáculos tuvieron respuestas interesantes. Se identificaron 2 razones principales dentro de ellas: la voluntad para mantenerse en actividad física y la la opinión que recibieron por parte de sus parejas. De esta última tenemos los siguientes ejemplos:

- *Mi esposo no, no está de acuerdo, no está de acuerdo que yo esté bajando de peso, él pues no, no le gusta porque dice que me voy a enfermar.*
- *(…) "ya no te voy a dejar que vayas, porque luego se ve que el maestro que los sacaron que no sé qué" (opinión de su esposo).*
- *(…) pérdida de tiempo, que le decía que yo no lo veía así porque puede ser que pierda yo mi tiempo, pero a la larga es un beneficio para ellas. (opinión del su marido en cuanto a su asistencia a la UVISA).*

En los **logros** que manifestaron las usuarias haber obtenido al asistir a la UVISA encontramos una variedad bastante extensa. De entrada esto nos sugiere que la UVISA ha impactado de diversas maneras en sus usuarias. Los **logros** que las usuarias declararon haber obtenido están relacionados en las siguientes líneas:

Alimentación:

- *(…) el alimentarme mejor (…)tomo más agua (…)no comer comida chatarra.*
- *La alimentación, o sea, voy tratando de, de irla llevando más o menos como me lo indican aquí.*
- *(…) restringirme el refresco y otras cosas (…) tratar de comer mas frutas.*
- *(…) a preparar mis alimentos mejor, nutritivamente (…)Mi alimentación pues mas balanceada.*
- *Pues comer lo que ya me está sugiriendo la nutrióloga, como debo de comer, porque a ver si me daba yo unas atracadas buenas.*

El peso:

- *Pues el peso, porque sí he visto que he bajado un poquito.*
- *(…) no siento que haya bajado de peso, sigo manteniéndome en lo mismo.*
- *(…) en cuanto a peso también ya llevo 8 kilos abajo.*
- *(…) he reducido talla, he bajado de peso.*

El ejercicio/condición física:

- *(…) yo nunca había hecho ejercicio hasta que empecé a venir aquí.*
- *(…) que mi cuerpo no me moleste (…) me dolían mis piernas o los brazos y ahora ya los siento perfectamente.*
- *(…) rindo mas activamente, hasta aquí en mis ejercicios también en casa en lo que hago.*
- *(…) tener más… más este… como se dice, consistencia, más… agilidad, más para mis movimientos como que más este… no cansarme.*
- *(…) antes estaba muy durota, en cuestión de movimientos, me dolía la espalda, cositas de esas, ahorita veo que estoy mas ágil.*

Cambio de actitud ante la vida/salud mental/estrés:

- *Que ya no tengo depresión (…)todo lo veo positivo.*
- *Me siento mas, este, mas bien, mas alegre (…)que ya estoy saliendo de mi, de mi depresión en la que yo llegué aquí.*
- *(…) cambia mi humor, cambia el ánimo.*
- *Yo era así como que muy enojona y a partir de que he estado, ya ha mejorado mucho mi carácter.*
- *(…) aquí se me quita el estrés.*
- *(…) a relajarme, a controlar mi estrés, a saber respirar.*

Relaciones sociales:

- *(…) y también por que aquí e encontrado grandes compañeras con las cuales compartimos opiniones y más que nada generando amistad.*
- *(…) la amistad con las personas, el socializar.*
- *Noción de salud/bienestar:*
- *¡un estilo de vida más saludable!*
- *(…) requiere uno de mas cuidados y pues previene uno mas enfermedades, vive uno mas sanamente (…)ve uno las cosas de otra manera, ya mas sana.*
- *(…) no me he enfermado casi.*
- *(…) lo que son mis niveles de azúcar, colesterol, triglicéridos, que es lo principal, todo ya está dentro de lo normal.*
- *(…) dejar muchos hábitos que este tenía yo y cambiarlos por mejores para tener un mejor estilo de vida.*

Disciplina:

- *(…) que no debo ser floja (risas) para el ejercicio (…) pues que soy capaz de ser disciplinada, en cuestión de salud.*
- *Todo lo que se aprende este lo he siempre lo he intentado llevar, pero ahorita con un poquito más de responsabilidad.*

Cabe mencionar que en el discurso de las usuarias se denota un **aprendizaje** en cuanto a lo que se refiere a la adopción de estilos de vida saludables. La identificación de la sensación bienestar está muy relacionada con la salud, es una manifestación de que la persona se asume con buena salud.

El principal **reto** que las usuarias identifican es el de llevar una alimentación saludable:

- (*…) dejar de comer mas bien y adaptarse a un régimen, ¿no?, alimenticio.*
- *Me ha costado mucho trabajo este… pues comer saludable.*
- *(…) aprender a comer (…) yo soy muy antojadiza.*
- *(…) acostumbrarse a dejar de comer pizzas, hamburguesas, refrescos, etc.*
- *(…) dejar de comer por ejemplo las harinas.*

En los **logros a nivel familiar** las usuarias refirieron haber cambiado principalmente los **hábitos alimenticios** de su familia, pero encontramos también declaraciones relacionadas con el **ejercicio, la convivencia familiar, la salud mental** en particular y **la salud** en general.

Alimentación:

- *(…) con la alimentación le digo que no coman tantas, que no coman tantas, este chatarras y así.*
- *(…) creo que es paulatino pero es lo de la cuestión de la alimentación.*
- *(…) la alimentación mas que nada, la alimentación que es la clave.*
- *Yo creo, que en los métodos de alimentación, antes tomábamos un poquito mas de refresco y ahorita ya un poquito mas de verduras.*
- *(…) aprendí a darles de comer para evitar que, este, sean obesos.*

Ejercicio:

- *(…) el que hagan ejercicio, de hecho vienen mis dos hijas conmigo también a hacer ejercicio, y eso es lo que les transmito, traigo un niño también de 6 años y este pues el trasmitirles este… hacer siempre ejercicio.*
- *(…) de hecho mis hijas, este… les gusta también venir aquí a… hacer ejercicio.*
- *(…) dos de mis hijos ya, ya hacen ejercicio. Mi esposo también ya le da por hacer (…) dice "Ay, es que la gente se enferma porque no hace ejercicio" (opinión de su esposo).*

Salud mental:

- *(…) no llego estresada, por lo tanto les contagio.*
- *Pues que en mi casa estoy más contenta, mas alegre, mas accesible a todo.*

Convivencia familiar:

- *(…) mi hijo pues, a él sobre todo le ayudó demasiado, salimos del problema que teníamos (…)él cambió totalmente y ese fue el cambio más importante que hubo para mí, el de mi hijo, que lo ayudaron mucho a él.*
- *(…) lo que sí me ayuda con mi familia es que no me peleo.*
- *(…) comunicarme más con mis hijos y tener más… este, paciencia con mi nieta que cuido y mi papá que está enfermo.*

En los **retos** que la usuarias declararon observar a **nivel familiar**, al igual que en el apartado anterior las usuarias identificaron como principal resistencia **el adoptar una alimentación saludable**. Cabe mencionar que es mayor el número de logros a comparación de los retos que las usuarias declararon observar:

Alimentación:

- *(…) dejar algunas cosas como la chatarra y empezar con una buena alimentación.*
- *"Ay, mamá ya estoy chocada de tus famosas ensaladas y de tus pechugas asadas" (opinión de sus hijos).*
- *(…) cuando no les gusta algunas cosas que ya no quiero hacer, o sea, cosas más saludables.*
- *(…) yo estoy luchando con mis hijos de que coman sanamente (…)no son de que coman verdura.*

Esta parte del estudio se refiere a las **razones** que las usuarias identificaron del porqué creen que los hombres que viven con ellas **no asisten a la UVISA**. De las razones del porqué no asisten los hombres de sus casas encontramos que el **trabajo y los horarios** de los mismos como la principal razón, pero también la identifican a la **imagen de la UVISA como un lugar "solo para mujeres", la actitud** como factor de resistencia al cambio de un estilo de vida saludable y el reconocimiento de un pequeño número de **hombres que sí asisten a la UVISA**:

Trabajo/horarios:

- *(…) porque su trabajo no le permite. O sea el horario de su trabajo.*

- *Mi hijo porque va en la escuela en la tarde y mi esposo porque trabaja fuera casi todo, casi toda la semana.*

- *Mi esposo por su trabajo, pues no, realmente no puede. O sea no es por… tal vez en algún momento les pueda agradar también.*

Imagen de la UVISA:

- *Pues mi esposo un día fue pero como que se sintió apenado porque como eran puras mujeres, pues ya no (…)le agradó la idea pero eso fue lo que ya no… se sintió apenado.*
- *"Es que siempre hay puras mujeres, yo no veo hombres. Tal vez si hubiera mas hombres, ya vendría yo. Me daría pena estar con todas las mujeres" (opinión de su marido).*

Actitud:

- *(…) le da flojera.*
- *No sé, no le llama la atención.*
- *No tiene fuerza de voluntad para asistir.*

Los hombres que sí asisten a la UVISA:

- *Ellos vienen cuando les toca consulta o activación física.*
- *Mi esposo viene al control y de repente viene en la tarde. En lo que yo bailo él hace ejercicio (cardiovascular en aparatos).*
- *Bueno, mi esposo cuando puede viene en la tarde.*

Dentro de los **motivos** por los cuales las usuarias creen que

los hombres en general no asisten a la UVISA encontramos principalmente 3, los relacionados con **los horarios de trabajo de los hombres**, **la vergüenza de asistir** a un lugar donde la mayoría son mujeres y una **visión cultural del autocuidado**:

Trabajo/horarios:

- Porque los hombres este, o están mas ocupados.
- Yo me imagino que ha de ser por las actividades que tiene de trabajo.
- (…) pero el hombre es el proveedor de la casa, casi siempre es el hombre es que se va a trabajar.
- (…) hay algunos que no les da tiempo.

Pena:

- (…) y otros porque les da vergüenza "ahí van puras viejas, nos vamos a ver como mar…." (risas) (…) maricones, dijeran, porque así yo es cuchado lo que dicen.
- Yo creo que les da pena, porque creen o pues no sé, creen que vienen muchas mujeres y luego la idea machista.
- (…) pero pues la mayoría que venimos aquí somos mujeres y como que a los hombres les da pena estar con tantas mujeres.
- (…) les intimida un poco porque somos muchas mujeres.
- (…) porque allá la mayoría son mujeres, ¿no?, entonces como que a la mayoría les da pena estar en medio de tanta mujer. Se sienten incómodos.

Concepción cultural del autocuidado:

- (…) la mujer es un poquito mas en cuestión de salud, es un poquito más delicada, a lo mejor ellos quieran ir un poquito mas al gim, alguna cosa donde haya puro hombre, o algo así.
- Porque los hombres son muy diferentes a las mujeres y tienen sus, su…, tienen otra mentalidad (…)somos más intuitivas las mujeres, creo yo (…)Algunas no todas, no todas, pero son pocas las que no son cuidadosas.
- No se si no han escuchado que deben de cuidarse, pero no les interesa cuidarse.
- Pues porque no les gusta cuidarse, no les preocupa su salud. Como que piensan que no se van a enfermar o que nada mas nosotras las mujeres nos enfermamos y los hombre piensan que no.

DISCUSIÓN

En la encuesta realizada a las usuarias entre los meses de noviembre y diciembre de 2011 y en la revisión de expediente se encontró que:

La UVISA fomenta una buena promoción y concientización de la alimentación, trabajando desde el tema de comer en casa, con el fin de reducir el consumo comidas rápidas, ya que estas tienen una elevada cantidad de grasas y bajas en contenido energético.

Ayuda a las usuarias a mejorar el tiempo que las usuarias ocupan para consumir los alimentos, corrigiendo la ingesta rápida (10 minutos) a una forma más tranquila de comer con la finalidad de mejorar el proceso de digestión y absorción de nutrientes, así como el evitar ver la televisión o tener algún distractor que haga perder la noción de la cantidad de comida que se consume, esto según la página de internet www.adelgazar.net en su artículo publicado en el mes de Julio del año 2010, que lleva por nombre "No es bueno ver la televisión mientras se come".

Así mismo, la UVISA logra que las usuarias consuman una cantidad menor de sal, evitando agregar más sal de la que el alimento lleva en su elaboración.

Otro aspecto en el que se mejora es en el consumo de agua, ya que las usuarias al asistir a las diversas actividades pierden líquidos y por ende se les aconseja el tomar una mayor cantidad agua, permitiendo reponer y evitar una deshidratación o incluso evitar estreñimiento. En este rubro se logró un 23.7% de aumento en el consumo diario de agua.

La UVISA aconseja el consumo de fibras solubles, esto para reducir la probabilidad de padecer colon perezoso, ya que la fibra ayuda a un mejoramiento en el proceso digestivo, reducir los niveles de colesterol y mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre. En los resultados obtenidos arroja que el 85% de la población incluye alimentos con fibra en su dieta.

Según con el recordatorio de 24 horas realizado en las entrevistas y al compararlos con los expedientes de las usuarias, permitieron conocer que los hábitos del desayuno, comida y cena, se observa una mejoría considerable de manera general, ya que el 93.8% mejoro o mantuvo de manera efectiva el habito de desayunar, el 81.3% en la comida y el 77.1% a la hora de la cena.

Para la evaluación tanto de las colaciones matutinas como vespertinas, se retomo la revisión de los datos obtenidos dando como resultado que el 58.3% mejoraron la práctica de la colación matutina y el 50% la colación vespertina.

Dentro de la comparación se evaluó además la dieta realizada los fines de semana, ya que en muchas ocasiones estos días se utilizan para la convivencia familiar dentro o fuera de casa, dando oportunidad de comer en la calle, o en algún sitio publico por lo que los resultados obtenidos fueron que el 50% mejoró o conservó su alimentación de manera adecuada, pero el 43.8% de la usuarias empeoraron sus hábitos de alimentación, lo cual deja ver un área que es necesaio reforzar.

De manera general se ve un cambio significativo en los hábitos de alimentación por parte de las usuarias, ya que muestran un gran apego a las recomendaciones proporcionadas por la UVISA. Esto no significa que la UVISA, sea capaz de mejorar los hábitos de alimentación de las usuarias al 100%, pero si ayuda a concientizar para no faltar al área de nutrición, así como a las demás áreas y talleres que mejoraran la calidad de vida y tener un estilo de vida saludable.

Dentro del área de nutrición de la UVISA, se identificaron algunas limitantes que dificultan el conocimiento de cierta información dentro de los expedientes de las usuarias: algunos de los expedientes no cuentan con un llenado completo del formato, mostrando espacios en blanco en algunos rubros importantes como son: aspectos sociodemográficos, nutricionales como el consumo de alimentos fuera de casa, el tiempo para el consumo de alimentos, el uso de la sal en cada comida, la ingesta de agua diaria, consumo de alimentos ricos en fibra, consumo de alimentos industrializados, así como el conocimiento de los alimentos preferidos, no preferidos y el conocimiento de las alergias alimentarias de las usuarias.

De tal manera para la comparación de los recordatorios de 24 horas, no todos los expedientes de las usuarias tenían un correcto llenado en el formato de nutrición, en algunos casos haciendo falta la hora en que se consumió el alimento o describir las porciones de los alimentos.

Se observa una falta de material (hojas con el formato) para el recordatorio de 24 horas, encontrándose todos los avances alimenticios de las usuarias en hojas blancas o recicladas.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el agregar algunas nuevas variables como el consumo de refrescos, néctares y jugos. Al realizar el estudio nos percatamos que la UVISA deja de lado el tomar las bebidas edulcoradas dentro del consumo de los usuarios.

UVISA busca tener mayor captación de usuarios, pero sabemos que la infraestructura de la unidad, tanto físicamente como en cuanto a personal no es la suficiente como para atender a un número grande usuarios. Al realizar el estudio encontramos que una limitante para que asistan hombres a la UVISA son la falta de horarios que sean accesibles entre las actividades cotidianas de los hombres. La planificación de programas en cuanto a horarios y espacios de atención a hombres constituye una perspectiva interesante.

Por otro lado el factor cultural en donde el hombre solo cuida de su salud en momentos de enfermedad, es un reflejo de la visión del autocuidado que en nuestra sociedad encontramos como consecuencia de los aprendizajes de género presentes en la cultura mexicana. La idea de que las mujeres son más cuidadosas en su persona, en su salud y cuidado es un paradigma que es preciso abordar si se quiere tener un acercamiento a esta población desprotegida.

Con respecto a las motivaciones y obstáculos para seguir asistiendo a la UVISA uno de las expresiones mas marcadas son las opiniones que reciben de parte de sus familiares, y aunque fueron pocas las que expresaron que sus parejas tenían una opinión que desacreditaba de alguna manera su asistencia a la unidad, creemos que se deben tomar en cuenta dichas expresiones ya que pueden ser determinantes para que los usuarios o usuaria adopten estilos de vida saludables. Así podemos entrelazar los esfuerzos hacia la concientización de que llevar un estilo de vida saludable no solo es una "cuestión de mujeres", y cuando se adopta un estilo de vida saludable en pareja, dicha dinámica funciona como factor facilitador de la adopción del estilo de vida.

PROPUESTAS

- Revisar de manera meticulosa los datos a llenar en el expediente de cada usuaria.
- Capacitar al personal que llene los expedientes para evitar un sesgo significativo, que repercuta en futuras investigaciones.
- Agregar nuevas variables como refrescos, jugos y néctares.

- Proponer que la nutrióloga o la pasante tenga fotocopias del formato nutricional para futuras evaluaciones de las usuarias.
- La poca captación de usuarios hombres es un problema que requiere de estrategias publicitarias que se apoyen en una metodología que garantice una mayor participación de dichos usuarios.
- Creación de un plan para reforzamiento de la participación de usuarias más activas para promocionar estilos de vida saludables con su familia y amistades.
- Continuar esfuerzos en la atención de las necesidades de las usuarias en cuanto a estrategias que ayuden a enfrentar los retos relacionados con los logros con el elemento nutricional como factor en común.

CONCLUSIONES

Como conclusión dentro de los aspectos sociodemográficos, nutricionales y aspectos cualitativos se observó de manera significativa el promedio de edad de las usuarias, su ocupación, su escolaridad, así como su estado civil, dando como resultado final el perfil de las usuarias de la Unidad de Vida Saludable.

Dentro del estudio realizado se pudo obtener las características tienen las usuarias la UVISA; encontrándose en primer lugar el perfil de las usuarias siendo estas mayormente mujeres de 30 a 34 años, tienen en pareja ya sea estando casadas o viviendo en unión libre, cuentan con un promedio de 2 o 3 hijos, siendo ellas amas de casa o empleadas.

Dentro de nuestro grupo de estudio, un aspecto a mencionar es que la UVISA atiende población todos los niveles educativos desde primaria hasta posgrados.

En el área de nutrición, esta cuenta con material didáctico (alimentos de plástico, posters, folletos, revistas) necesario para trabajar con usuarios de cualquier edad, así como un excelente equipo de medición de peso (INBODY), que con sus registros facilitó la recolección de los datos registrados desde la primera vez que los usuarios asistieron a la UVISA y así como mediciones posteriores.

Al comparar los expediente y la encuesta realizada se concluyó que la UVISA no indaga el consumo de las bebidas edulcoradas, ni como el consumo de jugos y néctares, pero de forma general se ve un cambio significativo en los hábitos de alimentación por parte de las usuarias, ya que muestran un gran apego a las recomendaciones y enseñanzas proporcionadas por la UVISA.

No se puede afirmar que la UVISA garantiza mejorar los hábitos de alimentación de las usuarias al 100% pero si ayuda a concientizar a la población para practicar estilos de vida saludables, recomendando no faltar al área de nutrición, así como las demás áreas y talleres que mejoraran la calidad de vida.

Dentro del taller de activación física (baile zuma o latin dance) se observa una pequeña limitante pero no tan significativa que es el espacio semi-reducido donde las personas realizan su activación de baile, ya que aproximadamente en el salón caben un promedio de 20 a 25 personas.

Otro aspecto importante que apareció como resultado inesperado, algunos argumentos respecto a que la UVISA no cuenta con un horario vespertino en sus áreas, (excepto activación física) o incluso un horario de apertura los fines de semana.

Respecto al tema de los hombres, se observa que un factor cultural en donde el hombre solo cuida de su salud, paradójicamente, en momentos de enfermedad, también es una necesidad no solamente en la población de la UVISA, si no que es un reflejo en general de la visión del autocuidado que en nuestra sociedad encontramos como reflejo de los aprendizajes de género en la cultura mexicana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Department of Public Health. . [Internet] Canada. 1981. (Consultado el 30 de agosto de 2011). Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod.htm

2. OMS (1.999) Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (Contultado el 30 de agosto de 2011. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf

3. Cerqueira MT. La promoción a la Salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas . OPS; 2003

4. Pastor Y. Balaguer I. García-Merita M. Estilo de vida y salud. 1ª ed. Valencia: Editorial Albatros; 1999. p. 2.

5. Restrepo E. Málaga H. Promoción de la salud: Cómo construir una vida saludable. 1ª ed. Bogotá: Editorial Médica; 2001. p. 38.

6. Rojas J., Zubizarreta M. Revista Cubana de Enfermería. Rev Cubana Enfermer v.23 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2007

7. Firman G. Fisiología del ejercicio físico. (Consultado el dia 05 de Enero de 2012). Disponible en: http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG05.pdf

8. Articulo con nombre la fibra dietética, año: 2006, Publicado por la Unidad de Dietética y Nutrición. Hospital la Fuenfría, Madrid. Volumen 21. Issn : 0212-1611. Sitio http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3722.pdf

9. Melvin H. Williams, libro: nutrición para la salud, condición física y deporte. Editorias McGraw-Hill. 7ma edición. Año: 2005.

ANEXOS

A. Cuadro de variables. Cuantitativas y Cualitativas.Operacionalización de variables cualitativas:

Variable	Categoría	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Discreta	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació. (CONAPO)	Años cumplidos que la informante declara tener.
Sexo	Dicotómica	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. (INEGI)	Es el que declare el informante (Hombre o mujer).
Escolaridad	Ordinal	Tiempo durante el que una persona asiste la escuela o a cualquier centro de enseñanza. (INEGI)	Nivel de enseñanza que declara el informante en el momento de la encuesta o el grado que haya cumplido. Puede ser primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado
Ocupación	Nominal	Actividad a la que se dedica un individuo en un momento determinado. (INEGI)	Actividad que declare el informante a la que se dedica. Puede ser: empleado, comerciante, burócrata, profesionista independiente, estudiante, ama de casa, desempleado o jubilado.
Estado civil	Nominal	La situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país. (INEGI)	Estado civil que declara el informante. Puede ser: soltero, casado, divorciado, unión libre y viudo.
Número de hijos	Dicotómica, discreta	Número de hijos(as) que al momento de la entrevista están vivos(as). (INEGI)	Número de hijos(as) que declare la informante. Puede ser desde ninguno hasta los que declare la informante.
Consumo de alcohol, tabaco y drogas fuertes	Dicotómica, discreta	Es el acto de tomar alcohol, fumar tabaco y consumir drogas ilícitas el cual se produce por la fermentación del almidón o azúcar que se encuentra en frutas y granos. (García Osorio 1999)	Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas que declara el informante. Número de cigarrillos que la informante declara consumir al día. Número de copas que la informante declara consumir a la semana.
Hábitos alimenticios	Nominal	Es la forma en la cual comemos y nos alimentamos diariamente. Esta es influenciada por nuestras conductas y creencias. (González Rivera 2005)	Opiniones que declara la informante sobre en dónde consume sus alimentos (en su casa o fuera de ella). Opiniones que declara la informante sobre el tiempo en que tarda en consumir sus alimentos el informante cotidianamente (más de 30 minutos, 20 minutos, 10 minutos). Opiniones que declara la informante sobre si el consumo de sal, refrescos, alimentos industrializados (enlatados y para microondas), consumo de agua, alimentos ricos en fibra (pan integral, cereales con fibra). Opinión que declara la informante sobre si consume complementos alimenticios o no. Opinión que declara la informante sobre preferencia de grupos de alimentos.
Alergia alimentaria	Dicotómica		La que declare la informante (sí o no). Especificando cuál.
Actividad física y deporte	Nominal, discreta.	Cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal y le brinde beneficios a la salud. (Ordóñez 1974)	Actividad física que declara la informante hacer dentro y/o fuera de la UVISA. Frecuencia a la semana que la informante declara desempeñar. Tiempo que la informante declara dedicar al hecho de hacer alguna actividad física al día.
Sueño	Discreta	El sueño (en cuanto acto de dormir) es un estado de reposo uniforme de un individuo. (Valenzuela 1988)	Número de horas que la informante declare dormir cotidianamente.

B. Operacionalización de variables cuantitativas:

Concepto:	**Significado operacional:**
Razón: Palabras o frases con que se expresa el discurso (Real Academia de la Lengua).	Expresiones de las informantes del porqué empezaron a acudir a la UVISA y del porqué lo siguen haciendo.
Motivo: Que mueve o tiene eficacia o virtud para mover. (Real Academia de la Lengua).	Expresiones de las informantes del porqué empezaron a acudir a la UVISA y del porqué lo siguen haciendo.
Beneficio: Bien que se hace o se recibe (Real Academia de la Lengua).	Expresiones de las informantes del bien físico y mental a nivel familiar y personal que han obtenido a partir de su asistencia constante y activa en la UVISA.
Satisfacción: Cumplimiento del deseo o del gusto (Real Academia de la Lengua).	Expresiones de las informantes sobre el bienestar emocional que han obtenido a partir de su participación constante y activa en la UVISA.
Reto: Objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta (Real Academia de la Lengua).	Expresiones de las informantes sobre los obstáculos o dificultades para llevar a cabo lo que han aprendido en la UVISA con respecto a los estilos de vida saludables.

Ingreso:

Razones:
quería yo volver a empezar otra vez (hacer ejercicio) □ Folio 1, pág. 1.
principalmente por lo de la zumba( )no en cuanto a peso, pero en cuanto a movimiento se siente uno torpe. ¿no? Como pesado □ Folio 2, pág. 1.
sobrepeso y este y un poco de depresión también □ folio 3, pág. 1.
me interesó como que mi hijo, mi bebe tuviera un mejor desarrollo □ folio 4, página 1
porque quería bajar de peso □ folio 5, pág 1.
porque me gusta el baile, me gusta cuidar mi salud y mi físico □ folio 6, pág. 1.
Por el baile □ folio 7, pág. 1.
Porque me interesó lo del ejercicio □ folio 8, pág. 1.
Por el físico ( ) toda mi familia es diabética e hipertensa ( ) también el miedo a enfermarme □ Folio 9, pág. 1
para bajar de peso □ Folio 10, pág. 1.
porque estaba pasada de peso 4kilos □ Folio 11, pág. 1.
porque me gusta hacer ejercicio ( ) la lección de zumba □ Folio 12, pág. 1.
para hacer ejercicio □ Folio 13, pág. 1.
Ejercicio □ Folio 14, pág. 1.
para hacer un poquito de ejercicio dentro de lo cual la salud y para evitar enfermedades por que como mis papas fueron diabéticos □ Folio 17, pág. 1.
(por) traer a mi niña a estimulación (estimulación temprana) □ Folio 18, pág. 1.
por salud □ folio 19, pág. 1.
pues para hacer ejercicio y para no estar de ociosa □ Folio 20, pág. 1.
por que me gusto la atención la primera vez que fui, me gusto la atención de todo el personal □ Folio 21, pág. 1.
estaba yo muy, muy obesa ( ) el ejercicio □ Folio 27, pág. 1.
Sobrepeso – Folio 28, pag. 1.
porque me gusta mucho el baile. Y por ejercicio sobre todo ( )porque me gusta y me desestreso mucho □ Folio 29, pág. 1.
hacerme como un hábito de ejercicio □ Folio 30, pág. 1.
necesitaba también hacer ejercicio ( )estaba un poco subida de peso Folio 31, pág. 1.
por salud ( )no tengo condición, tengo a veces muy mala alimentación, o sea, mis hábitos no son los adecuados ( )Y para desestresarme □ Folio 32, pág. 1.
sí estaba yo un poquito mal en cuanto mis niveles de azúcar ( )tengo muy mal mis horarios para la comida ( )consumía yo lo que eran muchos jugos □ Folio 33, pág. 1.
ya sentía yo que estaba subiendo mucho de peso □ Folio 34, pág. 1.
porque me gusta mucho hacer ejercicio y para mi la zumba es un ejercicio ( )yo andaba yo muy deprimida, muy decaída □ Folio 35, pág. 1.
pues por tratar de bajar un poquito de peso y me gusta el baile □ Folio 36, pág. 1.
Bajar de peso y autoestima (baja) □ Folio 37, pág. 1.
porque salí alta del azúcar ( )y sí estaba mas gordita □ Folio 38, pág. 1.
Porque tengo que cuidarme ( ) para estar bien con mi familia □ Folio 42, pág. 1.
A mi hijo lo mandaron con una psicóloga ( ) del centro de salud (Maraboto) me mandó para acá con la psicóloga □ Folio 43, pág. 1.
me llamó la atención la atención el baile □ folio 44, Pág. 1.
soy diabética, y que nos exigen ( ) el ejercicio. Folio 45, pág. 1.
padecía yo de los triglicéridos antes □ Folio 46, pág. 1.
empecé a bajar de peso □ Folio 47, pág. 1.
Porque quería baile □ Folio 48, pág. 1.
preocuparme por mi □ Folio 49, pág. 1.
Bajar de peso □ Folio 51, pág. 1.
Bajar de peso □ Folio 52, pág. 1.
Porque enseñaban baile □ Folio 53, pág. 1.
Porque estoy pasada de peso □ Folio 54, pág. 1.
Bajar de peso □ Folio 55, pág. 1.
Por salud □ Folio 56, pág. 1.
necesitaba el servicio de psicología □ Folio 57, pág. 1.

Análisis: Dentro de las principales razones por las cuales empezaron a asistir a la UVISA, las usuarias refieren entre los 3 principales motivos el bajar de peso muy relacionado con los hábitos alimenticios, el ejercitarse, la atención en psicología y un mínimo refiere haber sido por la idea de salud o bienestar personal.

Así en el discurso de □Bajar de peso□, podemos encontrar algunas de los siguientes discursos:

- tengo a veces muy mala alimentación, o sea, mis hábitos no son los adecuados
- pues por tratar de bajar un poquito de peso
- tengo muy mal mis horarios para la comida

- estaba yo muy, muy obesa
- porque estaba pasada de peso 4kilos

Dentro de las razones que relacionadas con la necesidad de hacer ejercicio podemos destacar las siguientes:

- principalmente por lo de la zumba( )no en cuanto a peso, pero en cuanto a movimiento se siente uno torpe. ¿no? Como pesado
- hacerme como un hábito de ejercicio
- necesitaba también hacer ejercicio

En los motivos relacionados la atención psicológica tenemos los siguientes ejemplos:

- yo andaba yo muy deprimida, muy decaída
- necesitaba el servicio de psicología
- y un poco de depresión también

Permanencia:

Razones:	Retos:
Pues de todo el baile, los ejercicios, y baja uno, póngale despacio, pero baja uno de peso ( )Porque me gusta venir aaa . a zumba (...)Pues me han dicho que he bajado mucho de peso (su familia). Folio 1, Págs. 1, 2. Te mantienes sano, estás activo y estas bien, en tu peso ( )te llevan el control en lo que es la nutrición, te hacen el estudio y ya te miden, o sea pues los lipidos, todo, la grasa, o el músculo ( )Porque tendrías que pagar un nutriólogo ( ) me gusta el ejercicio ( )porque finalmente me conservo mas delgada, nunca me enfermo. Folio 2, págs 1, 2. No me enfermo ( )ya no me deprimo ( )me gusta mucho, me gusta la atención del personal ( ) me gusta hacer ejercicio ( ) voy a seguir estando sana, voy a seguir ( )con buena salud, y aprendiendo mas cosas (...)salgo bien de los estudios, entonces salgo bien de la sangre, colesterol, azúcar, presión (eso) me anima mas a seguir viniendo ( )le gusta que yo me cuide que me preocupe yo por mi salud (su hija). Folio 3, Págs. 1, 2, 3. en 1ra porque pues ya me acostumbre y en 2da yo dejo de venir ( )como que tiendo a estresarme con mayor facilidad ( ) disminuirle a uno la facilidad de que se enferme. Folio 4, pág. 1. porque quiero seguir bajando de peso y porque si a mí me ha cambiado la vida venir aquí ( )los grupos de auto ayuda también me han gustado mucho ( )que me veo mucho mejor que siempre me veo contenta (opinión de su familia). Folio 5, págs. 1, 2. porque me gusta me gusta verme bien y tener salud ( )que voy bajando de peso, que voy viendo el cambio ( ) pues él dice que está bien (su esposo), que siga viniendo y aparte que traiga a mi niño a las áreas para que lo chequen Folio 6, págs. 1, 2. Me gusta el baile ( ) a mi edad debo hacer ejercicio ( ) □¡oye que bueno!, ¡vaya, hasta que te decidiste!□ (opinión de sus hijos). Folio 7, págs 1, 2. Bajar de peso, mantenerme sana ( )me gusta hacer ejercicio. Folio 8, pág. 1. Para bajar mas (de peso) si se puede ( ) mantener el peso ( ) no estar llenita. Folio 9, págs. 1, 2. me siento con más actividad ( )porque quiero seguir bajando de peso. Folio 10, pág. 1. que me he sentido mejor, me siento más ágil, más tranquila ( ) es una hora que me dedico a mí ( )porque me gusta mucho ( ) porque me gusta mucho. Folio 11, págs. 1, 2. me siento bien, haciendo el ejercicio, viniendo ( )el sentirme bien. Folio 12, págs. 1, 2. para mantener mi físico ( )ver los cambios positivos a mi salud. Folio 13, pág. 1. me gusta ( )condición física y alimentación. Folio 14, págs. 1. me siento muy bien, me siento tranquilo ( )me ha ayudado en el carácter ( )para evitar enfermedades por que como mis papas fueron diabéticos ( )estar bien de salud ( )pues que ya me ven delgado.Folio 17, págs 1, 2, 3. me gusta, me es agradable venir ( )me siento como en mi casa, me siento muy bien ( )me sigue gustando, no encuentro algún motivo para no venir. Folio 18, págs 1, 2. me es una clase muy agradable, me gusta hacer la actividad física, y aparte el maestro que nos imparte el taller, pues es una persona que te da la confianza y el gusto por estar aquí ( )nos apoya mucho en nuestras actividades ( )el seguir sintiendo bien, tanto físicamente como emocionalmente ( )por que aquí e encontrado grandes compañeras con las cuales compartimos opiniones y más que nada generando amistad. Folio 19, págs. 1, 2. para no, esteeee, no estar de ociosa aquí en la casa y aparte pues hacer ejercicio ( )estar bien, ejercitándome. Folio 20, págs. 1, 2. mas que nada por salud, porque he visto que ( )a lo mejor en algunas cosas si estaba equivocada ahí me han sacado de muchas dudas o errores que yo tenia ( )llegar a cierta edad pero estar bien físicamente. Folio 21, págs. 1, 2. porque he visto resultados ( )si he bajado de peso ( )comenzar por lo menos el día un poquito mas activo, mas contento ( ) sacar todo el estrés, liberarse un poquito ( )mi esposo me apoya mucho, sí les gusta que yo venga ( )quiero bajar mas de peso ( )yo soy prediabética ( )estar gordito es un factor que influye para, para la este diabetes. Folio 26, págs. 1, 2, 3. porque quiero estar mejor. Sí. Sobre todo por mi edad ( )bajar de peso. Folio 27, Págs. 1, 2. te cansas y te desestresas ( )mantienes bajo tu peso ( )que estoy de mejor humor ( )la salud. Bajar de peso ( )aparte te tratan muy bien. Folio 28, Págs. 1, 2, 3. me desestresas ( )□no, ma, sigue yendo, es que yo te veo, como te vas allá te desestresas mucho y todo□ y mi hija me dice: □sigue yendo porque ya estas empezando a subir□ (opiniones de sus hijos) ( )Por salud y vanidad. Folio 29. Págs. 1, 2, 3. perder unos kilos que tengo de mas ( ) por prevención ( )la amistad con las personas, el socializar, tenemos un excelente maestro ( )recuperar el peso que, que esté de acuerdo a mi estatura. Folio 30, págs 1, 2, 3. pues le ponen a uno una cierta, régimen alimenticio que tiene uno que comer, pues es personal, pero también le conviene a los demás ( )pues para mi el seguir aquí es mantenerme sana y en actividad ( )pues el seguir este pues con mi salud bien ( ) estar bien con los míos también ( )el bien de la familia ( )el mantener mi salud. Folio 31, págs. 1, 2, 3. no me enfermo mucho, pero con esto, casi ni me pasa nada ( )porque me gusta y porque, para controlar este, mi peso y pues mi salud ( )como que necesito hacer algo (ejercicio). Folio 32, págs. 1, 3. por los beneficios que yo veo ( )lo que son mis niveles de azúcar, colesterol, triglicéridos, que es lo principal, todo ya está dentro de lo normal, ¿no?. En cuanto a peso también ya llevo 8 kilos abajo) ( )sí estoy viendo resultados ( )mas que nada mi salud ( )yo tengo familiares hipertensos, diabéticos, entonces sí trato como de cuidarme mucho esa parte, como que sí me preocupa mucho. Folio 33, págs. 1, 2. porque yo vi que hubo resultados, aparte todos lo que están aquí son muy buenas personas, son muy amables y empecé a ver los resultados. Folio 34. Pág. 1. porque siento que no hay muchos lugares a donde ir ( )Porque es el beneficio gratis (la UVISA no cobra por las actividades)( ) Vengo aquí para salir toda positiva de aquí ( )las psicólogas son muy amables y este y tratan de darnos muchas orientaciones ( )y la ayudan a uno a, a este a estar bien, a estar bien de salud ( ) y me dicen que, que qué bonito que vengo aquí (opinión de sus familiares) ( )estar en mi peso. Folio 35, págs. 1, 2, 3. me gusta y por salud ( )y que siga yendo. Que no deje de ir (opinión de familiares) ( )bajar de peso ( ) mas que nada relajarme. Folio 36. Págs. 1, 2. Que me apapachan. Son muy buenas gentes (el personal) ( )he conocido a muchas gentes ( )por cuidar mi salud, estar sana ( )porque quiero llegar a tener una vejez sana ( )pues me echan porras (sus familiares) ( )llegar a una vejez digna y saludable. Folio 37. Págs. 1, 2. me siento muy bien, muy animada y con mucha energía ( )estar en mi salud. Folio 42, pags. 1, 2. Mi mayor motivación son mis hijos, que esté yo bien para ellos, adelgazar porque es lo que me ha costado mucho. Folio 53, pág. 2. Porque me siento bien venir aquí ( )Me siento contenta, saludable ( )pues tener más apoyo con mi familia. Folio 44, págs. 1, 2. el ejercicio siempre me ha gustado mucho ( )que yo siga conservando mi buena salud. Folio 45, págs 1, 2. Porque pues quiero estar bien de salud ( )si, porque en el transcurso de este año que he venido yo jamás no he padecido de los triglicéridos altos ( )□ya bajé de peso, ya me siento bien de mi enfermedad, ya me siento bien, ahora si puedo comer de todito□ ( )digo pues yo sé que si ya no sigo aquí vuelvo a recaer ( )digo □no, porque aquí hay un aparato donde nos pesan, donde sale todito, todo□ le digo, □y que si tomaste agua, que si no tomaste, todo□, le digo, □ahí no los va uno a engañar□. Folio 46, págs. 1, 3, 4. no quiero volver a los malos hábitos ( )estar sana y darle lo mejor de mí a mis hijos. Folio 47, págs 1, 2. porque me siento bien, físico y mentalmente ( )bajar de peso. Folio 48, págs 1, 2. un pasatiempo saludable, además de convivencia y a mi me gusta ( )tener mejor salud, porque pues ya soy una persona adulta, entonces tengo que tratar de mantenerme físicamente bien. Folio 49, págs. 1, 2 tengo que bajar un buen de kilitos ( )El deseo que tengo de llegar al peso que debo de tener. Folio 51, págs. 1, 2. me he sentido bien, tanto conmigo, este, o sea, la comida, lo que como, todo eso ( )pues estar bien porque todavía me falta un poquito, nada más. Folio 52, págs. 1, 2. me es agradable venir ( ) sentirme bien. Folio 53, págs. 1, 2. por hacer ejercicio (…)mis hijos me dicen "Ma, que bueno□, o □¿vas a ir a la Zumba?, "Si", "Ah pues que bueno". Me apoyan ( )Pues bajar de peso, a mi me gustaría ser más delgada. Folio 54, págs 1, 2. con venir aquí al ejercicio y las, consejos de la nutrióloga y eso, la verdad a mí si me funcionaron ( )que me ayuda a mantenerme sana ( )los consejos y que me ayudan a , a este, a cuidarnos a querernos nosotros ( )bajar de peso. Folio 55, Págs. 1, 3. porque me gusta el baile y y convivir ora si con la gente ( )Pues les da mucho gusto, y este, este pues me animan (opinión de familiares) ( )seguir bien, de salud. Folio 56, págs. 1, 2. porque sigo obteniendo beneficios de todas las técnicas que tienen aquí, en cuanto a la alimentación, la educación, el ejercicio ( )cambiar mi ritmo de vida. Folio 57, págs. 1, 2.	Pérdida de tiempo, que le decía que yo no lo veía así porque puede ser que pierda yo mi tiempo, pero a la larga es un beneficio para ellas. (opinión del su marido en cuanto a su asistencia a la Uvisa) Folio 4, pág. 2. levantarme temprano para venir a hacer ejercicio, Folio 6, pág. 1. Para bajar mas (de peso) si se puede. Folio 9, pág. 1. la flojera. Folio 10, pág. 1. el no poder aumentar de peso (la usuaria necesita subir de peso para llegar a su peso normal) Folio 14, pág. 1. la actividad física Folio 18, pág. 1. el pararme temprano y hacer ejercicio, si porque me cuesta un poquito de trabajo. Folio 21, pág. 1. El tiempo también el que viene uno acá y pues deja uno de estar allá (en su casa) también eso también afecta un poquito Folio 31, pág. 2. Organizarme en cuanto a mis horarios de trabajo. Folio 33, pág. 2. me dicen que venga yo mas, este pues mas seguido, pero pues no, no, no, no puedo (por su trabajo). Folio 35. Pág. 1. mi esposo no no está de acuerdo, no está de acuerdo que yo esté bajando de peso, él pues no, no le gusta porque dice que me voy a enfermar. Folio 46, pág. 2. , □ya no te voy a dejar que vayas, porque luego se ve que el maestro que los sacaron que no sé qué□ (opinión de su esposo). Folio 51, pág. 2.

Análisis: dentro de los principales motivos para seguir asistiendo a la UVISA la usuarias declararon el continuar haciendo ejercicio, el bajar de peso, la salud mental en específico y la salud en general o los estados de bienestar en un plano mas general.

Así podemos identificar los siguientes discursos con respecto al ejercicio:

- aparte pues hacer ejercicio ( )estar bien, ejercitándome.
- por hacer ejercicio
- el ejercicio siempre me ha gustado mucho
- comenzar por lo menos el día un poquito mas activo
- para mantener mi físico

Dentro de las razones relacionadas con la disminución de peso tenemos algunos de los siguientes discursos:

- adelgazar porque es lo que me ha costado mucho
- bajar de peso, a mi me gustaría ser más delgada
- estar en mi peso
- Para bajar mas (de peso) si se puede (…) mantener el peso (…) no estar llenita.
- porque finalmente me conservo mas delgada

En los discursos relacionados con los motivos referentes a la salud mental identificamos algunos como los siguientes:

- Vengo aquí para salir toda positiva de aquí ( ) las psicólogas son muy amables y este y tratan de darnos muchas orientaciones
- los grupos de auto ayuda también me han gustado mucho ( )que me veo mucho mejor que siempre me veo contenta (opinión de su familia)
- ya no me deprimo

Otro de los ejes que encontramos através de toda la investigación es el discurso de la salud en general y el sentimiento de bienestar:

- que me ayuda a mantenerme sana
- por cuidar mi salud, estar sana (…)porque quiero llegar a tener una vejez sana (…)llegar a una vejez digna y saludable
- tener mejor salud, porque pues ya soy una persona adulta, entonces tengo que tratar de mantenerme físicamente bien
- Porque pues quiero estar bien de salud

Existe una relación bastante estrecha entre el bajar de peso y el hacer ejercicio, usuarias refieren frecuentemente dentro del su discurso esta relación al encontrar ambas ideas dentro del mismo enunciado. Han observado el cambio positivo en su cuerpo y en su persona como consecuencia de empezar a tener actividades en la UVISA, estos cambios los identifican como mejoras en sus relaciones familiares y a nivel personal en actitudes positivas hacia su vida cotidiana. La relación entre el realizar actividad física, así como el gusto por hacer dicha actividad (el sentirse mas activas) y la sensación de bienestar también es un aspecto que cabe mencionar.

Se identificaron también algunos discursos menos frecuentes pero de suma importancia a mencionar como la atención del personal de la UVISA, la cual la refieren como de buen trato. Otro elemento es el de la convivencia con otras usuarias, la socialización y compañerismo que han encontrado.

Dentro de los retos la mayoría de las usuarias no expresaron observar algún obstáculo que impidiera su permanencia en las actividades de la UVISA, sin embrago las pocas que exprearon alguno de estos obstáculos tuvieron respuestas interesantes. Se identificaron 2 razones principales dentro de ellas: la voluntad para mantenerse en actividad física y la segunda la opinión que recibieron por parte de sus parejas. De esta última tenemos los siguientes ejemplos:

- mi esposo no no está de acuerdo, no está de acuerdo que yo esté bajando de peso, él pues no, no le gusta porque dice que me voy a enfermar
- , □ya no te voy a dejar que vayas, porque luego se ve que el maestro que los sacaron que no sé qué□ (opinión de su esposo).
- Pérdida de tiempo, que le decía que yo no lo veía así porque puede ser que pierda yo mi tiempo, pero a la larga es un beneficio para ellas. (opinión del su marido en cuanto a su asistencia a la Uvisa

Nivel Personal:

Logros:	Retos:
- Pues de todo el baile, los ejercicios, y baja uno (de peso) ( ) póngale que no me hablo con bastantes personas y aquí sí. Folio 1, pág. 1.	- orita está en la secundaria en la tarde va a su deporte al futbol, y ya que no le puedo pedir otra cosa ya. Tons trabajos, el deporte que tiene ahí sí no le puedo exigir mas porque sí es cansado (dinámica de su hijo) Folio 1, pág. 3.
mas que nada la alimentación ( ) Folio 2, págs, 2.	
alimentarme bien, a este a hacer ejercicio y a cuidar mi salud ( )no me enfermo ( )no me deprimo ( )salgo bien de los estudios, entonces salgo bien de la sangre, colesterol, azúcar, presión. Folio 3, págs 1, 3.	
a cambiar mis hábitos alimentarios ( )me ha ayudado a disminuir el estrés, que yo padecía mucho de dolor de cabeza ( ) comparar principalmente el consumir más verduras ( )el cambio de actitud (porque) no nomás no asisto a activación si no que a la mayor posibilidad de asistir a los talleres principalmente a los de psicología. Folio 4, págs 1, 3.	dejar de comer por ejemplo las harinas. Folio 4, págs. 1, 2.
he aprendido en nutrición ( )ando ya de muy buen humor, mm me ha gustado mucho bailar ( )los grupos de auto ayuda también me han gustado mucho ( )Cambiar la alimentación ( ) pues mucho en los grupos de autoayuda ( )pues un cambio de mentalidad ( )el poder comer más sanamente y hacer ejercicio que antes no hacía Folio 5, págs. 1, 2.	de ser más constante en el ejercicio Folio 5, pág. 1.
pues es que todo de pende del ejercicio ¿no? Todo depende de la salud ( ) he bajado de peso ( )¡Un estilo de vida más saludable! ( )nada más que como un mes que empecé a venir aquí, ya vi el cambio del bajar de peso. Folio 6, págs. 1, 2.	levantarme temprano para venir a hacer ejercicio. Folio 6, pág. 1.
me siento como más ágil, como más este, ya no con flojera ( ) pues comer lo que ya me está sugiriendo la nutrióloga, como debo de comer, porque a ver si me daba yo unas atracadas buenas ( ) tener más más este como se dice, consistencia, más agilidad, más para mis movimientos como que más este no cansarme. Folio 7, págs. 1, 2.	La alimentación Folio 7, pág. 1.
la alimentación más que nada a comer ( )la disciplina del ejercicio ( ) bajar de peso, mantenerme sana ( ) Folio 8, pág. 1.	la disciplina del ejercicio. Folio 8, pág. 1.
aprendí al ejercicio y a comer mejor ( )he bajado de peso ( ) tomar agua, el ejercicio y comer frutas y verduras ( ) más condición (física), (cambió) mi talla. Folio 9, Págs. 1, 2.	La condición (física). Folio 9, pág. 1.
la alimentación ( )me siento con más actividad ( )lo de las verduras para poderlas comer más (aprender a cocinarlas) ( ) tener más condición física. Folio 10, págs. 1, 2.	el tomar agua. Folio 10, pág. 1.
me siento más relajada ( )es una hora que me dedico a mí ( )en la alimentación, tratar de NO tomar tanto refresco ( ) bajar de peso. Folio 11, págs. 1, 2.	para mí sería el no tomar refresco. Folio 11, pág. 1.
tomado varios cursos aquí sobre alimentación, autoestima, de baile ( )el cambio de hábitos ( )en el aspecto de autoestima y de relacionarse con los demás ( )he estado bajando de peso. Folio 12, págs. 1, 2.	en el aspecto de autoestima y de relacionarse con los demás. Folio 12, pág. 1.
Pues mejoro mi alimentación y el bienestar con mi familia ( )la forma de alimentase con el plato del buen comer. Folio 13, pág. 1.	acostumbrarse a dejar de comer pizzas, hamburguesas, refrescos, etc. Folio 13, pág. 1.
mejorar el hábito alimenticio ( )poder aumentar de peso. Folio 14, pág. 1.	el no poder aumentar de peso. Folio 14, pág. 1.
no abusar ya de algunos alimentos porque hay alimentos que me perjudican ( )me ha ayudado en el carácter ( )todo lo que se aprende este lo he siempre lo he intentado llevar, pero ahorita con un poquito más de responsabilidad ( )pero mientras más ejercicio haga puede ser hasta un ahorro en dinero, menos se enferma uno menos tiene que gastar ( )sentirme tranquilo en desarrollar mis actividades. Folio 17, págs. 1, 2.	

hacer ejercicio ( )psicológicamente, como vivir bien ( )con la dentista y también nos ha, este dicho bien como cepillarle a los niños los dientes y la psicóloga nos ayuda. Folio 18, págs. 1, 2.	la actividad física. Folio 18, pág. 1.
a relajarme, a controlar mi estrés, a saber respirar y he aprendido a comer ( ) he reducido talla, he bajado de peso ( )mejorando salud y también por que aquí e encontrado grandes compañeras con las cuales compartimos opiniones y más que nada generando amistad. Folio 19, págs. 1, 2.	el aprender que es lo que debo de comer. Folio 19, pág. 1.
como lavarme los dientes, a hacerme mi chequeo, llevar una dieta un poquito mas valanciada ( )hacer ejercicio ( )que uno no tiene que estar aquí de flojonaso y poder hacer algo por la salud ( )Antes estaba muy durota, en cuestión de movimientos, me dolía la espalda, cositas de esas, ahorita veo que estoy mas ágil. Folio 20, pág, 1, 2.	
cuidar la alimentación y ser más más consistente al ejercicio ( ) me he sentido mucho mejor en mi persona ( )la alimentación es una de los primeros, los ejercicios pues yo si hacia pero no con rutina, entonces ahorita si ya más constante ( )yo era así como que muy enojona y a partir de que he estado, ya ha mejorado mucho mi carácter. Folio 21, Págs 1, 2.	el pararme temprano y hacer ejercicio. Folio 21, pág. 1.
mi rutina un poquito mas este activa, desestresarme ( )bajar un poquito de peso ( )cuidar un poquito mi alimentación, a tratar a mi cuerpo con un poquito mas de respeto (…)pues el peso, porque sí he visto que he bajado un poquito. Folio 26, págs. 1, 2, 3.	pues la alimentación. Folio 26, pág. 1.
sobre nuestra alimentación ( )estoy bajando de peso ( )me duele menos mi rodilla, puedo caminar mas ( )mi manera de comer y que estoy bajando de peso. Folio. 27, págs. 1, 2.	La ansia de ver la comida y de comer eso es lo que me ha costado mucho, mucho. Folio 27, pág. 1.
principalmente a dejar de fumar ( )ejercicio es básico ( )te cansas y te desestresas ( )mantienes bajo tu peso ( )aprendí a comer ( ) hábitos alimentarios, tus hábitos de vida, en el carácter. Folio 28, págs. 1, 2. 3.	aprender a comer ( ) yo soy muy antojadisa. Folio 28, págs, 1. 2.
sentirme bien yo, anímicamente ( )tratar de cambiar sobe todo la alimentación ( )me desestreso. Folio 29, Págs. 1, 2, 3.	La alimentación ( )se me hace difícil comer verdura, la fruta. Folio 29, pág. 1.
tener buenos hábitos, a tener disciplina ( )la alimentación, el ya saber qué, qué comer, qué porciones, todo eso ( )la amistad con las personas, el socializar. Folio 30, págs. 1, 2.	
a preparar mis alimentos mejor, nutritivamente ( )Mi alimentación pues mas balanceada ( )mejor salud, mejor condición física ( ) bajé de peso ( )requiere uno de mas cuidados y pues previene uno mas enfermedades, vive uno mas sanamente ( )ve uno las cosas de otra manera, ya mas sana, mas alegría, mas motivación para seguir ( )pues mi peso, mi carácter, este rindo mas activamente, hasta aquí en mis ejercicios también en casa en lo que hago. Folio 31, págs. 1, 2, 3.	La alimentación ( )las tentaciones de comer otras cosas. Folio 31, pág. 1.
me siento mas tranquila (…)me siento relajada (…)no me he enfermado casi ( )no siento que haya bajado de peso, sigo manteniéndome en lo mismo ( )Aprender que yo estoy primero ( )que no debo ser floja (risas) para el ejercicio ( )pues que soy capaz de ser disciplinada, en cuestión de salud. Folio 32, págs, 1, 2, 3.	tener disciplina. Folio 32, pág. 1.
lo que son mis niveles de azúcar, colesterol, triglicéridos, que es lo principal, todo ya está dentro de lo normal ( )En cuanto a peso también ya llevo 8 kilos abajo ( )la alimentación ( )la actitud que te cambia (Para positivo). Folio 33, págs, 1, 2, 3.	las comidas. Folio 33, pág. 2.
cambiar los hábitos ( )es la salud, es mi estado de ánimo. Folio 34, págs. 1, 3.	yo creo que aprender a comer ( )empezar con una buena alimentación. Folio 34, pág. 1.
me siento mas, este, mas bien, mas alegre ( )que ya estoy saliendo de mi, de mi depresión en la que yo llegué aquí ( ) Folio 35, págs, 1, 2.	que me dicen, este las psicólogas que, que me sienta yo este pues bien ( )me dicen que venga yo mas, este pues mas seguido, pero pues no, no, no, no puedo. Folio 35, pág. 2.
pues ya he bajado como que 2 kilos y como que me relajo ( ) alimentarme mejor. Folio 36, págs, 1, 2.	llevar la alimentación. Folio 36, pág. 1.

comer sano, hacer ejercicio ( ) Entonces yo me deprimí mucho y he salido adelante con las pláticas de aquí ( ) bajar de peso. Folio 37, págs, 1,2 .	la constancia de la disciplina ( )me ha costado mucho trabajo este pues comer saludable, hacer ejercicio, las terapias. Folio 37, pág. 1.
dejé el refresco y el pan ( )el ejercicio ( )restringirme el refresco y otras cosas ( ) tratar de comer mas frutas ( )pues que bajé de peso y mis niveles también de glucosa (estables). Folio 38, págs, 1, 2.	ya me querían imponer (en la UVISA) que una tortilla al día. Folio 38. Pág. 1.
Mejor humor ( ) estoy mas activa ( ) que ya no tengo depresión ( ) me siento con mucha energía, todo lo veo positivo. Folio 42, págs. 1, 2.	
salimos del problema que teníamos (su hijo y ella). Folio 43, Pág. 1.	porque estábamos acostumbrados a una distinta forma de comer. Folio 43, pág. 1.
que mi cuerpo no me moleste ( ) me dolían mis piernas o los brazos y ahora ya los siento perfectamente ( )Alimentarme mejor y cuidarme mi salud ( )No estar estresada, sentirme bien. Folio 45, págs. 1. 2.	
me siento más relajada al venir a los ejercicios (…)que pues he bajado de peso (…)comer sanamente (…)me mandaron a hacer estudios y ya salí todo bien (triglicéridos). Folio 46, págs, 1. 5.	
Autoconocerse y autocuidarme y darle una mejor este cuidado a mi salud ( )sentirme activa y mejor ( )sentirme sana ( ) aquí se me quita el estrés. Folio 47, págs. 1, 2.	La voluntad sé, tengo claro lo que debo hacer pero, este, cuesta trabajo. Folio 47, pág. 1.
La forma de alimentar ( ) Folio 48, pág. 1.	dejar de comer mas bien y adaptarse a un régimen ¿no? Alimenticio ( )Porque si descuida uno las actividades y viene uno aquí, es cuando comienzan los problemas en la casa, Por irte allá andar haciendo eso, no haces acá Folio 48, pág. 1, 2.
pues voy bajando de peso, voy bajando de talla, me siento mejor, este, mi actitud es mucho mejor, y este, pues estoy contenta conmigo misma ( )el tratar de llevar una alimentación saludable ( )dejar muchos hábitos que este tenía yo y cambiarlos por mejores para tener un mejor estilo de vida. Folio 49, págs, 1, 2.	dejar algunos alimentos. Folio 49, pág. 1.
la alimentación, o sea, voy tratando de, de irla llevando más o menos como me lo indican aquí ( )he ido bajando de peso a pesar de que me ha costado bastante. Folio 51, págs, 1, 2.	la fuerza de voluntad cuesta muchísimo ( )he ido bajando de peso a pesar de que me ha costado bastante. Folio 51, pág, 1,2 .
Bajar de peso ( )el tomar agua ( )En la alimentación. Folio 52, págs, 1, 2.	
Pues he bajado de peso, cambia mi humor, cambia el ánimo al hacer ejercicio ( )la alimentación ( )?... pues sentirme bien conmigo misma, sentirme bien con mi cuerpo, sentirme bien con lo que como, y aparte, bueno todo lo que es UVISA, que aparte es salud mental, salud física, bueno a mí me tiene encantada. Folio 53, págs, 1, 2.	
a comer más sanamente, a tomar más agua ( )yo nunca había hecho ejercicio hasta que empecé a venir aquí ( )comer mas verduras, de tomar más agua, me siento yo mejor. Folio 54, Págs, 1, 2.	Tal vez la alimentación. Folio 54, pág. 1.
en una semana bajé dos kilos ( )aquí al ejercicio y las, consejos de la nutrióloga ( )tomar más líquido, más agua ( )mantenerme en un peso, este deseado. Folio 55, págs 1,3.	digamos que uno debe tener el grupo de las comidas, el poderlos incluir en las comidas, entonces así como que de repente por economía. Folio 55, págs. 1, 2.
el alimentarme mejor y estar bien de salud, tomo más agua, ( )no comer comida chatarra ( )bajé mucho de peso. Folio 56, págs. 1, 2.	
cómo alimentarse, hacer ejercicio, pues más que nada técnicas para llevar una vida saludable. Folio 57, pág. 1.	La alimentación. Folio 57, pág. 1.

Dentro de los logros que manifestaron las usuarias haber obtenido al asistir a la UVISA encontramos una variedad bastante extensa. De entrada esto nos sugiere que la UVISA ha impactado positivamente en sus usuarias.

Los logros que las usuarias declararon haber obtenido están relacionados en las siguientes líneas:

Alimentación:

- el alimentarme mejor ( )tomo más agua ( )no comer comida chatarra.
- la alimentación, o sea, voy tratando de, de irla llevando más o menos como me lo indican aquí
- restringirme el refresco y otras cosas (…) tratar de comer mas frutas
- a preparar mis alimentos mejor, nutritivamente ( )Mi alimentación pues mas balanceada
- pues comer lo que ya me está sugiriendo la nutrióloga, como debo de comer, porque a ver si me daba yo unas atracadas buenas

El peso:

- pues el peso, porque sí he visto que he bajado un poquito
- no siento que haya bajado de peso, sigo manteniéndome en lo mismo
- En cuanto a peso también ya llevo 8 kilos abajo
- he reducido talla, he bajado de peso

El ejercicio/condición física:

- yo nunca había hecho ejercicio hasta que empecé a venir aquí
- que mi cuerpo no me moleste ( ) me dolían mis piernas o los brazos y ahora ya los siento perfectamente
- rindo mas activamente, hasta aquí en mis ejercicios también en casa en lo que hago
- tener más más este como se dice, consistencia, más agilidad, más para mis movimientos como que más este no cansarme
- Antes estaba muy durota, en cuestión de movimientos, me dolía la espalda, cositas de esas, ahorita veo que estoy mas ágil

Cambio de actitud ante la vida/salud mental/estrés:

- que ya no tengo depresión ( )todo lo veo positivo
- me siento mas, este, mas bien, mas alegre ( )que ya estoy saliendo de mi, de mi depresión en la que yo llegué aquí
- cambia mi humor, cambia el ánimo
- yo era así como que muy enojona y a partir de que he estado, ya ha mejorado mucho mi carácter
- aquí se me quita el estrés
- a relajarme, a controlar mi estrés, a saber respirar

Noción de salud/bienestar:

- ¡Un estilo de vida más saludable!
- requiere uno de mas cuidados y pues previene uno mas enfermedades, vive uno mas sanamente (…)ve uno las cosas de otra manera, ya mas sana
- no me he enfermado casi
- lo que son mis niveles de azúcar, colesterol, triglicéridos, que es lo principal, todo ya está dentro de lo normal
- dejar muchos hábitos que este tenía yo y cambiarlos por mejores para tener un mejor estilo de vida

Relaciones sociales:

- y también por que aquí e encontrado grandes compañeras con las cuales compartimos opiniones y más que nada generando amistad
- la amistad con las personas, el socializar

Disciplina:

- que no debo ser floja (risas) para el ejercicio ( )pues que soy capaz de ser disciplinada, en cuestión de salud
- todo lo que se aprende este lo he siempre lo he intentado llevar, pero ahorita con un poquito más de responsabilidad
- Cabe mencionar que en el discurso de las usuarias se denota un aprendizaje en cuanto a lo que se refiere a la adopción de estilos de vida saludables.
- El principal reto que las usuarias identifican es el de llevar una alimentación saludable:
- dejar de comer mas bien y adaptarse a un régimen ¿no? Alimenticio
- me ha costado mucho trabajo este… pues comer saludable
- aprender a comer (…) yo soy muy antojadisa
- acostumbrarse a dejar de comer pizzas, hamburguesas, refrescos, etc.
- dejar de comer por ejemplo las harinas

Nivel familiar:

Logros:	Retos:
dos de mis hijos ya, ya hacen ejercicio. Mi esposo también ya le da por hacer ( )dice □ay, es que la gente se enferma porque no hace ejercicio□ (opinión de su esposo) Folio 3, págs. 1, 2.	Antes le daba como coraje que yo le hablara de ejercicio (a su espos). Folio 3, pág,2.
La alimentación. Folio 4, pág. 2.	igual el consumir carne porque en la familia porque a las niñas no les gusta comer carne, como que eso lo hemos tenido que ir modificando ( )Folio 4, págs. 1,2.
el cuidado de mis hijos, el en que hagan también ejercicio y que tengan también una alimentación nutritiva. Folio 5, pág. 1.	
más que nada en nutrición. Folio 6, pág1.	Pues platicar más con mis hijos, platicarle lo que hago acá, los pasos que me ponen, lo que platico con las compañeras. Folio 6, pág. 1.
	invitarlos a que vengan (¿han venido?) Hasta ahorita no. Folio 8, pág. 1.
La alimentación. Folio 9, pág. 1.	El tiempo y a veces lo económico. Folio 9, pág. 1.
el comer las verduras. Folio 10, pág, 1.	la flojera y de la falta de de dinero también, por que las verduras son muy caras. Folio 10, pág. 1.
mi hijo hace ejercicio, mi esposo sale a caminar, este, pues motivarlos para seguir haciendo ejercicio. Folio 11, pág. 1.	si tomamos mucho refresco, y lo tratamos de dejar, mi esposo. Folio 11, pág. 1.
creo que es paulatino pero es lo de la cuestión de la alimentación. Folio 12, pág. 1.	
la forma de alimentarse. Folio 13, pág. 1.	
con la dentista y también nos ha, este dicho bien como cepillarle a los niños los dientes ( )como yo soy la, la promotora principal ( )a mi hijo de 9 años le enseño a hacer ejercicio a lavarse los dientes, venir con el club de peques, la niña a estimulación ( )creo que es el mantener a mi familia sana. Folio 18, págs. 1, 2.	
en algunos la alimentación y realmente pues compartirle a ellos lo importante de hacer actividad física y algunos de ellas, han estado viniendo aaaaa ser actividad. Folio 19. Pág. 1.	
yo creo, que en los métodos de alimentación, antes tomábamos un poquito mas de refresco y ahorita ya un poquito mas de verduras. Folio 20, pág. 1.	
la alimentación mas que nada, la alimentación que es la clave. Folio 21, pág. 1.	
el modo de comer de mi familia. Folio 26, pág. 1.	los niños no les gustan las verduras. trato de no meterles tantísimas ni todos los días para que poco a poco vayan agarrando el ritmo y acostumbrándose a que por lo menos deben de ir comiendo esto un poco mas de cosas sanas que les sirvan a ellos mas que nada ( )poco a poco, este he ido así como que muy, muy pausadamente he ido cambiando un poquito eso. Folio 26, Págs 1, 2.
sobre todo para alimentación ( )lo poquito que voy aprendiendo también se lo estoy comunicando en breve a mis hijos. Folio 27, pág. 1.	
Y la relación familiar es mucho mejor. Porque igual como no tienes estrés, estas mas relajado ( )mis hijos son mas sanos, hacen mas ejercicio, aprendí a darles de comer para evitar que, este, sean obesos. Folio 28, págs. 1, 2.	a mis hijos no les gustaban las verduras. ¡Híjole! □mamá un bistecito de frito□ ( )ellos no hacen ejercicio, entonces traerlos y obligarlos a que lo hagan. Folio 28, págs, 1, 2.
la alimentación. Folio 29, pág. 2.	también trato de decirle (sobre la alimentación), pero pues es difícil para ellos. Folio 29, pág. 2.
la alimentación, los hábitos al cambiarlos yo como persona en mi familia todos. Folio 30, pág. 1.	

los hábitos alimenticios, sí, sí. Y el que también ellos ven que uno hace actividad pues también, se contagian, también ellos quieren hacerlo ( ). Folio 31, pág. 2.	El tiempo también el que viene uno acá y pues deja uno de estar allá (en su casa) también eso también afecta un poquito. Folio 31, pág.2.
lo que sí me ayuda con mi familia es que no me peleo, no llego estresada, por lo tanto les contagio. Folio 32, pág.2.	
la alimentación. Eso ha sido básico, mucho. No solo para mí, si no para mi hijo. Folio 33, pág. 2.	
integrar también a mi familia al ejercicio y a comer bien ( ) cambiar lo estilos de vida, que míos y de mi familia. Folio 34, pág. 1.	dejar algunas cosas como la chatarra y empezar con una buena alimentación. Folio 34, pág. 1.
pues que en mi casa estoy mas contenta, mas alegre, mas accesible a todo. Folio 35, pág. 2.	
mi cuñada y una prima, unas vecinas también ya van. Folio 36, pág. 1.	
la manera de comer ( )mi carácter y la convivencia familiar. Folio 37, pág. 1.	□ay, mamá ya estoy chocada de tus famosas ensaladas y de tus pechugas asadas□ Folio 37, pág. 2.
ya el refresco aquí ya no lo tomamos. Folio 38, pág. 1.	
comunicarme más con mis hijos y tener más este, paciencia con mi nieta que cuido y mi papá que está enfermo ( ) la alimentación, consumimos un poquito más de fruta, de verdura. Folio 42, pág. 1.	
mi hijo pues, a él sobre todo le ayudó demasiado, salimos del problema que teníamos ( )a cambiarles a mis hijos su alimentación ( )él cambió totalmente y ese fue el cambio más importante que hubo para mí, el de mi hijo, que lo ayudaron mucho a él. Folio 43, págs 1, 2.	convivir casi con ellos y aquí me han ayudado a mucho para eso. Folio 43, 2.
un poco de los hábitos ( )sentirme mejor yo, para poder ayudar a mi familia. folio 44, págs, 1, 2.	pues tienen otra rutina y también la este son jóvenes ¿no?, no van a hacer lo mismo que yo ( ) Cuando no les gusta algunas cosas que ya no quiero hacer, o sea, cosas más saludables. Folio 44, pág. 1.
Si, como por ejemplo las acelgas si las comen, si hay cosas de verduras que si les gustan pero, este, no muchísimo. Folio 46, págs. 1, 2.	yo estoy luchando con mis hijos de que coman sanamente (…)no son de que coman verdura. Folio 46, págs. 1, 2.
Comentarles de primera mano, comentarles que ah que que es mejor cuidarse. Folio 47, pág. 1.	que uno se acostumbra a la rutina, y hay que moverla ( )luego se me complica pero trato de venir. Folio 47, pág. 2.
	la droga del refresco ese si no se los he podido quitar, yo de plano no me gusta el refresco, no lo consumo, pero pues los hijos y el marido si. ( )si descuida uno las actividades y viene uno aquí, es cuando comienzan los problemas en la casa, □Por irte allá andar haciendo eso, no haces acá□, bueno yo pienso eso de que todas debemos de tener esa, ese mismo pensamiento ¿no?, porque entonces ahí empiezan los problemas en la familia. Folio 48, pág. 1, 2.
se alimenten saludablemente, el que hagan ejercicio, de hecho vienen mis dos hijas conmigo también a hacer ejercicio, y eso es lo que les transmito, traigo un niño también de 6 años y este pues el trasmitirles este hacer siempre ejercicio. Folio 49, pág. 1.	
luego les voy diciendo a mis hijos que este, que traten de cepillarse los dientes 3 veces al día o con la alimentación le digo que no coman tantas, que no coman tantas, este chatarras y así. Folio 51, pág. 1.	yo les digo no comas cosas de las calle, no ya nomás hasta ahí, o sea, se vuelven a comprar cosas. Folio 51, pág. 2.
el modo de alimentación. Folio 52, pág. 1.	
con mis amistades si les comento ¿no?, que hagan ejercicio, que cambien su manera de comer. Folio 53, 1.	
tomar agua o comer mas verduras ( )mis hijos ya también hacen ejercicio, no hacían ejercicio. Folio 54, pág. 1.	mis hijos, luego las verduras , si se las comen pero les cuesta, no, casi no les gusta mucho ellos. Folio 54, pág. 1.
a mis hijas lo que les recomiendo siempre es más hacer ejercicio, y hay que tomar mucha agua y pues el también a medirnos un poquito en lo que estamos comiendo ( ) de hecho mis hijas, este les gusta también venir aquí a hacer ejercicio. Folio 55. Pág. 1.	

enseñarle a mis hijas también que tienen que venir a a bailar, o sea a hacer ejercicio ( ) Folio 56, pág. 1.	
me ha ayudado a cómo tratar a mis hijos y el apoyo en cuanto a su educación ( )la alimentación y el ejercicio. Folio 57, pág. 1.	la alimentación. Folio 57, pág. 1.

En los logros a nivel familiar las usuarias refirieron haber cambiado principalmente los hábitos alimenticios de su familia, pero encontramos también declaraciones relacionadas con el ejercicio, la convivencia familiar, la salud mental en particular y la salud en general.

Alimentación:

- con la alimentación le digo que no coman tantas, que no coman tantas, este chatarras y así
- creo que es paulatino pero es lo de la cuestión de la alimentación
- la alimentación mas que nada, la alimentación que es la clave
- yo creo, que en los métodos de alimentación, antes tomábamos un poquito mas de refresco y ahorita ya un poquito mas de verduras
- aprendí a darles de comer para evitar que, este, sean obesos

Ejercicio:

- el que hagan ejercicio, de hecho vienen mis dos hijas conmigo también a hacer ejercicio, y eso es lo que les transmito, traigo un niño también de 6 años y este pues el trasmitirles este hacer siempre ejercicio
- de hecho mis hijas, este les gusta también venir aquí a hacer ejercicio
- dos de mis hijos ya, ya hacen ejercicio. Mi esposo también ya le da por hacer ( )dice □ay, es que la gente se enferma porque no hace ejercicio□ (opinión de su esposo)

Salud mental:

- no llego estresada, por lo tanto les contagio
- pues que en mi casa estoy mas contenta, mas alegre, mas accesible a todo

Convivencia familiar:

- mi hijo pues, a él sobre todo le ayudó demasiado, salimos del problema que teníamos ( )él cambió totalmente y ese fue el cambio más importante que hubo para mí, el de mi hijo, que lo ayudaron mucho a él
- lo que sí me ayuda con mi familia es que no me peleo
- comunicarme más con mis hijos y tener más este, paciencia con mi nieta que cuido y mi papá que está enfermo

En los retos que la usuarias declararon observar a nivel familiar, al igual que en el apartado anterior las usuarias identificaron como principales el adoptar una alimentación saludable. Cabe mencionar que es mayor el número de logros a comparación de los retos que las usuarias declararon observar:

Alimentación:

- dejar algunas cosas como la chatarra y empezar con una buena alimentación
- □ay, mamá ya estoy chocada de tus famosas ensaladas y de tus pechugas asadas□
- Cuando no les gusta algunas cosas que ya no quiero hacer, o sea, cosas más saludables
- yo estoy luchando con mis hijos de que coman sanamente (…)no son de que coman verdura

Hombres:

¿Asisten los hombres de su casa a la UVISA? ¿porqué?	¿Porqué no asisten los hombres en general?
	yo creo que no les gusta, no les gusta porque como ven que es pura mujeres, no les gusta meterse entre las mujeres. Fueran halagadores porque son puras mujeres Folio 1 , pág. 2.
	no sé si es cultural, pero el hombre es el proveedor de la casa, casi siempre es el hombre es que se va a trabajar ( )y otros porque les da vergüenza ahí van puras viejas, nos vamos a ver como mar . (risas) ( ) maricones, dijeran, porque así yo es cuchado lo que dicen. Folio 2, pág. 3.
no, mi hijo hace ejercicio en la casa, sí. Y mi esposo pues ellos van del trabajo se los llevan a correr. Folio 3, pág, 2.	pues porque no les gusta cuidarse, no les preocupa su salud. Como que piensan que no se van a enfermar o que nada mas nosotras las mujeres nos enfermamos y los hombre piensan que no. Folio 3, pág. 2.
en 1ra lo típico que todos decimos es que no tengo tiempo, es que tengo que ir a trabajar, entonces ( ) no tiene fuerza de voluntad para asistir. Folio 4, pág. 2.	para ellos es una pérdida de tiempo ( )al principio mi marido me decía que era pura pend . Folio 4, pág. 2.
mi hijo ha venido con la nutrióloga, el eh si ha estado teniendo seguimiento. Folio 5, pág, 2.	porque piensan que es para mujeres ¿no? Yo siento eso, además no se pondría a bailar. Folio 5, pág, 2.

por el trabajo, porque si, casi todo el día se la pasa trabajando. Folio 6, pág. 2.	hay algunos que no les da tiempo o hay algunos que les da weba, que si ya llegan muy cansados del trabajo y pues ya no pueden venir o a si. Folio 6, pág. 2.
El trabajo (sus hijos no asisten). Folio 7, pág, 2.	por la hora de trabajo. Folio 7, pág, 2.
	yo pienso que porque creen que solo es para mujeres. Folio 8, pág.2 .
No, por trabajo, no, no puede. Folio 9, pág. 2.	siento que no son muy, como te diré, como que muy estéticos, no?, no les gusta, no les llama la atención o por el trabajo. Folio 9, pág, 2.
	yo creo que les da pena, porque creen o pues no sé, creen que vienen muchas mujeres y luego la idea machista. Folio 10, pág. 2.
bueno miiiii esposo cuando puede viene en la tarde porque sale tarde, ora si, bueno sale tarde y mi hijo va al gimnasio ( )mi hijo no asiste porque le gusta levantar más peso. Folio 11, pág. 2.	pues tal vez porque no le dan la importancia ( )o porque ven más mujeres y bueno pues no les gusta y se caiben. Folio 11, pág, 2.
porque él trabaja todo el día, está afuera (su esposo no asiste) Folio 12, pág. 2.	yo creo que por educación, que se creen que esto es más de mujeres ¿no?, del machismo. Folio 12, pág, 2.
Por el trabajo (su esposo no asiste). Folio 13, pág. 1.	por pena tal vez. Folio 13, pág. 1.
Trabaja (su esposo no asiste). Folio 14, pág. 1.	Pena. Folio 14, pág. 1.
	por que no hacen conciencia de que es un beneficio nada más por eso, no hacen conciencia. Folio 17, pág. 2.
porque trabaja. (su esposo no asiste). Folio 18, pág. 2.	supongo que porque trabajan, porque si conocieran vendrían. Folio 18, pág. 2.
por cuestiones de trabajo (no asisten). Folio 19, pág. 2.	por que lo veo que creen que los aspecto son más femeninas, que para ellos. Folio 19, pág. 2.
no el no, el, es aparte, hace sus ejercicios en casa. Folio 20, pág, 2.	la mujer es un poquito mas en cuestión de salud, es un poquito más dedicada, a lo mejor ellos quieran ir un poquito mas al gim, alguna cosa donde haya puro hombre, o algo así. Folio 20, pág. 2.
	por que allá la mayoría son mujeres, ¿no?, entonces como que a la mayoría les da pena estar en medio de tanta mujer. Se sienten incómodos. Folio 21, pág. 2.
Mi esposo por su trabajo, pues no, realmente no puede. O sea no es por talvez en algún momento les pueda agradar también. Folio 26, pág. 2.	tal vez de que ven que solo es cosa de mujeres este tipo de por ejemplo como se trata mas de baile que es cosa de mujeres. A lo mejor si se tratase de un gimnasio, igual y aquí hubiera mas hombres, ¿no?. Folio 26, pág. 2.
por el trabajo (no asisten a la uvisa). Folio 27, pág. 2.	a lo mejor puede ser porque venimos muchas mujeres, no. O por que, o por su trabajo, ¿no?. Folio 27, pág. 2.

Mi esposo viene al control y de repente viene en la tarde en lo que yo bailo él hace ejercicio (cardiovascular en aparatos). Folio 28, pág. 3.	por la cultura ( )□vamos a bailar□ □¡ay, no! Eso es para mujeres□ ( ) y ve un montón de señoras, pues se espanta ( ) el primer día que llegó (un hombre), o sea se espantó, porque le dijo una señora: □no, esto es para mujeres□, ¡una señora! Y le digo: □no, pregúntele al maestro, le preguntó al maestro y el maestro le dijo: □no, sí, este □ dice: □es que no hay hombres□ y dice el maestro: □¿y yo qué soy?□. Folio 28, pág. 2.
no sé, no le llama la atención. Folio 29, pág. 2.	normalmente hay mucha mujer, a lo mejor ellos quizá se sientan incómodos. quizás porque luego aquí como que los presionan, la verdad, para que vengan a todo lo que es el recorrido (citas a las áreas). Y claro, no todos reaccionamos igual Folio 29, pág. 2, 3.
Por falta de tiempo, o sea trabaja y el horario no, no le ayuda. Folio 30, pág. 2.	por la falta de cultura y de información ( )lo confunden con lo de zumba, baile, mujeres ( )sí viene uno que otro, pero porque tienen la información, la cultura de que la prevención es pareja ( )les da pena o no sé. Folio 30, pág. 2.
no, ninguno viene, por sus actividades, unos trabajan, el otro pues está estudiando ( )el otro está trabajando fuera, no, pues no pueden venir. Folio 31, pág. 3.	yo me imagino que ha de ser por las actividades que tiene de trabajo. Folio 31, pág. 3.
porque su trabajo no le permite. O sea el horario de su trabajo. Folio 32, pág. 2.	es que a mi no me gusta que hagan mixto, no me gusta, porque hay hombres la verdad que no son muy educados ( )y eso me haría sentir incómoda ( )por el tipo de ejercicio que practicamos de estirarse ( ) porque son flojos, porque no son tan vanidosos ( )la imagen pues de que baile o algo así como esto es mujeres ( )yo no he visto un grupo que baile de hombres. Y de hecho para la danza ni siquiera quieren los hombres participar ( )Por la cultura que tenemos, la idea de los mexicanos y de los hombres machistas. Folio 32, pág. 3.
mi hijo porque va en la escuela en la tarde y mi esposo porque trabaja fuera casi todo, casi toda la semana. Folio 33, pág. 2.	les intimida un poco porque somos muchas mujeres (...)se les dificulta un poco lo que es la coordinación o el ritmo. Folio 33, pág. 2.
no, ellos no, pero este vieron que empecé a correr y empezaron a correr. lo que me dice mi esposo, porque yo lo he invitado, es que dice: □es que siempre hay puras mujeres, yo no veo hombres. Talvez si hubiera mas hombres, ya vendría yo. Me daría pena estar con todas las mujeres□. Folio 34, pág. 2.	
en primera porque son casados ( )Y el otro también mucho trabajo. Folio 35, pág. 2.	porque los hombres este, o están mas ocupados ( )o no les llama demasiado la atención algo para ir, para ir. Porque si hubiera lago que les llamara demasiado la atención, hace uno lo posible como yo. Folio 35, pág. 2.
pues mi esposo un día fue pero como que se sintió apenado porque como eran puras mujeres, pues ya no ( )le agradó la idea pero eso fue lo que ya no se sintió apenado. Folio 36, pág. 2.	
no, por la escuela. Folio 37, pág. 2.	les da pena (risas), les da pena y porque no está muy este ¿cómo se dice? Anunciado o publicitado ( )no saben todo lo que hay aquí. No hay publicidad. Folio 37, pág. 2.
no, no. Porque él trabaja todos los días. Folio 38. Pág. 2.	pues yo creo por el tiempo. Folio 38, pág. 2.
No, él trabaja y estudia. Folio 42, pág. 2.	Porque les da pena estar con mujeres. Folio 42, pág. 2.
yo creo que primero por el trabajo. Folio 43, pág, 2.	me imagino que son como yo era antes, que no les llamaban tanto la atención, no se preocupan por su salud o por su persona. Folio 43, pág. 2.
	porque los hombres son muy diferentes a las mujeres y tienen sus, su , tienen otra mentalidad ( )somos más intuitivas las mujeres, creo yo ( ) Algunas no todas, no todas, pero son pocas las que no son cuidadosas. Folio 44, pág. 2.
	Yo creo que porque la mayoría somos mujeres y les da pena. Folio 45, pág. 2.
mi hijo por que estudia (…)pues en sí quien sabe porque como venimos más mujeres aquí, entonces no sé. Folio 46, pág, 3.	no sé si no tienen tiempo por su trabajo. Folio 46, pág, 3.
Por el trabajo y la verdad luego se ve que como que le da flojera. Folio 47, pág. 2.	porque piensan que solo es para mujeres. Folio 47, pág, 2.

No, no porque trabaja . Ni siquiera sabe dónde está. Folio 48, pág. 2.	Porque se supone que la mujer es la que hace ejercicio ( ) bueno mi esposo me dice el deporte, pero a él no, nada de eso de, de , dice que él, él trabaja y que ese es su ejercicio. ¿Como venir aquí a perder el tiempo? (esta última pregunta haciendo referencia al discurso de su esposo). Folio 48, pág. 2.
ellos vienen cuando les toca consulta o activación física. Folio 49, pág. 2.	Pues muchas veces es debido al trabajo o algunas ocupaciones que tiene que hacer ( )pero pues la mayoría que venimos aquí somos mujeres y como que a los hombres les da pena estar con tantas mujeres. Folio 49, pág. 2.
no tiene tiempo o no sé, pero no, no ha venido. Folio 51, pág. 2.	porque dirán que eso es para mujeres. Folio 51, pág. 2.
	pues unos porque yo pienso que no les gusta, y otros porque no tienen el tiempo. Folio 52, pág. 2.
	no se preocupan tanto pues de su peso, ni de su físico, ni de su salud. Yo creo que no se preocupan, no les interesa. No se si no han escuchado que deben de cuidarse, pero no les interesa cuidarse. Folio 53, pág. 2.
su trabajo, él entra a las cuatro y media de la mañana y sale a las siete de la noche. Tal vez por eso no, no tiene tiempo ahorita. Folio 54, pág. 2.	son más dejados ( )pues por el trabajo más que nada, o por el, les da pena, o no sé , porque luego hay hombres que si les da pena venir. Folio 54, pág. 2.
le da pena porque dice □pues es que yo veo que van puras mujeres y cómo me voy a ver yo□ ( )□pues si hubiera más hombres pues ya, si voy□. Folio 55, pág. 2.	
	por el baile me imagino que no les gusta ( )me imagino que ven mucha mujer han de decir □no ahí no, mejor no□. Folio 56, pág. 2.
	Porque son más, como que toman las cosas más a la ligera ¿no? Folio 57, pág. 2.

Esta parte del estudio se refiere a las razones que las usuarias identificaron del porqué creen que los hombres que viven con ellas, en general los hombres no asisten a la UVISA. De las razones del porqué no asisten los hombres de sus casas encontramos que el trabajo y los horarios de los mismos es la principal razón que declararon, pero también la identifican a la imagen de la UVISA como un lugar □solo para mujeres□, la actitud como factor de resistencia al cambio de un estilo de vida saludable y existe un pequeño número de hombres que sí asisten a la UVISA:

Trabajo/horarios:

- porque su trabajo no le permite. O sea el horario de su trabajo.
- mi hijo porque va en la escuela en la tarde y mi esposo porque trabaja fuera casi todo, casi toda la semana
- Mi esposo por su trabajo, pues no, realmente no puede. O sea no es por talvez en algún momento les pueda agradar también

Imagen de la UVISA:

- pues mi esposo un día fue pero como que se sintió apenado porque como eran puras mujeres, pues ya no ( )le agradó la idea pero eso fue lo que ya no se sintió apenado
- : □es que siempre hay puras mujeres, yo no veo hombres. Talvez si hubiera mas hombres, ya vendría yo. Me daría pena estar con todas las mujeres□.

Actitud:

- le da flojera
- no sé, no le llama la atención
- no tiene fuerza de voluntad para asistir

Los hombres que sí asisten a la UVISA:

- ellos vienen cuando les toca consulta o activación física
- Mi esposo viene al control y de repente viene en la tarde en lo que yo bailo él hace ejercicio (cardiovascular en aparatos)
- bueno mi esposo cuando puede viene en la tarde

Dentro de los motivos por los cuales las usuarias creen que no asisten a la UVISA encontramos principalmente 3, los relacionados con los horarios de trabajo de los hombres, la vergüenza de asistir a un lugar donde la mayoría son mujeres y una visión cultural del autocuidado:

Trabajo/horarios:

- porque los hombres este, o están mas ocupados
- yo me imagino que ha de ser por las actividades que tiene de trabajo
- pero el hombre es el proveedor de la casa, casi siempre es el hombre es que se va a trabajar
- hay algunos que no les da tiempo

Pena:

- y otros porque les da vergüenza □ahí van puras viejas, nos vamos a ver como mar .□ (risas) ( )maricones, dijeran, porque así yo es cuchado lo que dicen
- yo creo que les da pena, porque creen o pues no sé, creen que vienen muchas mujeres y luego la idea machista
- pero pues la mayoría que venimos aquí somos mujeres y como que a los hombres les da pena estar con tantas mujeres
- les intimida un poco porque somos muchas mujeres
- porque allá la mayoría son mujeres, ¿no?, entonces como que a la mayoría les da pena estar en medio de tanta mujer. Se sienten incómodos.

Concepción cultural del autocuidado:

- la mujer es un poquito mas en cuestión de salud, es un poquito más delicada, a lo mejor ellos quieran ir un poquito mas al gim, alguna cosa donde haya puro hombre, o algo así
- porque los hombres son muy diferentes a las mujeres y tienen sus, su , tienen otra mentalidad ( )somos más intuitivas las mujeres, creo yo ( )Algunas no todas, no todas, pero son pocas las que no son cuidadosas
- No se si no han escuchado que deben de cuidarse, pero no les interesa cuidarse
- pues porque no les gusta cuidarse, no les preocupa su salud. Como que piensan que no se van a enfermar o que nada mas nosotras las mujeres nos enfermamos y los hombre piensan que no